



T.C

**BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAN TAHLİLİ YAPTIRMAK İSTEĞİYLE
BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE BECK
DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK SKORUN ÖLÇÜLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülvan ÖZKAL

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

KASIM 2022



T.C.

**BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAN TAHLİLİ YAPTIRMAK İSTEĞİYLE
BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE BECK
DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK SKORUN ÖLÇÜLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülvan ÖZKAL

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

KASIM 2022

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olan Gülvan ÖZKAL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAN TAHLİLİ YAPTIRMAK İSTEĞİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK SKORUN ÖLÇÜLMESİ” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Aclan ÖZDER**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyeleri : **Prof. Dr. Okcan BASAT**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa
EAH Aile Hekimliği Kliniği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Reşat DABAK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Haseki EAH Aile
Hekimliği Kliniği Anabilim Dalı

Teslim Tarihi : 18/11/2022

Savunma Tarihi : 09/12/2022



Canım evlatlarım Türkan ve Gökhan'a,

TEŞEKKÜR

Elazığ Sarıyakup Köyü ilkokulundan Merkez Bankası yöneticiliğine uzanan başarı öyküsüyle bana ilham kaynağı olan; akademik hayatı, kariyeri, karakteri ve insani değerleriyle kızı olmaktan gurur duyduğum değerli ekonomist, en büyük destekçim, idolüm, canım babam Rıdvan ÖZKAL' a,

Bana duyduğu sonsuz güvenle her şeyi başarabileceğime inanmamı sağlayan, emekleriyle dualarıyla, sevgisiyle hayallerime ulaşmam için yıllardır elimden tutan canım annem Güler ÖZKAL' a,

Varlığını öğrendiğim günden beri hayatıma anlam katan, bana hayata tutunmayı öğreten, güçlü, merhametli, anlayışlı kızım, mucize yavrum Türkan'a,

Evimizin neşe kaynağı, enerjisiyle hepimize mutluluk veren anneliğimin ikinci baharı biricik oğlum Gökhan'a hayatımda oldukları her an için çok teşekkür ederim.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi rektörü sayın Prof. Dr. Rümeyza KAZANCIOĞLU' na ve Tıp Fakültesi Dekanı sayın Prof. Dr. Ramazan ÖZDEMİR' e akademik ve klinik bilgilerimizi geliştirebilmemiz için sundukları imkanlardan dolayı teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Uzmanlık eğitiminin ilk gününden itibaren desteği ve ilgisiyle yanımda olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Aclan ÖZDER' e,

Pediatric rotasyonumu uzmanlık eğitiminin en verimli ve yoğun öğrenme fırsatı haline dönüştüren değerli hocam Prof. Dr. Ayşegül DOĞAN DEMİR' e, engin bilgisiyle akademik gelişimime katkılarının yanı sıra kızımın tedavi süreci boyunca verdiği emeklerle hayatımızın normale dönmesini sağlayan sayın Prof. Dr. Erkan ÇAKIR' a,

Bilimselliğiyle tüm branşlardan her asistana kadın doğumu öğreten ve sevdiren hamileliğim boyunca tüm endişelerimi sabırla gideren Doç. Dr. Serdar KÜTÜK' e,

Bana iyi hekimlik konusunda hafızama kazınan dersler veren Prof. Dr. Muhammed Emin AKKOYUNLU' ya, hastayı layığıyla dinlemeyi ve değer verdiğimi göstermeyi öğreten Dr. Abdullah KANSU' ya, aklıma takılan her soruyu sorabileceğim samimiyeti gösteren Dr. Hamza OGUN' e,

Nefrolojiyle ilgili bildiğim her şeyi kendisinden öğrendiğim, tababete hakimiyetiyle olduğu kadar cana yakın tutumuyla da tüm asistanların abisi olan Doç. Dr. Ömer Celal ELÇİÖĞLU' na hayatıma katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitiminin bana kazandırdığı sevgili dostlarım Dr. Leyla GULIYEVA, Dr. Betül SARITAŞ, Dr. Merve YÜZBAŞIOĞLU ve Dr. Hidayet Diril GÖĞÜŞ' e içtenlikleri, arkadaşlıkları ve yardımları için teşekkür ediyorum.

En büyük teşekkürü çalışma ortamımı aile ortamına dönüştüren aile sağlığı merkezi ekibimize; başta hayat koçum, doğru yanlış her kararında arkamda duran, otuz yıllık klinisyenlik deneyimini ve tek başına pırıl pırıl iki evlat yetiştirmekle taçlanan muazzam annelik birikimini, hayat tecrübelerini benimle paylaşan en kıymetlim Dr. Ayla ÖZTOP' a, Yavuz Selim Aile Sağlığı Merkezi' nde ve Bezmialem Tıp Fakültesi hastanesinde birlikte çalışırken hekimlik becerilerinden feyz aldığım, takıldığım tüm noktalarda bilgi ve desteğiyle yardımına koşan sevgili arkadaşım Dr. Bahadır BAYKAL' a, profesyonel yaklaşımını örnek aldığım değerli çalışma arkadaşım Dr. Evrim Günay SORMAZ' a, rotasyonlarım boyunca hasta yoğunluğuna katlanan hepimizin abisi Dr. Yusif ALİSOY a ,tüm hastalarımıza şefkat ve ilgiyle yaklaşan sağ kolum, biricik hemşirem Hikmet ŞENYUVA' ya, disiplini ve çalışkanlığını takdir ettiğim Hem. Suzan KOLİK' e, organizasyon kabiliyetiyle yükümüzü hafifleten sekreterimiz Ebru SAĞDIÇ' a ve moral kaynağımız personelimiz Semiye TÜRK' e etmek istiyorum.

Kasım 2022

Dr. Gülvan ÖZKAL

BEYAN

“AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAN TAHLİLİ YAPTIRMAK İSTEĞİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK SKORUN ÖLÇÜLMESİ” isimli tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Gülvan ÖZKAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyonun Tanımı	3
2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	4
2.3 Depresyonun Etyolojisi	6
2.3.1. Monoamin Hipotezi	7
2.3.2. Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Eksenin Rolü	7
2.3.3. İnflamasyon	8
2.3.4. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri	8
2.3.5. Genetik Faktörler	8
2.3.6. Sosyodemografik ve Çevresel Faktörler	8
2.3.6. Epigenetik	9
2.4. Depresyon Belirtileri	9
2.5. Depresyon Risk Faktörleri	12
2.5.1. Genetik Faktörler	13
2.5.2. Biyokimyasal Etkenler	13
2.5.3. Yaş	13
2.5.4. Cinsiyet	13
2.5.5. Medeni Durum	14
2.5.6. Çocukluk Döneminde Yaşanan Olumsuz Durumlar	14
2.5.7. Aile Öyküsü	14
2.5.8. Sosyoekonomik Durum	14
2.5.9. Psikososyal Etkenler	15
2.6. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırması	16
2.6.1. Depresyon Tanısı	16
2.6.2. Depresyon Sınıflandırılması	17
2.6.2.1. Majör Depresyon	17
2.6.2.2. Distimik Bozukluk	18
2.6.2.3. Eşik Altı Depresif Bozukluklar	18
2.6.2.4. Minör Depresyon	18
2.6.2.5. Manik Depresyon	19
2.6.2.6. Maskeli Depresyon	19
2.7. Depresyonda Ayırıcı Tanı	21
2.8. Depresyon Tanısında Kullanılan Ölçekler	22
2.8.1. Beck Depresyon Ölçeği ve güvenilirliği	23
2.8.1.1. Beck Depresyon Ölçeği	23

2.8.1.2. Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirliği	24
2.8.2 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	24
2.8.3 Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği	25
2.8.4 Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	26
2.8.5 Calgary Depresyon Ölçeği	27
2.8.6 Cornell Depresyon Ölçeği	27
2.8.7 Edinburgh Depresyon Ölçeği	27
2.9. Depresyon Tedavisi	28
2.9.1. Depresyon Tedavisinde Ana İlkeler	30
2.9.2. Farmakoterapi.....	30
2.9.2.1. Antidepresan İlaçlar.....	30
2.9.2.2. Elektrokonvulsif Terapi (EKT)	32
2.9.3. Psikoterapi	33
2.9.3.1. Bilişsel ve Davranışçı Terapi	33
2.9.3.2. Aile ve Grup Terapileri.....	33
2.9.4. Alternatif Tedaviler	34
2.9.5. Fiziksel Egzersiz.....	34
2.9.5.1. Egzersizin Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri.....	35
2.9.5.2. Egzersizin Psikososyal Etkileri	36
2.9.5.3. Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	37
2.9.6. Işık Tedavisi	40
2.9.7. Akupunktur.....	40
2.9.8. Diğer Tedavi Yöntemleri.....	40
2.10. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisinin Önemi.....	41
2.10.1. Sağlık Bakanlığı tedavi önerileri	46
2.10.2. Avrupa Psikiyatri Derneği önerileri.....	46
2.10.3. Dünya Sağlık Örgütü önerileri	48
2.11. Depresyon Tedavisinin Önemi	49
2.12. Depresyon Tedavisinde Hasta Takibi ve Sevk Kriterleri	52
2.13. Depresyon Tedavisinde Karşılaşılan Sorunlar.....	52
2.14. İlgili Araştırmalar	56
3. GEREÇ VE YÖNTEM	64
3.1. Araştırmanın Özellikleri	64
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	64
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	64
3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	65
3.5. Araştırmanın Hipotezi	65
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	65
3.7. Veri Toplama Aracı ve Yöntemleri	65
3.7.1. Tarama soruları.....	66
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	69
4. BULGULAR	70
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular	70
4.2. Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	71
5. TARTIŞMA.....	73
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	75
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER.....	89
9. ÖZGEÇMİŞ.....	99

KISALTMALAR

BDB	: Beden Dismorfik Bozukluğu
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DDB	: Duygu Durum Bozukluğu
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ECA	: Epidemiyolojik Havza Alanı
EDDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvulsif Terapi
EPA	: European Psychiatric Association
FDA	: ABD Gıda ve İlaç Dairesi
GDS	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
M.Ö.	: Milattan Önce
MADÖ	: Montgomery-Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
TCA	: Trisiklik Antidepresanlar
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1: DSM-V' e Göre Depresif Bozukluk Alt Grupları [51]	19
Tablo 2.2: Depresif Bozukluk Belirtileri [44].....	20
Tablo 2.3: Birinci Basamakta Depresyon İçin Kullanılması Önerilen Ölçekler [28]23	
Tablo 2.4: Depresif Bozuklukların Tedavisinde Ana İlkeler [68].....	29
Tablo 2.5: Aerobik ve Anaerobik Egzersiz Özellikleri [95].....	35
Tablo 2.6: Aerobik ve Anaerobik Egzersiz Çeşitleri [95]	35
Tablo 2.7: Sevk Endikasyonları [122]	43
Tablo 2.8: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 Yılı Raporuna Göre Depresyon Kontrol ve Korunma Önlemleri [10]	46
Tablo 4.1: Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı	70
Tablo 4.2: BDÖ Skoru ile Yaş ve Cinsiyetin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	71
Tablo 4.3: BDÖ Skoru ile Yaş ve Cinsiyetin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	71
Tablo 4.4: BDÖ Skoru ile Yaş Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular.....	72
Tablo 4.5: Yaş ile BDÖ Skoru Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	72
Tablo 4.6: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ile Çalışmamızın Depresyon Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	72

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1: Depresyon Belirtileri [27]	10
Şekil 2.2: İntiharların Önüne Geçmede Halk Sağlığı Modeli [10]	45



AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAN TAHLİLİ YAPTIRMAK İSTEĞİYLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK SKORUN ÖLÇÜLMESİ

ÖZET

Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetlerine kan tahlili yaptırmak için başvuran hastaların şikayetleri sorgulandığında halsizlik, yorgunluk gibi psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarda ortak olarak görülebilen semptomlar ile karşılaşılmaktadır. Herhangi bir şikayeti olmayıp kronik hastalıklarının takibi için belirli aralıklarla kan tahlili yaptıran veya anemi, diyabet, hipotiroidi gibi fiziksel hastalıkların varlığının araştırılmasını isteyen hastalar da aile sağlığı merkezlerine başvurmaktadır. Aile sağlığı merkezlerine başvuruların önemli bir kısmını kan tahlili yaptırmak isteyen hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların şikayetlerinin depresyon ile ilişkili olabileceği veya herhangi bir şikayet belirtmeseler dahi depresyon açısından risk grubunda olabilecekleri aile hekimleri tarafından göz önüne alınırsa Beck depresyon ölçeği gibi uygulanması kolay ve hızlı bir yöntemle depresyon semptomlarının varlığı ve şiddeti araştırılabilir. Bu çalışmayla aile hekimlerine depresyon tanı ve tedavisi konusunda farkındalık kazandırılmak istenmiştir. Birinci basamaktaki hekimlerin depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlarının geliştirilmesiyle hastaların depresyon ile ilişkili fiziksel ve psikolojik semptomları henüz depresyon tanı kriterlerini karşılayacak sayı ve şiddete ulaşmadan fark edilebilir. Hastalara fiziksel egzersiz, psikososyal desteğin artırılması ve düzenli aile hekimi izlemleri gibi koruyucu tedbirler sunulabilir. Aile hekimleri tarafından depresyon tanısı konulması sayesinde mükerrer ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti başvuruları sırasında tedavisi geciken ve hastalığının şiddeti artan bireylerin hayat kalitesi yükseltilebilir. Bu çalışmada aile hekimlerinin depresyonla mücadelede etkin rol üstlenmesinin toplum ruh sağlığının geliştirilmesine katkısı vurgulanmak istenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 18-65 yaş aralığında, Bağcılar Yavuz Selim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ve kan tahlili yaptırmak isteğiyle 02/05/2022 ile 01/08/2022 tarihleri arasında başvuran, dahil olma ve dışlanma kriterlerine uygun, çalışma şartlarını kabul ederek gönüllü olur bildirim formunu imzalayan toplam 146 katılımcıyla ile başlanmıştır. Örneklem analiziyle minimum katılımcı sayısı 123 olarak belirlenmiştir. Çalışmadan zaman içinde çeşitli sebeplerle ayrılan 16 katılımcı olmuş ve çalışma sırasında yapılan tetkiklere göre dışlanma kriterlerini karşılamadığı kan tahlili sonuçlarıyla saptanan 7 katılımcı çalışmadan çıkarılmıştır. 110 kadın 13 erkek olmak üzere toplam 123 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır. Katılımcılardan anamnez alınırken fiziksel ve psikiyatrik şikayetleri bir arada sorgulanmış ve laboratuvar tetkikleri için onam alınmıştır. Katılımcılar arasında anemi, hipotiroidi, diyabet rahatsızlıkları olanları elimine etmek için hemogram, açlık glukoz düzeyi, HbA_{1c}, tiroid fonksiyon parametrelerini içeren kan tahlilleri yapılmış ve Beck depresyon ölçeği verilerek doldurmaları istenmiştir. Katılımcılar laboratuvar tetkik sonuçları değerlendirilmek ve BDÖ skorları hesaplanmak üzere kontrol randevusuna çağırılmıştır. BDÖ skoru kesme değeri 10 olarak belirlenerek 0-9 arası puan alan hastalarda minimal, 10-18 arası puan alanlarda hafif şiddette, 19-29 arası puan

alanlarda orta şiddette ve 30-63 arası puan alanlarda şiddetli depresif belirtilerin var olduğu kabul edilmiştir. DSM-V tanı kriterlerine göre depresyon tanısı alan hasta sayısı belirlenmiştir. Dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışma şartlarını kabul edip gönüllü olur formunu imzalayan 123 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. İstatistiksel analizler için Pearson Ki-Kare Testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçüm verilerinin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05'in altında olduğu olgular istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan toplam 123 katılımcının yaş ortalaması $41,27 \pm 13,28$ 'dir. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği skoru ortalaması $18,06 \pm 9,42$ 'dir. Çalışmamızda BDÖ skoru kesme değeri 10 olarak kabul edildiğinde depresif belirtilerinin görülme sıklığı tüm katılımcılar arasında %78,9, kadınlarda %80 erkeklerde %69,3 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği skorlarına göre katılımcıların %21,14 (n=26)'ünde minimal depresif belirtiler, %34,96 (n=43)'ünde hafif şiddette depresif belirtiler, %30,9 (n=38)'ünde orta şiddette depresif belirtiler ve %13 (n=16)'ünde şiddetli depresif belirtiler bulunmaktadır. Cinsiyet ve yaş gruplarına (18-24, 25- 35, 36-50, 51-65) göre BDÖ skorları karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızda depresyon görülme sıklığının %14,6 (n=18), kadınlarda %15,4 (n=17), erkeklerde %7,6 (n=1) olduğu saptanmıştır. Depresyon görülme sıklığı toplumda %4, kadınlarda %5,4 ve erkeklerde %2,3 olarak saptanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması ile kıyaslandığında çalışmamızdaki depresyon görülme sıklığının kadın cinsiyette ve katılımcıların genelinde, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir. ($p < 0,001$). Erkek cinsiyette depresyon görülme sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$)

Sonuç: Çalışmamız, aile sağlığı merkezine kan tahlili yaptırmak için başvuran hastalarda depresyon görülme sıklığının toplumun genelinden daha yüksek olduğunu göstermesiyle birinci basamakta herhangi bir psikiyatrik şikayet olmaksızın depresyon taraması yapılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti, Depresyon, Kan Tahlili

DEPRESSION PREVALENCE AMONG PATIENTS WHO APPLY TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES WITH THE REQUEST OF BLOOD SAMPLING AND MEASURING THE SCORE WITH BECK DEPRESSION INVENTORY

SUMMARY

Objective: The complaints of patients, who apply to primary health care services with the request of blood sampling, consist of symptoms as fatigue and tiredness which could occur due to both physical and psychiatric health problems. The patients without any complaint also apply for blood sampling because of their chronic diseases which require routine blood sampling during follow-ups. Patients worrying about their physical health apply to family health centers by requesting blood sampling with the aim of any possible organic cause as hypothyroidism, anemia and diabetes to be investigated. A major proportion of visits to family health centers belong to patients who request blood sampling. Family physicians could perform a screening for depression by applying an easy-to-use method such as Beck Depression Inventory and thus show the existence and severity of depression symptoms if they consider that the patients' symptoms could be related to depression or patients might be in the risk group for depression regardless any symptoms. The purpose of this study is to raise awareness among family physicians about depression diagnosis and treatment. Patients might be offered preventive measures as physical exercise, encouragement in psychosocial support and regular family physician follow-ups. Patients' physical and psychiatric symptoms could be noticed, before the number and severity of depressive symptoms fulfill the diagnostic criteria for depression, with the improvement in approaches and acknowledgement of family physicians about depression. Quality of life of people could be improved, whose treatment is delayed and depression become more severe due to time loss during repetitive visits to secondary and tertiary health care services, by family physicians diagnosing depression. In this study, it was aimed to emphasize the importance of contribution of family physicians' active role in fight against depression to improve public mental health.

Materials and Methods: This study was initiated with 146 participants aged 18 to 65, registered to Bagcilar Yavuz Selim family health center, applying with the request of blood sampling who met the criteria for being a participant of this study and voluntarily signed the informed consent form. The minimum number of participants required was determined to be 123 in this study with the sample analysis. 16 participants could not complete the study because of various reasons and 7 participants were excluded for not meeting the criteria according to the blood test results. The study was concluded with 110 female and 13 male in total of 123 participants. The participants were questioned both for physical and psychiatric complaints and the consent for blood sampling was taken. The blood tests including parameters of full blood count, fasting glucose level, HbA1c level and thyroid function tests were performed to exclude the participants who have anemia, hypothyroidism or diabetes and Beck Depression Inventory was given to be filled in. The participants were invited to a follow-up appointment for the evaluation of laboratory test results and the

calculation of the Beck Depression Inventory scores. The cut of value for Beck Depression Inventory score was 10 point and thus patients were evaluated as having minimal depression symptoms who score from 0 to 9 points, mild depression symptoms from 10 to 18 points, moderate depression symptoms from 19 to 29 points and severe depression symptoms from 30 to 63 points. The number of patients was measured according to DSM-V diagnostic criteria. The study was concluded with 123 participants who met the criteria for being a participant of this study and voluntarily signed the informed consent form. Pearson's Chi-Square Test, Mann Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test and Spearman Correlation Test were used for data analysis and only cases with a P-value below 0.05 were considered statistically significant.

Results: The average age of the 123 participants included in this study was $41,27 \pm 13,28$ years old. The average of Beck Depression Inventory scores of the participants was $18,06 \pm 9,42$. In our study, the prevalence of depressive symptoms was found to be 80% in women, 69.3% in men, and 78.9% among all participants, as the cut off Beck Depression Inventory score was 10 points. According to Beck Depression Inventory scores, %21,14 (n=26) of participants had minimal depressive symptoms, %34,96 (n=43) of participants had mild depressive symptoms, %30,9 (n=38) of participants had moderate depressive symptoms and %13 (n=16) of patients had severe depressive symptoms. The Beck Depression Inventory scores were compared with gender and age groups (18-24, 25-35, 36-50, 51- 65) and there was not any significant difference observed ($p > 0,05$). The prevalence of depression in our study was found to be % 14,6(n=18) among all participants, %15(n=17) in women and % 7,6 (n=1) in men. Compared to Turkish Mental Health Profile study in which depression prevalence was 4% in population, 5.4% in women, and 2.3% in men; depression prevalence was shown to be statistically significantly higher in our study both in women and among all participants ($p < 0.001$). There was not any significantly statistically difference in men when two studies were compared. ($p > 0,05$)

Conclusion: Our study emphasizes the importance of depression screening being performed in primary health care services, regardless of any psychiatric complaints, by showing that patients apply to family health centers with the request of blood sampling have a higher rate of depression than population.

Keywords: Primary health care , Depression, Blood Sampling

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile hekimliğinin temel fonksiyonu olan koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de değişmektedir. Bu değişimin sebebi; beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olmak şeklinde tanımladığımız insan sağlığının her bir bileşeninin ortaya çıkan yeni risk faktörlerinden etkilenmesidir. Toplum oluşturan bireylerin yaşam koşulları, çalışma tempoları, diyet ve fiziksel aktiviteleri, sosyal etkileşimleri ruh sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde değişmektedir. Günümüzde depresyon tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı depresyonla mücadele için ilk sağlık hizmeti sunucusu olan birinci basamak hekimlerine tanı ve tedavi algoritmaları içeren öneriler sunmuştur. Tüm dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan depresyonu önlemek ve tedavisini kolaylaştırmak için sağlık politikaları oluşturulmaktadır.

Depresyonun her geçen gün daha fazla insanı etkilemesi ve görülme sıklığının birçok fiziksel rahatsızlığa kıyasla çok daha hızlı artış göstermesi, koruyucu hekimlikte depresyon tanı ve tedavisinin yer alması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Aile hekimlerine erişimin kolay olması, bütüncül bir yaklaşımla fiziksel hastalıkların ekarte edilebilmesi, erken dönemde belirtilerin fark edilebilmesi ve uzun dönemde hastaların takip edilebilmesi birinci basamakta depresyon tedavisinin etkili bir şekilde yapılabilmesine olanak sunmaktadır. Aile hekimleri ile kayıtlı nüfuslarındaki hastaların sürekli temas halinde olmaları sayesinde hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisi güçlenmekte, etiketlenme korkusuyla hastaların bahsetmekten çekindiği psikiyatrik şikayetlerini aile hekimleriyle paylaşmaları şansı artmaktadır. Hastayla ilk temas halinde olan aile hekimlerinin depresyon konusunda farkındalık ve hassasiyet kazanmasıyla bireylerin hayat kalitesi artarken, mükerrer branş hekimi başvuruları sırasında depresyonun şiddetlenmesi engellenerek toplum ruh sağlığına katkı sağlanabilir.

Bu tez çalışmasında öncelikle depresyon tanımı, epidemiyolojisi ve etiyolojisinden genel hatlarıyla bahsedildikten sonra tezin amacı doğrultusunda tanıda kullanılabilen ölçeklerden örnekler verilmiş, depresyon tanı ve tedavisinde aile hekimliğinin rolü literatürdeki benzer çalışmalar ile kıyaslanarak önemi vurgulanmak istenmiştir. Sonraki bölümde tezin gereç ve yöntemleri ile bulgular açıklanmıştır. Tezin son bölümünde sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, kendini hüzünlü hissetme, çökkün ruh hali, sosyal ve bireysel aktivitelerin belirgin şekilde azalmasını kapsayan bir kavramdır. Kökeni Latince bastırmak anlamına gelen “depressus” sözcüğünden gelen depresyon genel anlamda üzüntülü ruh halini tanımlamaktadır. Depresyon; kederli ve değersiz hissetme, bunalma, ilgisizlik gibi psikolojik, halsizlik, yorgunluk, iştah ve uykuda değişiklikler, gibi fizyolojik belirtilerle karakterize yineleyici intihar düşünceleri gibi tehlikeli sonuçları olabilen önemli bir hastalıktır [1].

Depresyon tekrarlama olasılığı yüksek, her yaşta görülebilen, psikososyal ve fiziksel yetilerin yitirilmesine neden olan ve bunlara bağlı olarak hayatı olumsuz yönde etkileyen son derece ciddi bir bozukluktur [2].

Pek çok insan baş etme yöntemleri ve kendi kişilik özelliklerine bağlı olarak zaman zaman umutsuzluk, çaresizlik ve üzüntü yaşar. Yaşanılan bu duygular çoğunlukla doğal sayılmaktadır. Yaşanılan bu olumsuz duygular hayatın akışı içinde normal kabul edilmekte olup depresyonda duyguların günlük hayatı etkileme şiddeti ve süresi farklılık göstermektedir. Kişinin daha öncesinde keyif veren aktivitelerden zevk alamaması ve değersizlik ile suçluluk hislerinin bir arada bulunması, elem ve keder duygularının hakim olması depresyon hastalığında ön plana çıkmaktadır. Dikkatte bozulma ve yaşam enerjisinin kaybolması ortaya çıkan diğer sorunlardır [3].

Mutsuzluk, olumsuz durumlara karşı insanların verdiği son derece olağan bir tepkidir ancak depresif bozukluk durumunda bu duygu süreğen hale gelmektedir.

Beklenenden uzun süren mutsuzluk duygusu, kişinin kontrolü dışında ve koşulların zorluğu ile orantısız ise bu çökkün duygudurum depresyon lehine yorumlanabilecek bir belirtidir [4].

Depresyonun çekirdek özellikleri olarak karşımıza çıkan enerji azlığı ve özgüven azalmasına karamsarlık ve konsantrasyon eksikliği de eşlik edebilmektedir. İştahta değişim ve mesleki anlamda fonksiyonların bozulması gibi bulguların da

eklendiği, tüm bu bulguların iki hafta veya daha uzun süre devam ettiği halde depresif bozukluk olduğundan söz edilebilir [5].

Majör depresyonun tanı kriterlerinde yer alan belirtilerin 2 yıl veya daha uzun süre devam etmesi halinde ise kronik depresyondan söz etmek mümkün olmaktadır. Depresyon atakları sırasında sanrı ve varsanılar görülmesi halinde duygudurum bozukluğu psikotik depresyon şeklinde tanımlanmaktadır [6].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonu dünya çapında en önemli dördüncü özürlülük olarak nitelemiştir. Depresif bozuklukların gelecek birkaç yıl içinde tüm dünyada ikinci önde gelen rahatsızlık grubu olacağı öngörülmektedir. Küresel nüfusun depresyon oranı 2015 yılı verilerine bakıldığında %4,4 olarak görünmektedir. 2015 yılı itibari ile dünyada 322 milyon bireyin depresyonla yaşamak zorunda olduğu bilinmektedir [7].

Depresif durumları tanımlamakta olan semptomların tarihi binlerce yıl öncesine kadar gitmektedir. M.Ö. 400’lü yıllarda Hipokrat tarafından bazı haller için “Melankoli” tanımı yapılmıştır. Depresyona benzeyen durumları tanımlamak için kullanılan melankoli; Hipokrat tarafından kara safra miktarındaki artış ile ilişkilendirilmiş ve böylece depresyonun ilk biyolojik açıklaması da yapılmıştır. [8].

1882 yılında Karl Kahlbaum tarafından mani ile depresyon bir hastalığın farklı iki epizodu olarak değerlendirilmiştir. Depresyon terimi ruhsal bir hastalığı tanımlamak maksadıyla ilk kez 19. yüzyılda kullanılmıştır. Alman psikiyatrist Karl Leonhard 1974 yılında manik-depresif bozuklukları iki farklı kategoriye ayırmıştır. Bu sayede bipolar ve unipolar duygu bozukluklarının sınıflandırılması da yapılmıştır. Depresyon kavramı çağdaş düşünde Adolf Meyer, Sigmund Freud ve Emil Kreapelin tarafından yapılan çalışmalarda şekillendirilmiştir. Duygu durum bozuklukları günümüzde farklı akış açıları kapsamında açıklanmaktadır [9].

2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya sağlık örgütü tarafından 1997 yılında yapılan araştırma sonuçları kapsamında depresyonun 2020 yılına kadar ölüme ve yeti yitimine neden olan faktörler arasında ikinci sıraya kadar yükseleceğine değinilmiştir. DSÖ tarafından 2014 yılında yayımlanan Ruh Sağlığı Atlası’ nda küresel anlamda her on kişiden birinin ruh sağlığı hastalığının bulunduğu, her dört kişiden birinin ise ruh sağlığı hastalığı geçirdiği belirtilmiştir [10].

DSÖ raporuna göre küresel olarak yeti yitimine neden olan 10 hastalık arasında 5. konumda bulunan depresyon; bipolar bozukluk, alkol kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreni gibi bir takım psikiyatrik sorunlara da eşlik etmektedir. Unipolar bozukluk dünyadaki hastalık yükünün %4,3'ünü oluşturmakta ve hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer aldığına değinilmektedir. Depresyonun getirdiği yük bakımından 2030 yılına kadar bu anlamda birinci sıraya yerleşerek dünya çapında bir krize sebep olabileceği aktarılmıştır [11].

Depresyon kronik seyre sahip bir ruh sağlığı problemi olması açısından bireyin işlevselliğini büyük ölçüde düşürmektedir. Aynı zamanda intihar kaynaklı ölümlerin de yüksek oranda sebebi olmaktadır. Depresyon tanısına sahip kişi sayısı 2005 ile 2015 yılları arasında %8,4 oranında artış göstermiştir. Majör Depresif Bozukluk (MDB) ile ilgili veriler araştırma sonuçları ve kültürler arasında çeşitlilik gösteriyor olsa da ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmaları depresyonun başlama yaşının 27 olduğunu ortaya koymaktadır. Genel kabul edilen başlangıç yaşı 30 olarak değerlendirilmektedir. Depresif bozukluk sebebi ile hastaneye başvuran kişilerin yaşları genellikle 40-60 yaş arasında yoğunlaşmaktadır [12].

Epidemiyolojik araştırma sonuçları kapsamında depresyonun ömür boyu görülme oranı %4,9 ve %6,2 arasında yer almaktadır. 1991 yılında Weismann tarafından yapılan ECA araştırmalarında bir yıllık majör depresyon prevalansının %2,6 ile %6,2 arasında olduğu görülmüştür. Aynı çalışma kapsamında kadınlarda depresif bozukluğun görülme oranının erkeklere nazaran 2 kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Erkeklerde hayatlarının bir bölümünde depresif bozukluk görülme oranı %10 iken kadınlarda bu oran %20 olarak kaydedilmiştir. Cinsiyetin depresyon sıklığı üzerine etkisi 44 ile 65 yaş aralığında belirgin olup 65 yaşının ardından kadınlarda bu oran erkekler göre daha fazla artış eğilimi göstermektedir [13].

Türkiye’de depresyon görülme sıklığı %8 ile %20 oranı arasında olarak bildirilmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından 1998 yılında yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasında 7479 birey değerlendirilmiş ve depresif nöbet sıklığı %4 olarak saptanmıştır [14].

2014 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yapılan araştırmada, depresif bozukluğun hastalık yükü açısından dördüncü sırada yer aldığına değinilmiştir. Bu araştırma kapsamında, Türkiye’de kadınlarda depresyon görülme sıklığı %5,4, erkelerde ise %2,3 olarak ortaya çıkmıştır. Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı ise 20-50 yaş olarak kayda geçmiştir [15].

2017 yılında Lancet’te yayınlanan kronik hastalık yükü araştırmasında majör depresyonun engelliliğin ilk üç nedeninden birisi olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada dünya genelinde 300 milyondan fazla insanın bu rahatsızlıktan kaynaklanan sorunlar yaşadığı ortaya çıkmıştır. Majör depresif bozukluk hayat boyu en yüksek prevalansa sahip olan rahatsızlıktır. Karşılaştırmalı çalışmalarda Kuzey Avrupa ülkelerine nazaran Akdeniz ülkelerinde ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranı daha düşüktür. Aynı kapsamda şiddetli depresyon oranları ile paralel olan intihar oranları da Akdeniz ülkelerinde daha az rastlanılan bir durumdur [12].

Farklı ülkelerde, ülkelerin kültürlerinden bağımsız bir şekilde majör depresyon görülme sıklığı erkeklere oranla kadınlarda daha fazladır. Bunun sebebi olarak kadınların erkeklerden daha çok hormonal farklılık yaşaması öne sürülmektedir. Toplumun kadına biçtiği rol, öğrenilmiş çaresizlik, psikososyal stresörler ve özel hayatta yaşanan problemler kadınların depresyona erkeklere göre daha fazla meyilli olmasına neden olmaktadır [11].

2.3 Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon şiddetini etkileyen ve bu duruma sebep olabilecek çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin en başında genetik faktörler yatmaktadır. Depresyon bir kişinin doğumundan itibaren biyolojik nedenler kapsamında genlerine aktararak iletilebilmektedir. Aile öyküsünde depresyona rastlanan kişilerde depresyon görülme olasılığı daha yüksektir. Depresyona neden olan başka bir durum ise fizyolojik etmenlerdir. Vücuttaki hormon dengesi ile doğrudan ilişkili olan depresyon sinir sistemi ve hormon düzeninin patolojik işleyiş biçimidir. Bu iki faktör ile depresyon arasında direkt ilişki bulunmaktadır. Depresyonu etkileyen başka bir faktör ise bilişsel nedenlerdir. Bireyin başına gelen olaylar neticesinde kurduğu neden ve sonuç ilişkisi, depresyon açısından son derece önemlidir. Bireyin olumsuz düşünme biçimi ve kendine yönelik olumsuz algısı depresyon sebepleri arasında bulunmaktadır. Olumsuz düşünme eğilimi yüksek olan kişilerde meydana gelen olayları olumsuz neticelere bağlama durumu da depresyon risk faktörleri arasında yer almaktadır [2].

İnsan doğası gereği sosyalleşme ihtiyacı bulunan bir varlıktır. Bu sebeple sosyal nedenlere bağlı olarak da depresyon meydana gelebilmektedir. Toplumda meydana gelen olumsuz olaylar bireylerde depresyona neden olabilmektedir. Meydana gelen terör saldırıları bu durum için iyi bir örnek niteliğindedir. Toplumun geneline

etkileyen ekonomik krizler, doğal afetler, savaşlar bu durum için iyi birer örnek niteliğindedir. Ayrıca büyük kentlerde yaşanan kişilerin hep daha fazlasını isteyerek kendi doyum eşiklerini yükseltmesi, ekonomik anlamda zorlanması ve sosyal ilişkilerinin zayıflaması da depresyona zemin hazırlayabilmektedir [16].

Majör depresif bozukluğun sebeplerinin ortaya çıkarılması hususunda önemli ilerleme kaydedilmesine rağmen tek bir mekanizma ya da modelden rahatsızlığın tüm yönlerini açıklamak mümkün değildir. Biyolojik faktörler ile psikososyal faktörler değişik yollarla rahatsızlığa neden olabileceği gibi değişik müdahalelere yanıt verir şekildedirler. Depresyonu nörobiyolojik açıdan inceleyen çalışmalar genel olarak hayvan araştırmalarını kapsamaktadır. Majör depresif bozukluğun sebeplerini kavramak için yalnızca klinik araştırma sonuçlarına odaklanmak sebeplerin tam anlamıyla anlaşılmasında eksik kalacaktır. Hem psikososyal hem de biyolojik faktörleri incelemek ve bu iki faktörün katkılarının farklılık gösterdiğini dikkate almak bütünün anlaşılmasında etkili olacaktır [17].

2.3.1. Monoamin Hipotezi

1950'li yıllarda, antihipertansiflerin majör depresyonu artırabileceği ve monoamin miktarında meydana gelen azalmanın, monoamin nörotransmitterlerinin (serotonin, dopamin ve noradrenalin) majör depresif bozukluğun patogeneziindeki potansiyel rolüne olan ilgiyi uyandırmıştır. Ardından monoamin oksidaz inhibitörlerinin ve trisiklik antidepressanların monoamin nörotransmisyonunu farklı mekanizmalarla artırdığı ortaya çıkmıştır. Böylece monoaminlerin depresyondaki rolünün arttığı daha net görülmektedir [18].

2.3.2. Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Eksenin Rolü

Plazma kortizol miktarındaki artış melankolik özellikleri bulunan ve şiddetli depresyondaki kişilerde en tutarlı olan biyolojik bulgulardan bir tanesidir. Ortaya çıkan bu biyolojik durumun, stres nedeniyle ortaya çıkan kortizol salınımı ve glukokortikoid reseptör aracılı geri besleme inhibisyonunun bozulmasının kombinasyonundan meydana geldiği düşünülmektedir [19].

2.3.3. İnflamasyon

Kan-beyin bariyerini aşan periferik sitokinler; astrositler ve nöronlar gibi destekleyici hücreler üzerinden patogeneze etki edebilmektedir. Ciddi enfeksiyonları ve otoimmün rahatsızlıkları bulunan kişilerde inflamatuvar değişikliklerin depresyona yol açması beklenebilir [20].

2.3.4. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri

Hipokampal hacmin depresyon rahatsızlığı bulunan kişilerde bu rahatsızlık bulunmayan kişilere nazaran daha küçük olduğu görüntüleme yöntemleriyle yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bazı araştırmalarda ise tedavi edilmemiş depresyon ile hacim kaybının derecesi ilişkilendirilmiştir. Ölüm gerçekleşmesinin ardından yapılan çalışmalarda depresyon hastalığı bulunup da tedavi edilmeyen kişilerde dentat girus hacminin, depresyon olmayan kişilere nazaran yaklaşık yarı yarıya azalmış olduğu görülmüştür [21].

2.3.5. Genetik Faktörler

Üvey kardeşi olan ya da ikiz olan bireylerde yapılan araştırmalarda majör depresif bozukluğun orta dereceye sahip kalıtsal nitelik taşıdığı anlaşılmıştır. Birinci derece akrabaları içinde majör depresyon tanısı almış olan kişilerde ailesinde depresyon tanısı olmayan kişilere göre depresyon gelişme riski üç kat daha fazla olarak gösterilmiştir [22].

2.3.6. Sosyodemografik ve Çevresel Faktörler

Hayatta gelişen olaylar ve sosyodemografik durumların depresyonun gelişimine olan etkisi uzun süredir bilinmektedir. Yetişkin bireylerde stresli olayların yanı sıra kronik hastalıklar, yaş, maddi zorluklar, cinsiyet, ayrılık, işsizlik, şiddete maruz kalma ve yas durumları depresyonun gelişiminde etkili olmaktadır [23]. Depresyon ile stresli yaşam olayları arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır ancak aynı problemleri yaşayan kişiler için depresyon gelişme riski farklı sonuçlar verebilmektedir. 15 ülkede yapılmış olan bir çalışma kapsamında bireylerde hayatları boyunca majör depresif bozukluk görülme oranı kadınlarda erkeklere kıyasla 1,9 kat fazla çıkmıştır [23].

Geçmişte istismara uğrama, kötü muamele görme ve kaybolma gibi olumsuz durumlarla karşılaşan bireylerde gelecek dönemde majör depresyon gelişme olasılığı

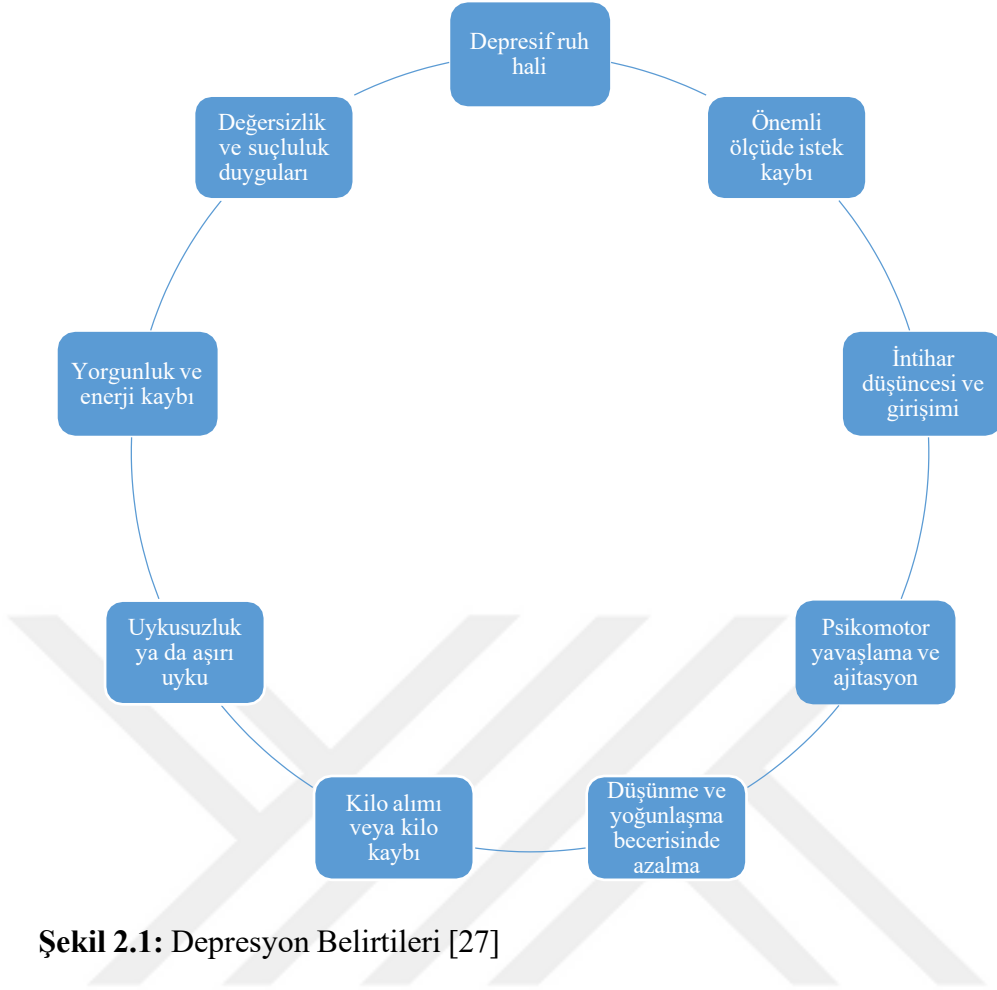
daha yüksektir. İnsanlar ve hayvanlar üzerinde yapılan klinik çalışmalar, glukokortikoid reseptör hipofonksiyonunda değişikliğe neden olan çocukluk çağı travmalarının sonraki yıllarda depresyonla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Çocukluk çağı istismarlarına maruz kalmanın glukokortikoid reseptör geninde yer alan anahtar bölgelerin DNA metilasyonunun ortaya çıkmasına sebep olarak ekspresyonunu azalttığı ve depresyon durumunun kronik ve ciddi bir boyut kazanmasına sebep olduğu görülmüştür [24].

2.3.6. Epigenetik

Yapılan araştırmalar çevreye bağlı faktörlerin beyin nörobiyolojisinin modifikasyonunda etkili olabileceği mekanizmaları göstermektedir [25]. Bunun yanı sıra yeni olan bu alanda birtakım zorluklarla karşı karşıya gelmiştir. Yapılan klinik müdahalelerin gözlemlere dayanması için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir [26].

2.4. Depresyon Belirtileri

Depresyon, M.S. 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlangıcında daha önceki dönemde ortaya atılan kara safra gibi teorilerin ortadan kaldırılmasına müteakip kullanılmaya başlanmış bir kavramdır. Türkçe karşılığı ruhsal yönden çökmek anlamına gelen kavram kişinin kendini kötü hissetmesi ya da kötü gün geçirmekten çok daha fazlası olarak değerlendirilmektedir. Bireyin sahip olduğu çöküntü halinin devam etmesi ve günlük hayat etkilenmeye başladığında kişinin depresyonda olduğundan bahsedilebilmektedir. Bu bağlamda depresyonun çok sayıda belirtisi bulunmaktadır [27]. Depresyon belirtileri Şekil 2.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Depresyon Belirtileri [27]

Şekil 1.'de görüldüğü gibi depresyonun belirtileri oldukça geniştir. Depresyon ortaya çıktığında kişinin tüm hayatını etkisi altına almakta ve eski durumuna dönmesi güçleşmektedir. Bu kapsamda kişi yaşamında çeşitli sorunlar hissetmeye başlar ve umutsuzluk hissi hakim olur. Şekil 2.1.'e konu olan belirtileri gösteren bireyler genellikle depresyonda olduklarını hissedememektedir. Dolayısıyla hekimlere psikolojik bulgulardan çok fizyolojik bulgular için başvurumaktadırlar. Bu bağlamda hekim için depresyon tanısı koymak zorlaşmakta ve çoğunlukla bu durum atlanmaktadır [28].

Depresif hastaların büyük çoğunluğu başlangıçta psikiyatrist yerine birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurumaktadır. Bu sırada hastaların büyük kısmı depresyon tanısı kapsamında taranmamaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardan en az yarısının depresyon tanısının atlandığı ortaya çıkmıştır [29].

Depresyonda enerji azlığı ve çökkün bir ruh hali; aktivitelere duyulan ilginin ve katılım ile alınan zevkin azalması söz konusudur. Düşünce akışında ortaya çıkan yavaşlama neticesinde sorulara cevap vermede gecikme ve güçlük ile tamamen konuşma becerisini kaybetmeye rastlanabilmektedir. Depresyon hastaları kendilerinde suçluluk duygularına sebep olacak şeyleri takıntılı bir tavırla düşünebilmektedir. Bu düşüncelerin içeriği ise genellikle kararsızlık, kayıp, suçluluk ve intihar gibi konular olmaktadır. Depresyondaki kişiler içinde intiharı düşünenlerin oranı %75' i bulabilmektedir. Uyku düzensizlikleri, cinsel istekte azalma, iştah kaybı ve psikomotor ajitasyon depresyonla ilişkilendirilen diğer belirtilerdir [30].

Genellikle tükenmişliğin sonunda görülen depresyon, eskiden zevk alınarak yapılan aktivitelere karşı ilgisiz kalınması ve hayattan haz alamama durumu olarak değerlendirilir. Depresyonun ortaya çıkmasının ardından kişi meydana gelen her olayın negatif sonuçlanacağı düşüncesine kapılmaktadır. Yaşanan durumların iyi olmayan taraflarına odaklanan ve olumsuz şekilde sonuçlanabileceğini düşünen bireyler kendilerini cezalandırılmış ve kabahatli hissetmektedir. Kişi aynı zamanda geleceği hakkında da kötümser düşüncelere kapılmaktadır. Geleceğe dair endişe ve ümitsizlik depresyon döneminde bireyin düşüncelerine yerleşmektedir. Birey için hayatın bir anlam ifade etmemesi ve yüksek derecede çökkünlük depresif belirtilerinin en bariz olanlarıdır [31].

Depresyon belirtileri, duygudurum belirtileri, bilişsel belirtiler ile motor ve somatik belirtiler olmak üzere dört ana grupta toplanmaktadır.

Duygudurum belirtileri: Depresyona dair duygudurum belirtileri dışarıdan fark edilecek şekilde mutsuz ve keyifsiz olma, karamsarlık, çaresizlik, hayal kırıklığı, çevredeki insanlardan izole olma, sık sık ağlama ve bu belirtilerin gün boyu devam etmesi gibi durumlardır [32].

Bilişsel belirtiler: İşe yaramazlık ve değersizlik hissi, suçluluk duygusu, kendini olumsuzlukların sebebi olarak niteleme, gelecek kaygısı, intihar ve ölüm düşünceleri gibi belirtiler depresyonun bilişsel belirtileri arasında yer almaktadır [32].

Somatik belirtiler: Genellikle iştah kaybından kaynaklı kilo kaybı ya da aşırı yeme sonucu kilo alma, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, libido kaybı ve yorgun hissetme depresyonun somatik belirtileri arasında yer almaktadır [33].

Motor belirtiler: Hareketlerde meydana gelen yavaşlama, konuşmanın yavaşlaması veya konuşamama, bir işi sürdürmede zorluk yaşama gibi durumlar ise depresyonun sık görülen motor belirtileri arasında bulunmaktadır [34].

2.5. Depresyon Risk Faktörleri

Depresyon risk faktörleri tek bir etkene bağlı tutulmamakta, çevrenin genetik yapıyla olan olumsuz etkileşimi ve bu durumun zamanlaması oldukça önemli hale gelmektedir. Depresif kişilik özellikleri, ekonomik bunalım, eğitim seviyesi düşüklüğü, kadın cinsiyet, boşanma, ölüm, erken çocukluk döneminde anne veya babanın kaybı, yakın ilişki azlığı, yeti yitimine yol açan psikolojik hastalıklar, bedensel rahatsızlıklar ile tüm bu rahatsızlıkların tedavi süreçleri ve yaşamı tehdit edici olaylar depresyonun temel risk etkenleri olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca 18-44 yaş aralığında olmak, işsiz olmak, düşük sosyoekonomik durum ve bekâr olmak da diğer depresyon risk etmenleridir [35].

Son yıllarda yaygınlaşan beyin ve genetik görüntüleme çalışmaları nörobiyolojik değişkenlerin ve genetik yatkınlığın depresyon gelişimiyle bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Bireylerde ortaya çıkan biyolojik değişimler bazı zamanlarda ise neden değil sonuç olarak meydana gelebilmektedir. Bunun yanında psikososyal faktörler de çoğu zaman biyolojik süreçleri tetikleyici olabilmektedir [36].

İnsanların yaşamlarının erken dönemlerinde maruz kaldıkları stresör ve travma faktörlerinin bulunduğu depresyon ile travmanın neden olduğu dissosiasyon ve kaygı bozukluğu gibi durumların paralel ilerlediği görülmüştür. Meydana gelen bu durum yalnızca ruh sağlığı sorunlarının görülme oranlarını değil aynı zamanda rahatsızlıkların seyrini ve tedaviden yanıt alınmasını da etkilemektedir [37].

Bireylerin yaşadıkları travmaları psikososyal ve nörobiyolojik açıdan incelemek için psikoloji ve gelişimsel travma arasındaki ilişkiyi iyi incelemek gereklidir. Özellikle erken çocukluk döneminde maruz kalınan istismar ve ihmal gelişmekte olan beyin yapısını bozarak kaygı ve depresyona olan eğilimi yükseltmektedir [38].

Alloy ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasının neticeleri incelendiğinde psikososyal ve biyolojik açıdan babaların ergenlerin hayatında önemli bir figür olduğu ve babaların depresyonda olmasının ergenler için depresyona maruz kalmada tek başına bir etken olduğu sonucuna varılmıştır [39].

2.5.1. Genetik Faktörler

Depresyonun risk faktörleri içinde genetik önemli bir rolde yer almaktadır. Özellikle ikizlerde bu tür klinik tabloya daha sık rastlanılmaktadır. Popülasyon prevalansına göre aile prevalansının daha yüksek değerlere çıkması bu düşüncüyü güçlendiren bir veridir [40].

Tüm duygudurum bozukluklarında genetik veriler önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Majör depresif bozukluklarda kalıtılabilirlik durumu diğer psikiyatrik hastalıklara kıyasla daha düşüktür ancak yapılan ikiz çalışmaları genetik katkının %35-40 arasında olduğunu ortaya çıkarmaktadır [41].

2.5.2. Biyokimyasal Etkenler

Depresyonun anlaşılması yönündeki ilk çalışmalar 1960'lı yıllarda yapılmıştır. Buna göre kullanılan antidepresanların monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve trisiklik antidepresanların (TCA) etki düzeneğine dayandırılan monoamin hipotezi ileri sürülmüştür. Depresyonun üç biyojenik aminden (serotonin/5-HT, noradrenalin/NA, dopamin/DA) birinin eksikliği, reseptörlerdeki duyarlılık ve sayının azalması veya işlevlerinde ortaya çıkan gerileme sonucu ortaya çıktığı monoamin hipotezinde depresyona sebep olan biyolojik sebepler olarak belirtilmektedir [42].

2.5.3. Yaş

Depresyon vakalarının büyük çoğunluğu 20 ile 50 yaş aralığında tanı almaktadır. Depresyonun ortalama başlangıç yaşı ise 30 olarak görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda 18 ile 29 yaşa aralığında bulunan kişilerin depresyon prevalansının 60 yaş ve üstü kişilere göre üç kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bu kapsamda yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde 17 milyon yetişkinin depresyondan etkilendiği ifade edilmiştir [43].

2.5.4. Cinsiyet

Çocukluk yaşlarında erkek ve kadın cinsiyet arasında farklılık göstermeyen depresyon ergenlik döneminden itibaren kadınlarda daha sık görülme eğilimindedir. Depresyonun kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü çok sayıda çalışmada belirtilmiştir [13].

2.5.5. Medeni Durum

Yapılan çalışmalar depresyon sıklığının bekarlarda evlilere nazaran çok daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu gruptaki bireylere eşinden ayrı yaşayan, boşanmış ve dul bireyler de dahil edilmektedir [44].

2.5.6. Çocukluk Döneminde Yaşanan Olumsuz Durumlar

Çocukluk çağlarında yaşanan ayrılık, travma ve kayıplar bireylerin gelişimini ve kişiliğini doğrudan etkilemektedir. Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler bireyin gelecek yaşamında depresif bir yapıya sahip olmasına zemin hazırlamaktadır [45].

2.5.7. Aile Öyküsü

Monozigotik ikiz olan bireylerden birisinin depresyon yaşaması durumunda diğer ikizin depresyon yaşama olasılığı %50 oranında artmaktadır. Depresyon tanısına sahip olan bireylerle yapılan çalışmalarda %18'inin ailesinde psikiyatrik bir rahatsızlık öyküsü bulunduğu yer almaktadır. Ayrıca ailesinde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunan depresif bireylerin %82 oranındaki kısmının akraba yakınlık derecesi birinci derecedir [35].

2.5.8. Sosyoekonomik Durum

Depresyon oluşumundaki çevresel faktörlerin etkisi en az genetik faktörler kadar önemlidir. Murphy tarafından 1964 yılında yapılan çalışmada depresyonun sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişileri daha çok etkileyen bir rahatsızlık olduğuna vurgu yapılmıştır fakat sonraki yıllarda yapılan araştırmalar sosyal sınıf bağlamında düşük seviyede bulunan bireylerin de depresyona sık maruz kaldığı ve ruhsal rahatsızlıkların yayılımının daha çok düşük sınıflara doğru kaydığı saptanmıştır. Bu kapsamda alt sınıflarda yer alan bireylerde orta ve üst sınıfta yer alan bireylere nazaran depresyonla daha çok karşılaşıldığına dair veriler elde edilmiştir. Sosyoekonomik açıdan düşük seviyede bulunan depresif hastalar sağlık hizmetlerinden de daha az miktarda yararlanabilmektedir [46].

2.5.9. Psikososyal Etkenler

Depresyona sebep olan risk faktörleri içinde psikososyal etkenler kapsamında bilişsel kuram ve davranışsal kuram olarak adlandırılan iki farklı etken bulunmaktadır.

Davranışsal kuram kapsamında depresyonun oluşumu, çocukluk çağından bu yana karşılaşılan acı uyaranlardan kurtulmayı ve kaçmayı bilememe ile çaresiz kalmak durumu olarak açıklanmıştır. Depresyon davranış bilimcilere göre yetersiz ve uygunsuz etkenlerin bir araya gelmesi, kimi destekleyici nitelikteki etkenlerin ise geri çekilmesi neticesinde oluşmaktadır [47].

Beck, 1967 yılında yaptığı çalışmada depresyonun bilişsel açıdan kişinin çevresi, kendisi ve geleceği hakkında olumsuz yargılarının bulunmasından ortaya çıktığını savunmuştur. Günümüzde bu görüşün farklı yansımalarına oldukça sık bir şekilde tanıklık edilmektedir. Beck tarafından depresyonun temelinde bir düşünce bozukluğunun yer aldığını belirttiği çalışması 1960'lı yıllarda büyük bir gelişme olarak kabul görmüştür. Çalışma kapsamında, depresif rahatsızlığı bulunan hastaların düşüncelerinin merkezinde önemli bir kayıp bulunduğuna dikkat çekilmektedir. Depresyon hastaları mutlu olmaları için gereken her şeylerini kaybetmiş oldukları düşüncesine kapılmakta, gerçekleşen her önemli girişimde çoğunlukla olumsuz sonuçlar beklemekte ve kendilerini önemli amaçlara ulaşabilmek için gerekli özelliklerden yoksun hissetmektedirler [48].

Olumsuz bir kendilik kavramı ortaya çıkaran bu durum, yaşam deneyimlerinin bütünüyle olumsuz yorumlanması ve nihilistik bir gelecek görünümü ile formülize edilmektedir. Olumsuz beklentiler ve geriye döndürülemeyen kayıp duygusu, depresyonla bağlantısı bulunan aldırmaçlık, keder ve hayal kırıklığı gibi duygulara yol açmaktadır. Çözümü olmayan sorunların içinde kaybolmuş ve hoş karşılanmayan bir duruma yakalanmış olmak hissi arttıkça yapıcı motivasyonun kaybolduğu görülmektedir. Depresyon hastaları açık bir biçimde çözümsüz görünen bu durumdan intihar sayesinde kaçmaya zorlandığını hissetmektedir [49].

2.6. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırması

2.6.1. Depresyon Tanısı

Depresif bozukluğun ICD-10 ve DSM-V'ye göre olmak üzere iki farklı tanı ölçütü bulunmaktadır [49]. DSM-V'ye göre depresyonun tanı ölçütleri;

- Neredeyse her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk çekme
- Neredeyse her gün yavaşlama ya da psikomotor ajitasyon
- Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgisizlik ve zevk alamama
- Günün büyük bölümünde çökkün duygudurum
- Çok hızlı kilo verme ya da kilo alma
- Neredeyse her gün içsel gücün kalmaması hissi
- Aşırı suçluluk ya da değersizlik hissetme
- Yineleyici ölüm düşünceleri ve intihar amaçlı özel eylem tasarlama

Depresyonun ICD-10 tanı ölçütleri ise şu şekildedir;

- Dikkati toplayamama ya da dikkatin azalması
- İştah azalması
- Uyku bozukluğu
- Özkıyım düşünceleri ya da kendine zarar verme
- Benlik saygısını yitirme ve özgüvenin azalması
- Geleceğe ilişkin karamsarlık

Depresif bozukluk tanısı için belirtilen şartların en az bir tanesinin duygudurum belirtisi (depresif durum ya da istek ve ilgi yitimi) olması gereklidir. Bireye depresyon tanısı koymak için en az beş şartın varlığının iki hafta süreyle belirgin biçimde olması gereklidir [50].

- Enerji düşüklüğü
- Çökkün duygudurum
- Aşırı uyuma veya uyumakta zorlanma
- Yavaşlama ya da psikomotor ajitasyon
- Konsantrasyon güçlüğü ve karar vermede zorluk çekme
- Aşırı ve uygunsuz suçluluk durumları veya değersizlik hissi
- Etkinliklere karşı belirgin şekilde ilgisizlik duygusu

- Yinelenen ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamadan kendini öldürme girişimleri ve öz kıyım denemesi

Aynı iki haftalık dönem boyunca yukarıda belirtilen faktörlerin beşi veya daha fazlasını hisseden bireylerin depresyon tanısına sahip olduğundan bahsetmek mümkündür. Belirtiler klinik açıdan belirgin olduğunda mesleki ya da sosyal becerilerde gerilemeye neden olmaktadır. Bu dönem farklı bir fizyolojik etkiye ya da madde kullanımına bağlanmamalıdır. Depresyon döneminin meydana gelmesi şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk ve şizofrenide yer alan psikozla açıklanamaz [51].

Depresyonun çok sayıda alt tipi bulunmaktadır. Bu tipler bazı spesifik belirtilere, belirtinin devamlılığına, sayısına ve kişinin günlük hayatını ne derecede etkilediğine bağlı olarak farklı adlandırılmaktadır. Depresyon başlıca altı gruba ayrılmaktadır.

2.6.2. Depresyon Sınıflandırılması

2.6.2.1. Majör Depresyon

Depresyonun en sık görülen türü majör depresyondur. Genelde 30 yaşlarından sonra ortaya çıkan majör depresyon krizlerle seyreden bir tabloya sahiptir. Yapılan uluslararası çalışmalara göre majör depresyonun prevalansı % 1 ile %10 arasındadır. Hayat boyu bir ya da iki ay aralıklarla yineleyerek kendini göstermektedir [52].

Eğitim düzeyinin düşük olması, kadın cinsiyet, genetik eğilim, kişilik yapısı ve hayatı olumsuz etkileyen etkenler majör depresyonun başlıca risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Bir kişinin majör depresyon tanısı alması için geçmiş dönemde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiş olması gerekir. Depresif bozuklukların en şiddetlisi olarak majör depresyon gösterilebilmektedir. Majör depresyon tanısı konulabilmesi için DSM-V tarafından belirtilen bulguların en az beşinin iki hafta boyunca bireyde görülüyor olması gereklidir [53].

2.6.2.2. Distimik Bozukluk

Depresif belirtilerin iki yıl veya daha uzun bir periyotta görülmesi durumunda distimik bozukluktan bahsetmek mümkün olacaktır. Distimik bozukluğun belirtileri majör depresyona nazaran daha hafif seyretmektedir. Bu hastalığa sahip bireylerin %17' lik oranı hayatlarında en az bir kere intihara teşebbüs etmektedir. Distimik bozukluk genel anlamıyla hafif depresyonunun uzun yıllar var olması demektir. Hastada gözlenen belirtiler; sürekli iç sıkıntısı, üzüntü, kendini yeterli hissetmeme, özgüven düşüklüğü ve ümitsizliktir. Sürekli uyku hali, odaklanamama, enerji azlığı, hafıza sorunları ve kendini toplumdan geri çekme gibi durumlara da rastlanmaktadır. Distimik bozukluk süreklilik gösterdiği için bireyin sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [54].

2.6.2.3. Eşik Altı Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluk kriterlerini karşılamayan ancak belirgin şekilde birden fazla depresif semptomun bir araya geldiği durumda eşik altı depresyondan bahsedilebilir. Eşik altı depresif bozukluklar, işsizlik, kadın cinsiyet ve düşük sosyoekonomik düzey nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Depresif semptomlar ile seyreden eşik altı depresif bozukluk bireyin hayatını ciddi ölçüde etkileyen ve işlevselliği düşüren bir bozukluktur. Anhedoni ve depresif ruh hali belirtilerinden en az birinin iki hafta ya da daha uzun süreli devamı halinde eşik altı depresif bozukluktan bahsedilebilir [55].

2.6.2.4. Minör Depresyon

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde minör depresyona majör depresyon kadar sık rastlanılmaktadır. Minör depresyon çevresel özelliklere sahip bir depresyon türüdür. Minör depresyonda mutlak bir DSM-V tanısı bulunmamaktadır. Minör depresyon rahatsızlığı bulunan kişilerde hafıza sorunları ve sosyal alanda işlevsizlik, depresyonu bulunmayan kişilere nazaran belirgin şekilde bozulma göstermektedir. Minör depresyon, majör depresyon gelişme riski açısından da büyük önem teşkil etmektedir. Minör depresyondan muzdarip olan bireylerin beşte biri, bir yıl içinde majör depresyonla karşı karşıya kalmaktadır [56].

2.6.2.5. Manik Depresyon

Depresyonu bulunan kişilerde manik durum ve depresif duygudurum birbirini izleyebilmektedir. Genellikle kişinin duygudurumunda yükselme yaşanması şeklinde seyreden manik depresyonda manik atakların ardından depresif bir duygudurum haline geçilmesi söz konusudur. Bu durumun akabinde yeniden manik ataklar ortaya çıkabilmekte ve normal duygudurumlarla dalgalanma halinde bir seyir izlenmektedir. Depresif ataklar meydana geldiğinde bireylerde majör depresyon ile aynı belirtiler görülmektedir. Manik dönemde bireylerde gözlemlenen belirtiler içinde alkol, madde ve ilaçların kötüye kullanımı, düşüncesizce hareket etme, hiperseksüalite, düşünce uçuşmaları, çok ve yüksek sesle konuşma, asılsız özgüven ve kendini riske atacak davranışlarda bulunma gibi belirtiler yer almaktadır [45].

2.6.2.6. Maskeli Depresyon

Maskeli depresyon, madde bağımlılığı ve alkolizmin, somatik belirtilerin, cinsel sorunların, otonom sinir sistemi bozukluklarının, beslenme ile alakalı davranış bozukluklarının ve karakter bozukluklarının temelinde gizlenmiş olan bir depresyon türüdür. Bu depresyon çeşidinde, baş ağrısı, iştahta azalma, uyku problemleri, lumbalji, ense ağrısı ve duyu bozuklukları gibi sorunlar da gözlemlenir. Bahsedilen semptomlar sabah saatlerinde daha şiddetli seyretmektedir. Buna bağlı olarak sürekli alkol tüketimi bu rahatsızlığı uzun süre gizleyebilir [57].

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından depresif bozukluklara dair tanılarının Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı (DSM-V) kapsamında bulunan tanı kriterlerine göre konulması önerilmektedir [51]. Bu kapsamda Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısına göre depresif bozukluk alt grupları aşağıdaki gibidir.

Tablo 2.1: DSM-V' e Göre Depresif Bozukluk Alt Grupları [51]

Alt Gruplar
Distimik Bozukluk
Majör Depresif Bozukluk
Premenstrüel Disforik Bozukluk
Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
Diğer belirtilen depresif bozukluk
Tanımlanmamış depresif bozukluk
Madde / ilaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk
Başka Medikal Durumlara Bağlı Depresif Bozukluk

Tablo 2.1.'de majör depresif bozukluğun DSM-V açısından tanımlanması adına tanı kriterlerine yer verilmiştir. DSM-V' e göre majör depresyon tanı kriterleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir;

- Bir grup bulgu ve belirtinin bir araya gelmesi depresif bozukluğa sebep olmaktadır. Bu sebeple depresif bozukluğun tanısında önemli olan nokta bu rahatsızlığın bir sendrom niteliğine sahip olmasıdır.
- Depresyonun en temel niteliği derin üzüntü, karamsarlık ve umutsuzluk halidir. Bireyde bu depresif semptomların yanında etkinliklere ve sorumluluklara karşı ilgisizlik görülmektedir.
- Bireysel ilişkiler, olağan işler, cinsel aktivite ve özel zevkler gibi pek çok durumdan keyif alamama majör depresyonun belirgin bulgularıdır. Çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yoğun şekilde yaşanması, benlik saygısında kaybolma ya da azalma bireyin düşüncelerinde hakim olmaktadır.
- Depresif olgularda genellikle iştah kaybı görülse de bazı kişilerde tam tersi bir etkiye de sahip olabilmektedir. Ayrıca psikomotor yavaşlama vakalarında sık görünen bir bulgudur. Depresif bozukluk sebebiyle bireylerde bilişsel değişikliklere bağlı olarak konsantrasyon, karar verme, düşünme ve hafıza da olumsuz olarak etkilenmektedir.

Tablo 2.2.'de depresif bozukluğun bulgularına kapsamlı şekilde değinilmiştir.

Tablo 2.2: Depresif Bozukluk Belirtileri [44]

Emosyonel	Nörovejetatif
Benlik saygısı düşüklüğü ve güvensizlik	Enerji azlığı ve yorgunluk
Üzüntü ve hüzün	Baş ağrısı
Anksiyete	Libido azlığı
Apati	İnsomnia, hipersomnia
İrritabilite	Kabızlık
Anhedoni	Duygulanımda değişme
	İştah bozukluğu ve kilo değişikliği
	Psikomotor ajitasyon ve yavaşlama
Psikolojik	Sosyal
Suçluluk ve zevk alma yetisi kaybı	Sosyal geri çekilme ve yalnızlık
Umutsuzluk	Evlilik ve iş sorunları
Çaresizlik	Sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma
Bilişsel	Psikotik Belirtiler
Obsesif düşünme ve ruminasyonlar	Sanrılar
Bellek bozukluğu	Varsanılar
İntihar düşünceleri	

Farklı sistemleri etkilemesi dolayısıyla sendrom olarak nitelendirilen depresif bozukluk çok sayıda belirti gösterdiği gibi çoğunlukla ayırıcı tanı konusunda sorun

oluşturabilmektedir. Panik bozukluk başta olmak üzere %40 oranında anksiyete bozuklukları da depresif bozukluğa eşlik edebilmektedir. Bu oran birinci basamak hekimliğinde daha sık görülmektedir ancak bu hastaların psikolojik şikayetler yerine bedenle ilgili şikayetlerle başvuru yapmaları, hastaların kendilerindeki sorunların ruhsal kaynaklı olmadığını düşündüklerini göstermektedir. Birinci basamakta özellikle çabuk yorulma, kronik ağrı ve uyku bozuklukları depresif bozukluğun ön görülebilmesi için önemli olan şikayetlerdir. Bu kapsamda iyi bir bedensel incelemenin ardından tıbben açıklanamayan şikayetlerin anksiyete ve depresif bozukluk açısından değerlendirilmesi son derece önemlidir. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, kusma, hazımsızlık, şişkinlik, hiperventilasyon gibi durumlar depresif bozukluk belirtileri olarak görülebilmektedir. Nörolojik açıdan ise baş dönmesi, baş ağrısı ve parestezi görülme olasılığı sıktır [28].

2.7. Depresyonda Ayırıcı Tanı

Depresyonda ayırıcı tanı olarak kullanılabilecek bazı alt gruplar bulunmaktadır. DSM-V' te ayırıcı tanı kapsamında düşünülmesi gereken hastalıklar şu şekilde kategorilere ayrılmıştır;

- Karma dönemle giden mani dönemleri veya çabuk kızan duygudurum: Depresif bozukluğu bulunan çok sayıda hastada olduğu gibi bipolar bozukluğu bulunan kişilerde de epizotlar görülebilmektedir. Bu sebeple dikkatli yapılan bir görüşmede manik belirtilerinin varlığı kontrol edilmedir.
- Farklı bir sağlık probleminden kaynaklanan duygudurum bozukluğu: Hipotiroidi, diyabet ve menopoz gibi endokrin bozukluklar, beslenme yetersizlikleri, enfeksiyon hastalıkları ve merkezi sinir sistemine bağlı rahatsızlıklar duygudurum bozukluğuna sebep olabilecek hastalıklardır.
- İlaç ya da madde kullanımı sonucu ortaya çıkabilen iki uçlu bozukluk ya da depresif bozukluk: Kötüye kullanılabilecek bir ilaç ya da madde ile ilişkisi bulunan depresif bozukluk.

- Aşırı hareketlilik veya dikkat eksikliği bozukluğu: Engelleme eşiği düşüklüğü ve dikkat dağınıklığı hem dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda hem de hem de depresyon döneminde ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple üzüntü ve kaygı durumundan çok hemen kızma belirtisi ön planda yer alan bireylere majör depresif bozukluk tanısı konulmasında çok dikkatli olmak gerekmektedir.
- Çökkün duygudurum ile beraber seyreden uyum bozukluğu: Travma ve stres ile ilişkisi bulunan bozukluklardan birisi olan uyum bozukluğu tanımlanabilen tetikleyici bir faktör sebebiyle karşılaşmanın ardından 3 ay içerisinde meydana gelebilen davranışsal yahut duygusal bir belirtidir. Etkenin ortadan kalkması halinde 6 ay içinde belirtilerin de kaybolması beklenir.
- Üzgünlük: insan yaşantısının bir parçası olarak değerlendirilen üzgünlük hali iki haftadan uzun süre yaklaşık her gün ve günün büyük çoğunluğunda bulunuyorsa majör depresif bozukluk tanısı konulabilmektedir [51].

2.8. Depresyon Tanısında Kullanılan Ölçekler

Tanısal ölçekler kullanılmadan yapılan hasta değerlendirmeleri depresyon tanısının daha az oranda konulmasına neden olmaktadır. Bir depresyon tanısı ölçeği kullanılmadığında tanı koyma oranı düşmekte olduğu gibi doğru teşhisin konulması da güçleşmektedir. Bu sebeple depresyon tanısı koymadan önce bu ölçeklerden faydalanılması son derece önemlidir [58].

Depresyon tanısı koymada en çok kullanılan ölçek Beck Depresyon Ölçeğidir. Beck Depresyon Ölçeği, Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında tasarlanmıştır. Depresif bulguların değerlendirilmesinde kullanılan ölçek Hisli tarafından 1986 yılında Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak kullanılmaya başlanmıştır [59].

Depresyon taraması için ölçek seçilmesi gerektiğinde taranacak popülasyonda ölçeğin güvenilirliği, geçerliliği ve uygulanabilirliği başta olmak üzere bazı değerlendirilmesi gereken özellikler mevcuttur [60].

Depresyon taramasında kullanılacak olan ölçeğin DSM-V ile yapılandırılmış görüşmelerde tanısal doğruluğa sahip bulunması gerekir [28].

Tablo 2.3: Birinci Basamakta Depresyon İçin Kullanılması Önerilen Ölçekler [28]

Ölçek	Ölçeğin Ortaya Koyduğu Sonuçlar
Hasta Sağlık Anketi2 (PHQ-2)	PHQ-9'daki ilk iki sorudan oluşmaktadır ve bir ön tarama olarak değerlendirilmektedir. Tek bir "evet" yanıtı veya ≥ 3 puan pozitif depresyon belirtisini göstermektedir ve yüksek puan alanlara PHQ-9 uygulanması önerilmektedir.
Hasta Sağlık Anketi9 (PHQ-9)	Diğer ölçeklere göre birinci basamak merkezlerine başvuran kişilerde daha doğru sonuçlar vermektedir (duyarlılık yüzde 88; özgüllük yüzde 85). PHQ-9, 0 ile 27 arasında puanlanır ve ≥ 10 puanlar olası bir depresif bozukluğa işaret eder. PHQ-9, tedavi yanıtını izlemek için de kullanılabilir.
Birinci İçin Basamak Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BDÖ-BB)	21 maddelik Beck Depresyon Envanteri'nden (BDE-II) uyarlanmış yedi maddelik bir ölçektir. Kesme noktası 4 olup yüzde 97 duyarlılığa ve yüzde 99 özgüllüğe sahiptir.
Dünya Sağlık Örgütü-5 Hali İyilik Endeksi (WHO-5)	Yüksek duyarlılığa sahiptir ancak diğer ölçeklere göre özgüllüğü düşüktür.
Özel popülasyonlar için araçlar	Birinci basamağa başvuran özel hasta popülasyonları için farklı depresyon anketleri mevcuttur.

2.8.1. Beck Depresyon Ölçeği ve güvenilirliği

Beck Depresyon Ölçeği, bilişsel, duygusal, motivasyonel ve somatik bileşenleri ölçmek amacıyla 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Bir öz bildirim ölçeği olan Beck Depresyon Ölçeği, BDÖ (bilgisayar destekli öğretim) çalışmalarında ve kliniklerde sık tercih edilen bir ölçektir. Beck Depresyon Ölçeğinin temel hedefi depresif belirtilerin nesnel olarak sayılara dökülmesi olsa da bilişsel içeriklerin değerlendirilmesi de bu ölçeğin sağladığı avantajlar arasında yer almaktadır [61].

2.8.1.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği likert tipi bir ölçek olup 21 sorudan oluşan ve 0-3 arası puanlama sistemi bulunan bir ölçektir. Bireylerin yaşadığı depresyonun şiddetini ölçekten alınan puanların yüksekliği belirlemektedir. Ölçekteki iki madde duygulara, iki madde davranışlara, on madde bilişlere, bir madde kişiler arası belirtilere ve altı madde de bedensel belirtilere ayrılmıştır. Her bir soruya 0-3 sayı aralığında puan verilerek 0 ile 63 arasında değişen sonuçlara ulaşılmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar 0-9 seviyesinde minimal düzeyde depresyon, 10-18 seviyesinde hafif depresyon, 19-29 seviyesinde orta depresyon, 30-63 seviyesinde ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Depresyonun hangi yoğunlukta olduğunu saptamak için

kullanılan Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği 1988 yılında Hisli tarafından yapılmış ve cronbach alpha değeri 0,74 olarak hesaplanmıştır [62].

BDÖ' nün Türkiye için uyarlanması ilk kez 1980 yılında Tegin tarafından yapılmıştır. Bunun ardından literatüre Beck Depresyon Ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği ile alakalı çok sayıda çalışma eklenmiştir [63].

2.8.1.2. Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirliği

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Beck tarafından depresif şikayetlerin şiddetini ölçmek amacıyla bulunmuştur. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek bireylerdeki vejetatif, bilişsel ve duygusal belirtileri ölçmektedir. Toplamda 21 sorudan oluşan ölçeğin güvenilirlik çalışması sonuçlarında tutarlılık katsayısı 0,80 bulunmuş iki yarı güvenilirliği de 0,74 olarak hesaplanmıştır. 0 ile 3 puan arasında puana sahip olan ölçek soruları belirtinin şiddetine göre artmaktadır. Belirti hiç yok ise 0 şiddetli ise 3 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçek değerlendirmesinden 10 puan ve üstünde alan kişilerde depresyon varlığı beklenen bir sonuçtur [64].

Tegin tarafından üniversite öğrencileri üstünde yapılan araştırmada test-tekrar test güvenilirliği ve test yarılama güvenilirliği hesaplanmıştır. Bu çalışma kapsamında testin güvenilirlik katsayıları 78 ve 65 şeklinde çıkmıştır. 1988 yılında Hisli tarafından yapılan başka bir çalışmada ise test yarılama güvenilirliği 74, iç tutarlılık kat sayısı ise 80 bulunmuştur. Hisli tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeğinin MMPI-D zamandaş geçerliliği araştırmasında iki ölçeğin arasında bulunan korelasyon katsayısı 63 olarak değerlendirilmiştir. Yapılan araştırma çalışmaları Beck Depresyon Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir [63].

2.8.2 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği, depresyonu değerlendirmek için en yaygın olarak kullanılan depresyon ölçeğidir [65]. Hamilton (1960) tarafından hazırlanan ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. 17 maddenin dışındaki diğer formları da kullanılabilen HDDÖ' nün, Akdemir ve arkadaşları [66] tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. HDDÖ' deki maddeler depresyonun şiddetini belirlemekten çok depresyonun tipini ayırt etmeye yöneliktir. Williams ve arkadaşları [67] tarafından depresyonun tüm belirtilerini karşılaştırmak amacıyla tasarlanan çalışmada HDDÖ için yapılandırılmış görüşme kılavuzu (SIGH-SAD) hazırlanmıştır. Rosenthal tarafından bu görüşme kılavuzuna HDDÖ' nün 21 maddeli formuna atipik depresyon

için hazırlanmış 8 maddenin de eklenmesi ile ortaya çıkarılmıştır. Tamamı 29 maddeden oluşan SIGH-SAD dörtlü likert tipi değerlendirme bulunmaktadır. Her maddede görüşmeyi yapanın sorması gereken sorular olmasıyla birlikte, daha iyi anlamak için görüşmecinin ek sorular sorması da serbest bırakılmıştır. Bunların yanı sıra görüşme kılavuzunda yer alıp farklı şekilde kodlanmış olan ek semptomlar da yer almaktadır fakat bunlar toplam puana dahil değildir.

2.8.3 Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği

Depresyon şiddetinin ortaya konulabilmesi için görüşmeci tarafından değerlendirmeye alınan birçok ölçek geliştirilmiştir. Bir ölçeğin antidepresan tedavi etkilerini değerlendirmesindeki temel unsurları, klinik ortamında kolay uygulanabilir olması, olabildiği kadar kısa olması, depresyonla ilgili olması ve net olarak kestirilebilir olmasının yanında değişime duyarlı olmasıdır.

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADÖ-Montgomery- Asberg Depression Rating Scale/ MADRS), geniş bir aralıkta yer alan ve 65 maddeden oluşan farklı psikiyatrik belirtilerin değerlendirildiği "Comprehensive Psychopathological Rating Scale" (CPRS) isminde yapılandırılmış bir ölçekten meydana gelmiştir [68]. Anksiyete ("Brief Scale for Anxiety"), obsesif kompulsif bozukluk ("CPRS-OCD scale") [69], CPRS depresyon (MADRS) gibi farklı vakalar için alt ölçeklerin geliştirilebileceği biçimde, farklı maddelerden oluşan bir havuzdur. Depresyonun temel belirtileri bu ölçekte yer alan 10 madde içerisinde belirtilmektedir fakat somatik belirtilerin bazıları dahil edilmemiştir. Örnek olarak ön planda yer alan "motor retardasyon" ile ilgili bir maddenin ölçekte bulunmaması sayılabilir.

Ölçeği 1979'da Stuart A. Montgomery-Marie Asberg geliştirmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde baz alınan yaş aralığı 18-69 olmuş, depresyondaki hastalar değerlendirilerek öncelikli olarak psikotik olmayan, endojen/reaktif, bipolar/unipolar ve yatan/ayaktan hastalar değerlendirilmeye alınmıştır. Bunun yanında kültürel çeşitliliği arttırabilmek amacıyla İngiltere ve İsveç'ten hastalar eklenmiştir. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)'ne kıyasla daha az maddesi olmasına rağmen (10/17) 10 maddelik bu ölçeğin HDDÖ ile benzer güvenilirlik seviyesinde olduğu tespit edilmiştir [68]. Ölçeği psikiyatristler kullanabileceği gibi psikologlar, pratisyen hekimler ve psikiyatri hemşirelerinin de kullanabileceği vurgulanmış ve yapılan değerlendirmeler kapsamında ölçeğin güvenilirliği yüksek çıkmıştır [68]. Ölçeğin Alman versiyonuna bakıldığında aynı hastanın üzerinde durulan ilk

değerlendirmesinde farklı grupların farklı sonuçlarla karşılaştığı (psikolog, psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri) ifade edilmiştir [70].

Ölçek, belirtilerde oluşan değişimi HDDÖ' e kıyasla daha hassas bir şekilde ölçmektedir. Hasta sayısının daha az olduğu durumlarda bile ölçeğin belirtilerdeki değişim miktarını ölçmedeki duyarlılığı tedaviler arasında anlamlı farklılıklar sağlamaktadır. Klinik çalışmalarda etkin olduğu bilinen bir ilacın yeni bir tedaviyle karşılaştırıldığı durumlarda daha küçük bir örneklem kullanabilme kolaylığını ortaya çıkarmaktadır. Etik açıdan bakıldığında daha az faydalı olacak bir ilacın daha az hastaya uygulanacak olması avantajlı olmaktadır.

2.8.4 Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS), Yesavage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında oluşturulan, ileri yaş hasta popülasyonuna yönelik bir depresyon ölçeğidir [71]. Ölçek öz bildirim esaslı 30 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçeğin hazırlanışındaki ana unsur yaşlılara yönelik ve yanıtlaması kolay olan sorulardan oluşmuş olmasıdır. Bu sebeple başta uyku bozuklukları olmak üzere, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik semptomların sorgulandığı, seksüel disfonksiyon gibi yaşlı kesim için anlamlı olmayacak semptomların yer almadığı, yanıtları yalnızca evet ve hayır şeklinde olan bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçeğin oluşturulmasındaki ana prensipleri ileri yaşa yönelik, cevaplanmasının kolay ve güvenilirliğinin incelenmiş olması şeklinde sıralayabilmekteyiz [72]. Ölçeğin puanlamasında her soru için depresyon lehine olan 1 puan diğer ihtimal için ise 0 puan verilmekte ve toplam puan olarak depresyon puanı ortaya çıkmaktadır. GDS' nin oluşumunda ilk aşamada kullanılan 100 sorunun yöneldiği alanlar affeksiyon değişimi, somatik semptomlar, motivasyon düşüklüğü ve kognitif bozukluk, oryantasyon kaybı şeklinde sıralanabilmektedir [72]. Ölçeğin 30 sorudan oluşan son hali ise inaktivite, yaşamdan geri çekilme, irritabilite, affeksiyon değişimi, disoryantasyon ve rahatsız edici düşünceler alanlarını kapsamaktadır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda, ayakta tedavi gören hastalarda, bakım evlerinde yaşayanlarda ele alınmış ve geçerli olduğu kabul edilmiştir [73]. Bununla beraber demans hastalarında ve medikal hastalık nedeniyle tedavi altında olan kişilerde de ölçek geçerli bulunmuştur [73]. Medikal hastalığı olan depresif deneklerin, depresif olmayan deneklerden ayrılması bakımından GDS' nin, 14 puanlık eşik değerinde %63 pozitif prediktif değer, %86 spesivite ve %93 sensivite (ölçeğin tespit ettiği depresyonlu deneklerin var olan depresyonlu denek sayısına olan

oranı), %98 negatif prediktif değer (ölçeğin non-depresif olarak gördüğü deneklerin var olan bütün deneklere olan oranı) ile güvenilir olduğu belirtilmiştir [74]. Lichtenberg ve arkadaşları depresyon tanısına katkısı açısından ölçeği demans hastalarında Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmış ve GDS' yi %88 spesivite ve %82 sensivite oranıyla Hamilton' a göre üstünlük kurduğunu göstermişlerdir [73].

2.8.5 Calgary Depresyon Ölçeği

Calgary Depresyon Ölçeği, Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir. Ölçek depresif bulguların şiddetindeki değişimi ve düzeyini ölçmek amacıyla özellikle şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Psikotik hastalığı olanlar ve şizofrenler ölçeğin temel uygulama grubunu oluşturmaktadır. Dörtlü likert tipine sahip ölçek 9 maddeden oluşmaktadır. Her maddeye 0-3 arasında değer verilmekte ve bunların toplanması suretiyle toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçekteki soruların cevaplanması yarı yapılandırılmış bir görüşme ve bu görüşme esnasındaki gözlemler ve hasta yakınından alınan bilgiler eşliğinde olmaktadır [75].

2.8.6 Cornell Depresyon Ölçeği

Alexopoulos ve arkadaşlarının 1988 yılında geliştirdiği bakım verenler ve demanslı bireylerle yapılan farklı görüşmeler sonucunda klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Davranışsal değişiklikler, duygudurumla ilişkili bulgular, fiziksel bulgular ve düşünsel değişiklikleri değerlendiren, 5 alt grupta toplanan toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0,1,2 şeklinde puanlanmaktadır. “0” belirtinin olmadığı anlamına gelmektedir, “1” hafif ya da orta derece belirti ve “2” belirtinin şiddetli olduğunu göstermektedir. 8 ve üzerindeki toplam puan depresyon varlığını düşündürmektedir [76].

2.8.7 Edinburgh Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ); dörtlü likert biçiminde ve 10 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. 0-3 arasında puanlanan kısım dört seçenekten oluşmakta, ölçekten alınacak olan en küçük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1,2 ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken 3,5,6,7,8,9 ve 10. maddeler 3,2,1,00 şeklinde tersine puanlanmaktadır. EDDÖ' nün

Türkçe uyarlamasını Engindeniz icra etmiştir. Engindeniz' in uyguladığı güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık seviyesi 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, duyarlılığı 12/13 alındığında 0,84, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69, negatif tahmin ettirici değeri 0,94 ve özgüllüğü 0,88 olarak bulunmuştur. Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0,7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nün kesme sınırı 13 şeklinde hesaplanarak, risk grubunda yer alan kadınların ölçek puanının 13 ve daha fazlası olduğu tespit edilmiştir [77-78].

2.9. Depresyon Tedavisi

Depresyon oldukça sık görülen, yaşam kalitesini düşüren ve tekrarlayan bir hastalıktır. Depresif bozukluklarının tedavisindeki en önemli nokta öncelikle doğru tanının konması ve tedavi amaçlarının belirlenmesidir. Depresyon tedavisinde sürdürüm ve akut olmak üzere iki faz bulunmaktadır. Akut dönem ortalama olarak ilk 6-12 haftadır. Akut dönemde öncelikle işlevselliğe dönüş ve belirtilerin remisyonu amaçlanmaktadır. Bu dönemde hastaya eğitim verilmesi, hastayla iş birliği yapılması, tedavi seçimi ile yanıtın değerlendirilmesi gibi başlangıç aşamaları yer almaktadır. Sürdürüm dönemi ise remisyona müteakip 6 ay ve üstü süreyi kapsamaktadır. Tekrarlanan atağın önlenmesi ya da mevcut atağın alevlenmesi önlenmeye çalışılmaktadır. Bu dönemde hastaların bilinçlendirilmesi, ilaç kullanımının düzenliliği ve olası ilaç yan etkileri ele alınmaktadır [79].

Depresyon tedavisinde ilk etapta mevcut duygudurum bozukluğunun tedavisi amaçlanmaktadır. Hasta özellikleri ve ilaçların yan etkileri nedeniyle ortaya çıkabilecek diğer sorunlar önlenmeye çalışılır. Depresyonun yineleyen bir hastalık olması sebebiyle tedavinin amaçlarından bir diğeri yinelemeleri önlemektir. Depresyon tedavisinde dikkat edilmesi gereken konulardan en önemlisi intiharlardır. Depresyonda intihar oranı %15 seviyesindedir. Bu girişimlerden %1' i ise ölümle neticelenmektedir. Depresyon tedavisinde odaklanılması gereken bir husus ise yeterli tedavi başlanmasına rağmen hastaların bir kısmında yanıt alınamamasıdır. Tedaviye karşı yanıtızsızlık depresif bozukluğun kronikleşmesine neden olmaktadır. Depresyonun distimi zemininde gelişmesi ya da altta yatan kişilik bozukluğu bulunması süregelenleşme ve yineleme olasılığını artırmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve depresyon konusunda bilgilendirilmesi tedaviye uyum sağlanmasını artıran önemli bir etkidir. Bu kapsamda hastaya ve hasta yakınlarına tedavinin hangi

zaman aralıklarında yapılacağı, beklenen yanıtın zaman alabileceği ve ortaya çıkabilecek tüm sonuçlar detaylı bir şekilde açıklanmalıdır. Depresyonda akut dönem kontrol altında tutulduktan sonra hastalık öncesindeki işlevselliğe dönülmesi, tedaviye uyum sürecinin sağlanması ve depresyonun yeniden ortaya çıkmasının engellenmesi için tedavi süresinin dikkatle ayarlanması gerekmektedir. Depresyonun yinelenmesindeki en büyük etken yetersiz süreli tedavilerdir. Yapılan ilaç etkinlik çalışmalarında tedavi başladıktan sonra %50 oranında belirti azalmasında tedaviden yanıt alınmış kabul edilmektedir ancak ağır depresif bozukluk tablolarında %50 oranında azalma olmasına karşın hastalarda hala ciddi belirtiler görülebilmektedir [79].

Tablo 2.4: Depresif Bozuklukların Tedavisinde Ana İlkeler [68]

Ana İlkeler
Tedavi amaçlarının belirlenmesi
Uygun antidepresan ilaç seçimi
Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi
Yan etkiler konusunda bilgilendirme
Tedaviye uyumun sağlanması
İntihar riskinin belirlenmesi
Tedavi gidişinin belirlenmesi
Psikoterapi gerekliliğinin değerlendirilmesi

Kanıtı dayalı tıp uygulamaları esas alındığında depresyon tedavisinde günümüzde daha çok bilişsel davranışçı terapi ve antidepresan ilaçlarla tedavi uygulanmasının faydalı olduğu görülmekte fakat hasta sayısının fazla olmasına karşın yeterli sayıda personelin bulunmaması ve depresyonun hızla artan yaygınlığı nedeniyle pratikte depresyon tedavileri genellikle sadece farmakoterapiyle yapılmaktadır [80]. Depresyon tedavisinde genellikle ilk etapta antidepresan kullanılıyor olsa da bu durumu değerlendiren araştırmalar hastaların %50 ile %75 arasında oranda klinik yanıt alınmış yalnızca %37-%54 oranında hastada iyileşme olduğu saptanmıştır [81].

Depresyon hastalarının antidepresan ilaç kullanımına ilişkin tutumları da tedavi uyumunu sağlaması açısından önemlidir. İdeal koşullarda bulunan depresyon hastalarının uygun süre ve dozda antidepresan kullanımı, hastaların yalnızca içte birinde yanıt alınmasını sağlarken mevcut oran tedaviye uyum sorunları sebebiyle daha da aşağıya çekilebilmektedir. Birincil bakım hastaları ile gerçekleştirilen bir araştırmada ilk ayda antidepresana devamsız olan hastaların oranı %35 olmuştur.

Günümüzde depresyonun tedavisi için geliştirilmiş ve %100 sonuç veren bir yöntem ya da ilaç henüz bulunmamaktadır. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda depresyon tedavisinde, fiziksel egzersizin orta ve hafif şiddetteki depresyonun tedavisinde başarı sağlaması, kolay uygulanabilmesi, yan etkisinin olmaması ve düşük maliyetli oluşu nedeniyle destekleyici bir yöntem olabileceği ileri sürülmüştür [82].

2.9.1. Depresyon Tedavisinde Ana İlkeler

Depresyon sık görülen, tekrarlayan ve yaşam kalitesi üzerinde büyük olumsuz etkisi olan bir rahatsızlıktır. Depresyon tedavisinde öncelikle doğru tanı konulması gerekmektedir. Doğru tanı konulan hastaların tedavisinde ana ilkeler benimsenmeli ve bu doğrultuda hareket edilmelidir. Bu kapsamda depresyon tedavisinde takip edilecek ana ilkeler şu şekildedir [83].

- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Uygun antidepresan ilaçların seçilmesi
- Ek tıbbi bozuklukların belirlenerek tedaviye başlanması
- İntihar riskinin belirlenmesi
- Tedaviye uyum sağlanması
- Tedavide gidişatın belirlenmesi
- Kullanılacak antidepresan ilaçların uygun süre ve doz kullanımının sağlanması
- Yan etkiler konusunda bilgilendirme yapılması
- Elde edilen tedavi yanıtının sürdürülmesi
- Psikoterapinin gerekliliğinin değerlendirilmesi

2.9.2. Farmakoterapi

Depresyonda farmakolojik terapinin ilk aşaması antidepresanlarla yürütülen tedavidir. Depresyon tedavisinde trisiklik antidepresanlar, serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörleri, monoamin oksidaz inhibitörleri ve serotonin 2A antagonistleri/ serotonin gerilim inhibitörleri yaygın biçimde kullanılmaktadır [83].

2.9.2.1. Antidepresan İlaçlar

Antidepresan ilaçlar reseptör inhibitörleri veya enzim ve geri alım engelleyicileri olarak etkilerini gösterirler [83].

Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SAGI):

Serotonin geri alımını ve Serotonin 2A reseptörlerinin inhibisyonu sağlayan trazodon ve nefazodon bu antidepresan ilaçlar grubunda bulunmaktadır. Hepatotoksisite riski sebebiyle nefazodon günümüzde kullanımdan kaldırılmıştır. Bu gruptaki bir diğer ilaç olan tianeptinin etkisi diğer antidepresanlar ile büyük oranda benzer niteliktedir. Tianeptinin etki mekanizması presinaptik alandaki serotonini arttırmak şeklindedir [84].

Noradrenerjik ($\alpha 2$ antagonizması yoluyla) ve Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA): Bu grupta yer alan ilaçlar diğer antidepresanlardan farklı olarak, serotonin ve noradrenalin düzeylerini monoaminlerin düzeyini ya da monoamin geri alımını inhibe etmeden artırmaktadır. Bu grupta bulunan ilaçların sedatif-hipnotik ve mirtazapinde görüldüğü üzere anksiyolitik tesirlerinin bulunduğu bilinmektedir. Bu grupta olan diğer bir ilaç ise mianserindir. Bu ilaç mirtazapin gibi $\alpha 2$ antagonisti şeklinde fonksiyon göstermektedir [85].

Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI): Bu ilaçlar hem serotonin hem noradrenalin geri alım reseptörlerini inhibe etmektedir. Trisiklik antidepresanlara kıyasla SNRI grubundaki ilaçların yan etkilerinin daha az olduğu söylenebilir. Venlafaksin ve milnasipran bu grupta yer alan ilaçlardır.

Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDGI): Bu tür antidepresan ilaçların Türkiye'de depresyonu tedavi etmekten ziyade düşük dozlarda sigara bırakma tedavisinde kullanılmak üzere endikasyonu bulunmaktadır. Depresyon tedavisinde dirençli vakalarda diğer antidepresanlarla birlikte kullanılabilir. Bu grupta yer alan tek ilaç bupropiondur [85].

Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI): Reboksetin dışında Türkiye'de bu grupta farklı bir ilaç yoktur. Halsizlik, yürüme güçlüğü ve dikkat eksikliği gibi belirtilerde düzelme sağlanması beklendiği için genellikle bu rahatsızlıkları bulunan hastalarda tercih edilmektedir. Serotonerjik özellikleri olan formları anksiyete şikâyeti olan hasta grubunda daha etkili olmaktadır [85].

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) : Kısa adı SSRI olarak tanımlanan bu grupta fluoksetin, sertraline, fluvoxamin, sitaloqram ve paroksetin yer almaktadır. Yan etkileri açısından en güvenli antidepresan grubu olması sebebiyle kullanımı fazlasıyla yaygındır. Libido azalması, motor hareketlerde farklılık, kusma ve bulantı gibi yan etkilerin yanında sitokrom enzim düzeyindeki etkileşimlerine de

sebeptir. Bu nedenle ilgili grupta yer alan ilaçları yaşlı hastalar gibi çoklu ilaç kullanımı olabilecek kişilerde dikkatle seçmek gereklidir [85].

Trisiklik Antidepresanlar (TCA): Serotonin ve noradrenalin geri alımının inhibisyonu ile daha düşük oranda dopamin geri alımının inhibisyonunu sağlayan trisiklik antidepresanlar grubunda klomipramin, opipramol, imipramin, maprotilin ve amitriptilin bulunmaktadır. Kilo artışı ve konstipasyon, bulanık görme, sedasyon, ağızda kuruluk antikolinergik yan etkilerin meydana gelmesine bu grup ilaçlarda sık rastlanmaktadır. Ayrıca α_1 blokajı yaparak baş dönmesi ve hipotansiyon ve şikâyetlerine de sebep olabilmektedirler. Bu grupta yer alan ilaçların yan etkileri arasında en tehlikeli niteliğin sahip olan durum ise intihar girişimi ve ölüm riskini arttırmasıdır. Bu sebeple ilgili ilaçların kullanım oranı düşmüştür [86].

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI): Bu grupta yer alan ilaçlar ilk ortaya çıkan antidepresan ilaçlardır. Monoamin oksidaz A ve B enzimlerini geri dönüşümsüz olarak inhibe etme şeklinde etki sağlamaktadırlar. Monoamin Oksidaz İnhibitörü ilaçlarla beraber besinlerle alınıyor olan aminlerin tansiyonu yükselttiği bilindiğinden günümüzde kullanımı çok fazla tercih edilmemektedir. Bu ilaçlar günümüzde Türkiye'de bulunmamaktadır. Bu grupta olan ilaçların tehlikeli yan etkilerini önlemek amacıyla üretilen geri dönüşümlü monoamin oksidaz inhibitörlerinden (RIMA) ise ülkemizde yalnızca moklobemid piyasada bulunur [87].

2.9.2.2. Elektrokonvulsif Terapi (EKT)

Elektrokonvulsif terapi (EKT), beynin elektriksel olarak uyarımıyla jeneralize konvülsiyonlar oluşturulması ile işlev gösteren depresyonun en eski tedavi yöntemlerindendir. Elektrokonvulsif terapi 1938 yılından sonra kullanılmaya başlanan bir yöntemdir [88].

EKT elektriksel uyarının dalga türü, empedans, gerilim, akım, yük ve enerji gibi bileşenlere sahip olup elektrotların yerleşim yeri tedavinin güvenilirliğini belirlemede etkili olmaktadır. Elektriksel uyarının nöbet eşiğini geçecek kuvvette uygulanması efektif bir tedavi için gereklidir. Dalga formu biçiminde iletilen elektriksel uyarı uygulanmalıdır. EKT' nin günümüzde çok kısa ve kısa vurumlu dalga formları kullanılmaktadır [88].

EKT' de elektrot yerleşimi bilateral veya unileteral olarak farklı şekillerde kullanılmaktadır. Günümüzde daha çok bilateral tedavi yöntemi tercih edilmektedir. Bu yöntem çok daha hızlı tedavi yanıtı oluşturmaktadır. Unilateral EKT' nin manik

dönemdeki hastalarda yanıt vermediği düşünülmektedir. Bilateral uygulamada unilateral tedaviye göre kognitif yan etkiler ve unutkanlık daha fazladır [88].

2.9.3. Psikoterapi

Günümüzde depresyon tedavisinde çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Bu tedaviler kapsamında yer alan psikoterapide amaç psikososyal risklerle meydana gelen hastalık tekrarlarının engellenmesi ve işlevsellikte düzelme sağlanması ile hastalık süresince belirtilerin gerilemesidir. Ek olarak hastaların tedavi boyunca ve tedavi başlangıcında meydana gelen semptomlarının tanımlaması amaçlanmaktadır. Hastalıkların meydana getirdiği psikososyal sorunların çözümünü amaçlayan psikoterapi, farmakoterapinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Hastaların tedavi süreçlerinde iyileşme yahut iyileşmeme tabloları arasında iyi bir parametre olarak kabul edilen psikoterapi, ruhsal problemi bulunan bireylerde klasik farmakoterapinin yanında destekleyici tedavi olarak verilmektedir. Psikoterapiler kişilerin genel durumuna bütüncül bir bakış açısı getirerek, mesleki ve bireysel bazı problemleri çözmeyi hedefleyen non-farmakolojik müdahaleler bütünü olarak değerlendirilmektedir [89].

2.9.3.1. Bilişsel ve Davranışçı Terapi

Bilişsel terapi, otomatik düşünceleri bilişsel yönden değiştirmek ve tanımlamak ile fonksiyonel olmayan varsayımları değiştirmek ve ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Davranışsal terapide ise benlik ve yetersizlik duygusunda azalma ve aktivite düzeyinin düşmesi gibi depresif belirtilerin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır [89].

2.9.3.2. Aile ve Grup Terapileri

Çift ya da aile terapisi bireylerin arasındaki etkileşimin değiştirilmesine odaklanılan ve birden fazla aile üyesinin bulunduğu bir terapidir. Terapi, birey düzeyinde aile ilişkilerini iyileştirmeyi amaçlayan bir psikoterapötik çaba biçiminde tanımlanmaktadır [90].

2.9.4. Alternatif Tedaviler

Depresyon tedavisinde alternatif tedavi kapsamında bulunan bazı tamamlayıcı uygulamalar da bulunmaktadır. Bilimsel açıdan geçerliliği tartışmalı olan çok sayıda tedavi yöntemi depresyonun tedavisinde kullanılmaya devam etmektedir fakat bu yöntemlerin depresyon hastalarında ne tür bir değişim yarattığı henüz bilinmemektedir. Depresyon tedavisinde en etkin kullanılan ve bilimsel çalışmalarda etkinliği kanıtlanmış alternatif bir tedavi yöntemi fiziksel egzersizdir.

2.9.5. Fiziksel Egzersiz

Depresyon hastalığının en önemli alternatif tedavi yöntemi fiziksel egzersizdir. İstemli, planlı ve yapılandırılmış fiziksel aktiviteler fiziksel egzersiz olarak adlandırılmaktadır. Fiziksel egzersiz ruh ve beden sağlığını geliştirmek amacı ile birden çok kas grubunun çalıştırılmasıyla enerji harcanarak tekrarlanan bedensel hareketlerdir. Egzersiz, fiziksel uygunluğun gelişimini sağlayarak dayanıklılık, güç, kapasite ve esneklik gibi alanlarda gelişimi desteklemektedir [91].

Güç: Güç, organizmanın bir dış gücü karşılayarak kaslar sayesinde bunu yenmesi olarak tanımlanmaktadır. Kaslara yönelik bir dirence tekrarlayan hareketlerle karşı konulması durumunda fiziksel gücün gelişimi sağlanmaktadır [92].

Dayanıklılık: Herhangi bir egzersizi uzun süre yapabilme veya yorulmayı ertelemeyi sağlayan fiziksel kapasiteye sahip olmak dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır. Dayanıklılık büyük oranda bireyin aerobik kapasitesine bağlıdır [93].

Aerobik Kapasite: Aerobik güç ya da aerobik kapasite, kas dokusunun oksijen kullanım kapasitesi olarak tanımlanır. Egzersiz sırasında gereken enerjiyi karşılayabilmek için kaslara gereken enerjiyi verebilme kapasitesidir [93].

Esneklik: Bedensel hareketleri yerine getiren eklemlerin ve kasların işlevsel özelliklerini tam anlamıyla yerine getirebilmesine esneklik denilmektedir. Kas gerimi ve eklem genişliği olarak değerlendirilen esneklik, germe egzersizleri ya da stretching ile geliştirilebilmektedir. Egzersiz programının etkinliği; egzersizin şiddeti, tipi, sıklığı ve süresi kapsamında değerlendirilmektedir [94].

Egzersizler, egzersiz sırasında kullanılan enerjinin kaynağına göre anaerobik ve aerobik olarak ikiye ayrılmaktadır. Aerobik ve anaerobik egzersiz özellikleri ve çeşitleri aşağıda yer alan tablolarda gösterilmiştir [95].

Tablo 2.5: Aerobik ve Anaerobik Egzersiz Özellikleri [95]

AEROBİK EGZERSİZLER	ANAEROBİK EGZERSİZLER
Büyük kas grupları uzun süre ritmik hareketlerle çalıştırılır.	Kısa süreli aktivite patlamasıdır.
Kalorinin çoğunluğu yağ yakımı ve oksijen kullanımı sağlanır.	Kalori yerine başlıca kas glikojeni yakılır.
Kalp ve akciğer fonksiyonlarını geliştirir.	Kardiyak ve respiratuar fonksiyonlara faydası çok azdır.
Aerobik kapasiteyi artırır.	Aerobik kapasiteyi etkilemez.
Kas gücü ve etkinliğini yükseltir.	Kas gücünü ve aktivite hızını artırır.
Yağ yakım metabolizmasını hızlandırarak vücut ağırlığının azaltılmasına yardımcı olur.	Yağ yakım metabolizması üzerinde etkisi yoktur. Kas kitlesini artırma etkindir.
Kan basıncını ve kalp atım hızını hafifçe ve düzenli olarak düşürür.	Kan basıncı ve kalp atım hızı orantısız olarak yükselir.

Tablo 2.6: Aerobik ve Anaerobik Egzersiz Çeşitleri [95]

AEROBİK EGZERSİZLER	ANAEROBİK EGZERSİZLER
• Yürüme • Joging • Kürek çekme • Yüzme • Bisiklete binme • Düz alanda kayak • Step-aerobik egzersizler	• Ağırlık kaldırma • Sürat koşusu • Jimnastik

Fiziksel egzersizlerin depresyon üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu aktivitelerin depresyon üstündeki etkilerini psikososyal, biyokimyasal ve fizyolojik olarak üç kategoride incelemek mümkündür [96].

2.9.5.1. Egzersizin Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri

Egzersizin fizyolojik etkileri “Termojenik Hipotez” ile açıklanmaktadır. Biyokimyasal etkiler ise “Monoamin Hipotezi” ve “Endorfin Hipotezi” ile açıklanmaktadır. Termojenik hipotez; egzersizin vücut ısısında artış sağladığını açıklamaktadır. Endorfin hipotezi ise egzersizin kortizol seviyesinde azalma, serotonin üretiminde artış ve beyin kaynaklı nörotrofik faktörler üzerinde artış sağladığını göstermektedir. Monoamin hipotezi de nörotransmitterler üzerine odaklanmaktadır. Fiziksel egzersizin sempatik sinir sistemini uyarması ve monoaminlerin sinaptik iletimini tetiklemesi egzersiz sayesinde artmaktadır [97].

2.9.5.2. Egzersizin Psikososyal Etkileri

Egzersizin depresyon üstündeki etkileri sosyal etkileşim, benlik saygısı ve öz yeterlilik kapsamında açıklanmaktadır. Öz yeterlilik kişinin kendisinden beklenenleri yönetebilmesine olan inancı şekilde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda egzersiz, bireylerin yeterlilik beklentileri kapsamında onları eyleme geçirme ve sorunlarla baş etme güçlerini artırmaktadır. Depresyondan muzdarip kişilerin düşük öz yeterliliğe sahip olmaları, depresyon sürecinde sorunlarla baş etmelerini güçleştirmektedir. Düşük öz yeterlilik algısı; negatif değerlendirme, başarısızlık hissi ve odaklanamama sorunlarının yanı sıra depresyonun şiddetinin artmasına da sebep olmaktadır [98].

Düşük benlik saygısı, kendini değersiz hissetme ve değerlendirmede gerçekçi duygulara sahip olmama gibi bir tutumla kendini göstermektedir. Meydana gelen bu durumlar benlik saygısında azalma yaşanmasına sebep olur. Ayrıca kendi yaşamlarını yönetme, kontrol etme ve değiştirme konusunda yetersiz olma algısını yaratmaktadır. Düzenli egzersizler depresif kişilerde kendini başarılı hissetme ve yararlı bir eylemde bulunma ve öz yeterliliği artırma gibi gelişimlere katkı sağlamaktadır. Beden imajında meydana gelecek olumlu yöndeki değişimler de benlik saygısının artmasını sağlamaktadır. Egzersiz neticesinde fazla kiloların kaybı ve kasların güçlenmesi bireylerin benlik saygısını artıran diğer etkenlerdir [99].

Sosyal etkileşim, depresif bireylerin semptomların azalmasında önemli bir yere sahiptir. Özellikle grup egzersiz derslerine katılan kişilerde sosyal anlamda ciddi bir iyileşme görülmekte ve bu durum depresif bireylerin tedavi sürecini olumlu etkilemektedir [99].

Yapılan araştırmalar, depresif bozukluklar için düzenli ve sürekli yapılan aerobik egzersizin faydalı olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra tai chai, yoga ve pilates gibi düşük yoğunluğa sahip olan egzersizlerin de ruh sağlığı üstünde pozitif etki sahibi olduğu bilinmektedir. Hangi egzersizin ruh sağlığı açısından daha iyi etkiye sahip olduğuna dair kesin bir sonuç bulunmasa da aerobik egzersizlerin depresif bozukluklarda ciddi bir olumlu etkisinin bulunduğu açıktır. Bütün aktivitelerde olduğu gibi bireylerin gönüllü biçimde tercih ettiği fiziksel aktiviteler sürdürülebilirliği artırmakta ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır [100].

2.9.5.3. Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Yaşam kalitesi kavramı genellikle bireyin kendini değerlendirmesine dayanan özel bir algıdır. Bireyin iyilik durumunun bir anlatımı olan bu kavram duygu ve biliş süreçlerinin bütünüdür. Yaşam kalitesi aynı zamanda bireyin hastalık durumuna, bu hastalığın şiddetine ve kişinin sosyal iyilik haline bağlıdır [101].

Bireylerin mevcut fonksiyonel seviyesine karşın, algılarının incelenmesi ve bunlardan sağladığı “tatmin” biçiminde de yorumlanan yaşam kalitesi, fazla boyutu bulunan bir kavram niteliğinde olup hastanın fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili şikayetlerinin, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar getirmektedir. Tedavinin hedefi semptomların azaltılması ile birlikte yaşam kalitesinin de düzelmesi ve yaşam süresinin uzamasıdır [102].

Yaşam kalitesi kavramı dahilinde ruh sağlığı, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar, çevresel etkenler ve bağımsızlık düzeyi gibi faktörler yer almaktadır. Bu amaca bağlı olarak geliştirilmiş ölçeklerde, sosyal, fiziksel, ruhsal fonksiyonlar, duygulanım, yorgunluk, enerji ve genel sağlık sorunları bulunmaktadır [103].

Depresif bozukluk, yaygın ve yaşam kalitesi üstünde çok fazla etkisi bulunan bir rahatsızlıktır. Tüm dünyada yeti yitimi oluşturan hastalıklar içinde dördüncü sırada bulunan depresyonun tedavisi uzun süre alabilmektedir. Araştırmalarda fiziksel egzersizin tedavi amacıyla kullanılması, işlevselliği ve yaşam kalitesini artıran bir etken olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel egzersizlerin depresyon üzerinde sosyal etkileşimi artırmanın yanında biyolojik etkileri de bulunmaktadır. Yapılan egzersiz aktiviteleri sayesinde kişilerde benlik saygısında artma, distraksiyon etkisi ve öz yeterlilikte artmalar yaşandığı gözlemlenmiştir [104].

Depresyonun sırasında ilgi ve istek kaybı, anhedoni, düşük benlik saygısı, halsizlik ve yorgunluk hali, psikosomatik şikâyetler ve öz yetersizlik düşünceleri gibi klinik belirtilerin, hastaların egzersiz aktivitelerine motive olmalarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir [105].

Psikiyatri alanında çalışanların depresyon hastalarının motivasyon konusunda karşılaşılabilecekleri engelleri göz önünde bulundurarak egzersiz programlarını planı oluşturmaları gerekmektedir. Egzersizin etkisini ve hastaların motivasyonunu artırabilecek ilkeler şu şekildedir [106]:

- Kişinin sahip olduğu kondisyon ve egzersiz boyunca kendini nasıl hissettiğine uygun olarak egzersiz programı yapılmalıdır.
- Egzersizdeki amaçların birey açısından kabullenilebilir ve gerçekçi biçimde düzenlenmiş olması gerekir.
- Egzersiz sıklığı, şiddeti ve süresi; kişinin fiziksel yetenekleri, egzersiz toleransı, kondisyonu, beklentileri ve hedefleri, kullanılmakta olan ilaçlar ve bunların yan etkileri göz önüne alınarak belirlenmelidir.
- Hastaların egzersiz programına düzenli olarak katılmaları profesyoneller tarafından takip edilmelidir.
- Olumlu bildirim konusunda hassas olunmalıdır. Hastaların egzersizlerindeki ilerlemeleri hakkında gerçekçi olumlu geribildirimler sağlanmalıdır.
- Grup egzersizleri hastalar için son derece önemlidir. Grup egzersizleri esnasında hastalar arasında kıyaslamalar yapılmamalıdır. Bu durum hastanın kendisini kötü hissetmesine sebep olabilecek niteliktedir.
- Depresif bozukluğa sahip bireylerin egzersiz hareketlerini kurallarına uygun şekilde yapıp yapmadığına değil hastanın egzersizde edindiği kazanımlarına ve programa uyum çabalarına odaklanmak gereklidir.
- Depresif bozukluğa sahip kişilerin düzenli egzersiz yapmalarında başka bir motivasyon kaynağı ise; kişinin egzersizlerini zevk alarak yapmasıdır. Bu durum bireyin egzersize devamlılığı açısından son derece önemlidir. Bu açıdan kişinin fiziksel özellikleri, ruh hali, bireysel tercihleri ve sosyal durumu göz önüne alınmalı ve egzersiz tipine bu şekilde karar verilmelidir.
- Yapılacak olan egzersize başlamadan önce iyi düşünülmeli; ulaşılabilir, gerçekçi ve ölçülebilir amaçlar belirlenmelidir.
- Kişinin egzersiz aktivitelerini yapması açısından sosyal destek sağlanması ve olumlu geri bildirimler alması motivasyonunun artmasına neden olan önemli bir etkidir.
- Kişinin tek başına egzersiz yapmasından ziyade grup şeklinde sunulan egzersizlere katılması motivasyonu artıran bir diğer faktör olarak göze çarpmaktadır.
- Yapılan egzersizin süresi, şiddeti ve yoğunluğu her kişide farklı şekilde yani tamamen bireye has olmalıdır. Kişinin tolere etmekte zorlanacağı seviyede şiddeti ve yoğunluğu olan egzersizler aktiviteler kısa süreli olup bireyin tekrar egzersize başlamasını engeller niteliktedir.

- Bireylerin müzikle egzersiz yapması egzersiz aktivitelerini çok daha keyifli ve eğlenceli hale getirecektir. Bireyin gereksinimleri ve olanakları minvalinde kendisini ödüllendirmesi de egzersiz yapma motivasyonunu artıran bir durumdur. Örneğin; 1 aylık mevcut egzersiz programını tamamlayan bireylerin arkadaşlarını eve çağırarak güzel bir kutlama yapması ya da günlük yapılacak olan egzersizin bitiminin ardından çay demlenip film izlenmesi gibi küçük aktiviteler bireyler için son derece motive edici niteliğe sahiptir.
- İşyerinde yahut evde bireylere egzersiz yapmayı hatırlatan düzenlemelerin yapılması bu aktivitelerin alışkanlığa dönüşmesinde etkili rol oynayacaktır. Örneğin; farklı farklı noktalara üzerinde egzersizin hangi saatlerde yapılacağını hatırlatıldığı notlar yapıştırmak alışkanlık kazanılması açısından önemlidir.
- Zaman yönetimi depresif bozukluklarda dikkat edilmesi gereken bir husustur. Egzersiz programı yapılırken de günlük işlerin de ihmal edilmediği iyi bir zaman yönetimi planı hazırlanmalıdır.
- Her gün aynı egzersiz aktivitelerini tekrarlamak sıkıcı olabilir. Bu açıdan farklı egzersiz tipleri de alternatif biçimde egzersiz programına alınabilir.
- Egzersiz programında dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise seçilecek hareketlerdir. Bu kapsamda egzersiz programında çoğunlukla gerginliği, yorgunluğu ve öfkeyi azaltan hareketlere yer verilmelidir.
- Bireylerin unutmaması açısından egzersiz yapmanın avantajlarının yazıldığı bir liste hazırlamak faydalı olabilir. Bu sayede hastalar egzersizin önemi ve yararları hakkında farkındalık kazanmış olacaklardır.
- Bir egzersiz sözleşmesi düzenlenmesi kişinin egzersizlerini aksatmadan sürdürmesi açısından önemli olacaktır.
- Günlük tutmak depresyonun etkilerini azaltmak için kullanılabilecek bir yöntemdir. Bunun yanı sıra egzersizler için de tutulan günlük hem alışkanlık kazanılmasına hem de yapılacak egzersizlerin doğru sıra ve zamanda yapılmasına katkı sağlayacaktır.
- Son olarak depresyondaki bireylerin egzersizlerini yapmalarına destek sağlanması gereklidir. Bu konuda kişinin yakınlarına büyük görev düşmektedir. Kişinin yakınları egzersiz aktiviteleri sürecinde hastalara her türlü desteği sunmalıdır.

Ruhsal sorunların tedavisinde önemli rolü bulunan psikiyatri kliniklerindeki sağıaltım yaklaşımları, farklı psikoterapötik müdahaleler ve ilaç tedavileridir. Etkileşim grupları, grup terapileri ve aile görüşmeleri gibi yöntemler ruh hastalıklarının tedavisinde motive edici bir ortamda sağlanmalıdır. Motive edici ortam hastanın farkındalığını arttırmayı ve hastalığı iyileştirmeyi sağlayabilecek dinamik bir ortam olmalıdır [107].

Depresyon tedavisinde alternatif tedavi kapsamında bulunan bazı tamamlayıcı uygulamalar da bulunmaktadır. Işık tedavisi ve akupunktur bu tedaviler içinde yer almaktadır.

2.9.6. Işık Tedavisi

Doğal gün ışığının düzenli bir biçimde alınması duygudurum üstünde olumlu etkilere sahip bir etkidir. Depresyon hastalarına bir hafta süre ile her sabah erken saatler içinde yarım saat süreyle 10.000 lüks ya da iki saat 2.500 lüks şeklinde ışık tedavisi uygulanması bu tedavinin en yaygın kullanım biçimidir. Uygulama süresi içinde birey ışık kaynağına karşıdan bakmadan yan oturmalıdır. Birey ve tedavi cihazının arasında en az 1 metre mesafe bulunur. Bu tedavinin bilinen herhangi bir yan etkisi yoktur. Genellikle bakım evi veya hastanede uygulandığında depresyon semptomlarının gerilemesi bakımından orta seviyede olumlu etkisi olduğu bilinmektedir [108].

2.9.7. Akupunktur

Bir takım anatomik bölgelerin ilaç ve iğneler yardımıyla deri üstünden uyarılması tekniğine akupunktur denilmektedir. Genellikle Uzak Doğu ülkelerinde kullanılan bu yöntemin depresyon tedavisinde başarı sağladığı tahmin edilmekteydi. Bu yöntem diğer pek çok ülkede de son yıllarda kullanılmaya başlanmış ancak yapılan klinik çalışmalarda bu uygulamanın depresyon üzerinde olumlu herhangi bir etkisine rastlanmamıştır [109].

2.9.8. Diğer Tedavi Yöntemleri

Depresyonun tedavisi amacıyla bilimsel değeri tartışmalı olan çok sayıda uygulama denemiştir. Bu kapsamda hastalara hayvan yardımcı terapi ve hastaya verilen sağılık kürü yoluyla uygulanan Homeopati gibi tedavi yöntemleri depresyon tedavisi için kullanılmıştır. Ayrıca bazı aromalı yağların kullanıldığı aroma terapi de

bu uygulamalar arasında bulunmaktadır. Vücuttaki kas ve tendonların gevşetilmesini amaçlayan mesaj terapisi yine depresyon tedavisi için uygulanmış olan bir yöntemdir. Diğer tedavi yöntemleri kapsamında bahsedilen tüm bu tedavilerin depresyon tedavisi hakkında kanıta dayalı olumlu bir sonucuna rastlanmamıştır. Depresyon tedavisinde başarı sağlanması ve hastalarda görülen depresif bozukluk belirtilerinin ortadan kaldırılması için her geçen gün yeni çalışmalar yapılmakta ve tedavi türlerinin olumlu sonuçları analiz edilmektedir [110].

2.10. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisinin Önemi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlık politikaları çerçevesinde temel sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Periyodik sağlık muayenesi olarak adlandırılan hastalık belirtileri göstermeyen sağlıklı bireylere uygulanan tarama testleri, sağlık eğitimi ve fizik muayene vasıtasıyla ve sağlıklarının korunması amacıyla düzenli sağlık kontrolleri yapılmaktadır. Bu kapsamda toplum içerisinde morbidite ve mortaliteyi en çok etkileyen hastalıkların risk unsurlarına yönelik bireylerin cinsiyetlerine ve yaş gruplarına özel kanıt esaslı muayeneler uygulanmakta, hastalara eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir [111].

Literatürde depresyona teşhis koymanın kolay olmadığı çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir [112, 113]. Hekimin teşhis koyma yetisini azaltan durumlar arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarına hastaların fiziksel sebeplerden kaynaklanan şikayetlerle başvurması gösterilebilmektedir. Tayvan'da yapılan bir bilimsel araştırmayla aile hekimlerinin ruh sağlığından kaynaklı sorunların %85'ine tanı koyamadığı tespit edilmiştir [113]. ABD'de uygulanan bir araştırmada ise aile hekimlerinin majör depresyonlu hastaların %50'si için depresyon tanısı koymadığı ortaya çıkmıştır [114]. Depresyon tedavisi gören bazı hastalar depresif belirtiler gösterse de çoğu hasta birinci basamağa düzenli olmayan bulgular ya da fiziksel sebeplerden kaynaklanan şikayetlerle başvurmaktadır. Bu bulgular çoğu zaman enerji eksikliği, cinsel işlev bozuklukları, şiddetli baş ağrıları, sindirim problemleri, uyku bozuklukları ve yaygın kas ağrıları şeklinde karşımıza çıkmaktadır [114]. Yalnızca bilişsel ve fiziksel yeteneklerde bozulma ile başvuran yaşlı hastaların depresif durumunu dışa vurabilme ihtimalleri daha da düşük seviyededir. Ruh sağlığı problemlerinden genellikle bahsetmeseler bile hastalar depresif hallerini paylaşmak için psikiyatri hekimine gönderilmeyi ve ruh hallerinin sorgulanmasını aile

hekimlerinden beklemektedirler. Depresyonun bir hastalık olmadığı düşüncesi, toplum tarafından etiketlenme korkusu, depresyon tedavisinin birinci basamağın görev alanı dışında kaldığı inancı, tıbbi kayıtlarla ilgili duyulan şüphe ve endişeler, antidepresan ilaçların reçete ile verilmesinin gelecekte meslek hayatını olumsuz etkilemesi korkusu gibi nedenlerle herhangi bir soru sorulmadığı müddetçe hastaların depresif ruh halleriyle ilgili bilgi vermekten kaçındığı gözlemlenmiştir [114]. Açıklanamayan fiziksel bulgulara sahip, birden fazla tıbbi problemi ve kronik ağrısı bulunan, tıbbi hizmetleri beklenilenden daha fazla kullanan bireylerde depresyonun mutlaka düşünülmesi gerekmektedir [115].

Depresyon problemlerini üzerinde taşıyan bireyler ruhsal tedavilerinin yanında genel tıbbi öykü ile ele alınmalıdır. Laboratuvar ve fizik muayene testleri genel tıbbi sebepleri karşılamak için kullanılmaktadır [116].

Majör depresif bozukluğun kesin tespitinde tarama sonuçları pozitif olanlar için DSM-V kriterleri kullanılmalıdır [117].

Birinci basamakta antidepresan tedavisi uygulanmaya başlanan hastalar genel olarak 1-2 hafta sonra kontrol edilmeli sonrasında 2-4 hafta içinde tekrar değerlendirilip ardından 6-8 hafta sonra bir kez daha görülmelidir. Görüşmelerde tedaviye verdiği cevap gözden geçirilmelidir. İlk başarılı tedaviden sonra tekrar etme olasılığına önlem olarak 4-9 ay boyunca tedavi süreci devam etmelidir. Tedaviye yanıt alınamazsa farklı tedaviler eklenmeli veya tedavi değiştirilmelidir [118, 119] Bu görüşmeler esnasında tedavi yanıtı, yan etkilerden kaynaklanan anksiyete semptomları ve intihar fikirleri dikkat edilmesi gereken hususlardır. Remisyon sonrası ise yapılan değerlendirmelerin yoğunluğu azaltılabilmektedir [120].

Mevcut araçlarda PHQ-9 psikoterapiye ya da farmakoterapiye verilen cevabı tespit etmek için en yaygın olarak kullanılandır. Tedavide hedeflenen yanıt ise PHQ-9 da %50 azalma olarak gösterilmektedir [121].

Orta dereceli ya da hafif depresyon tedavisinde psikiyatri kliniklerinde veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında genel olarak benzer tedaviler kullanıldığından benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde ya da birinci basamak sağlık kuruluşlarında 14 hafta boyunca tam doz sitalopram alan hastaların remisyon miktarı çok benzer oranlarda bulunmuştur [122]. Bunun yanında birinci derece sağlık kuruluşlarına yönelen bazı hastalar bir psikiyatriste yönlendirilebilir. Sevk endikasyonları tablo 2.7’de gösterilmiştir

Tablo 2.7: Sevk Endikasyonları [122]

Sevk endikasyonları
Bipolar bozukluktan kaynaklanan şüpheler
Karışık özellikler gösteren majör depresyon
Madde kullanımı ya da kişilik bozukluklardan kaynaklı psikiyatrik bozukluklar
Şiddetli depresyon

İntihar riski bağlamında, birinci basamaklı sağlık kurumlarında çalışan doktorların depresyon tespiti yapıldıktan sonra hastaları uyarmaları gerekmektedir. Yapılan araştırmalara göre intihar eden hastaların yaklaşık olarak yarısının ölümünden bir ay öncesine kadar sağlık kurumlarına herhangi bir nedenle başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Bu sebeple intiharı önlemek için birinci basamak sağlık kuruluşlarının aktif görev üstlenmesinin önemi yadsınamaz [123].

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde oluşturulan taramalar neticesinde elde edilen klinik risk raporuna göre aile hekiminin depresyondaki hastanın ölüm riskine karşı müdahale etmesi kararı alınmaktadır. İntihar fikirleri tarandıktan sonra risk seviyesi ölçeklerle tespit edilebilmektedir. Birinci basamak hekimi risk faktörlerini barındıran hastayla görüşürken hastanın intihar fikirlerini, intihar planlarını ve ne düşündüğünü üzerinde önemle durarak sorgulamalıdır. İhtiyaç duyulan bakım düzeyleri tespit edilmeli ve risk seviyesi değerlendirilmelidir. Risk seviyesi tespit edilemese dahi intihar fikrinin irdelenmesi için psikiyatriste sevk edilmesi yeterli olacaktır [124].

Riskin değişkenlik gösterdiği akılda tutularak risk düzeyinin gerektirdiği şekilde intihar riski bulunduran hasta düzenli periyotlarda izlenmelidir. Üzerinde durulması gereken hususlar olumsuz hayat koşullarının, zihinsel problemlerin veya depresyonu tetikleyen olayların vuku bulması gibi gelişmelerin takibidir [124].

Hasta psikiyatri bölümüne gönderildikten sonra bile psikiyatri uzmanı ile aile hekimi ortak değerlendirmelerde bulunmalıdır. Taburcu olduktan sonraki ilk hafta intihar riski oldukça fazladır ve intiharların üçte birinden fazlasının hasta taburcu edildikten sonra ilk bir ay içerisinde gerçekleştiği düşünülürse hastanın psikiyatri hekimi ve birinci basamak hekimiyle ortak bir şekilde takip edilmesinin önemi fark edilmektedir.

Majör depresif hastaların işle ilgili problemlerle karşılaşmalarında sosyal çevrelerinin bozulmasının etkisi olduğu gözlemlenmektedir. Depresif bozuklukların şiddet, uyuşturucu bağımlılığı ve cinayet gibi farklı sonuçlara zemin hazırladığı bilinmektedir [125].

2017’de yapılan bir araştırmaya göre kronik hastalık sıralamasında erkekler 5. Sıradayken kadınların 3. Sırada olduğu gözlemlenmiştir [126]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularla ilgili bir araştırmada depresyon tedavisi gören hastaların sevkten önceki ayda ortalama sekiz gün iş görmez raporu aldıkları saptanmıştır [127].

Birinci basamakta depresyon tanısı konulamadığında depresyonla ilgili maliyetler daha da çok artmaktadır. Toplumun genelinde etkisinin hissedilmesi bakımından depresyonun ülkelerin üretkenlik kaybı üzerinde ciddi oranda olumsuz etkisi bulunduğu açıktır [128].

Yeti yitimine sebep olan ve kronikleşebilen depresyonun önlenmesi için ihtiyaç duyulan mali stratejilerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır [129]. Toplumun depresyon hastalığını tanıyabilmesi ve tedaviye ilişkin tutumların belirlenmesi açısından Ulusal Depresyon Tarama Günü gibi eğitim programlarının uygulanması ve medyada depresyon farkındalığı oluşturacak bilgiler sunulması gereklilik olarak karşımıza çıkmıştır. Eğitime yapılacak olan yatırımlar bünyesinde yoksulluğun azaltılmasının yanı sıra depresyonun diğer nedenlerini de ortadan kaldıracabilecek unsurlar yer almaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik atılımlar ve temiz su, beslenme, barınma, bağışıklama gibi temel gereksinimlerin karşılanmasına odaklı toplum temelli stratejiler de depresyonun azaltılmasında önemli unsurlar olarak görülmektedir [130]. Yaşanılan yerde depresyon sıklığını azaltan unsurlar olarak sosyal ayrımcılığı ve dışlanmayı azaltan uygulamalar, daha eşit şartların sağlandığı toplum ve azaltılmış sosyal sınıf farkları yer almaktadır [116]. Kullanılması önerilen depresyon tarama araçlarının, birinci basamakta maliyet etkinliğini arttırdığı gösterilmiştir [131, 132]. Halk sağlığı eğitiminde antidepresanların uygun şekilde reçetelendirilmesi başlığı önemlidir çünkü hasta ve toplum açısından birinci basamakta bu ilaçların yaygın bir şekilde hastalara yazılabilmesi oldukça faydalı olmaktadır [131].

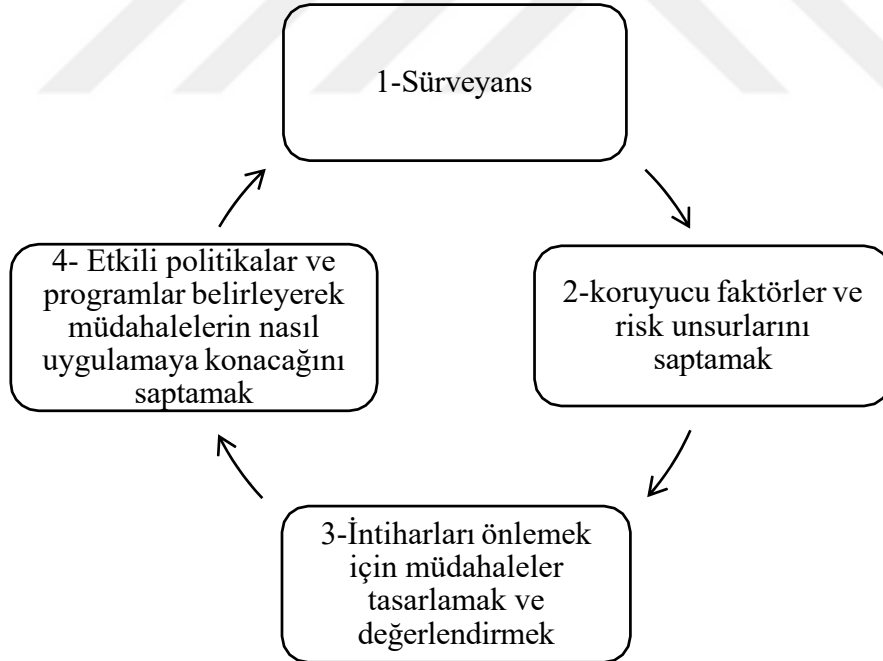
Dünya Sağlık Örgütünün 2019 yılındaki verilerine bakıldığında tüm ölümlerin %1,3’ ünü intihar vakaları oluşturmaktadır ve ölüm sebepleri sıralamasında intihar 17. sırada yer almaktadır [132]. Her intihar vakası 135 kişinin bu durumdan etkilenmesine

sebeptir ve bu dünya çapında intiharların 108 milyon insanı etkilemesiyle sonuçlanmaktadır [133]. İntihar girişimlerinin ve ölümle sonuçlanan intiharların toplam maliyetinin yaklaşık 93 milyar dolar olduğu, Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar girişimleri ve intihar maliyetleri ve politikaya etkileri adlı çalışmada saptanmıştır [134].

Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılında intiharı önleme ile ilgili bir taslak sunmuştur. Bu taslakta intihar edebilecek bireylerin intihar araçlarına olan ulaşımını kısıtlama, bireylerin gerekli sağlık hizmetlerine olan ulaşımındaki engellerin ortadan kaldırılması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin intihar etme riski bulunan bireylere verilmesinin aciliyeti üzerinde durulmuştur [10].

Bu taslakta ayrıca intiharın önüne geçmek için halk sağlığı modeli de yer almaktadır (Şekil 2).

Model birinci basamak sürveyans ile başlamaktadır, ikinci basamak koruyuculuk ve risk unsurlarının belirlenmesini, üçüncü ve dördüncü basamak ise intiharların önüne geçebilmek için gelişim gösterilecek olan müdahaleleri ve nasıl yürütüleceğine dair politikaları içermektedir.



Şekil 2.2: İntiharların Önüne Geçmede Halk Sağlığı Modeli [10]

Dünya Sağlık Örgütü kontrol ve korunma önlemlerini üç ana başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar seçilmiş müdahaleler, belirlenmiş müdahaleler ve ulusal müdahalelerdir (Tablo 2.8) [10].

Tablo 2.8: Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 Yılı Raporuna Göre Depresyon Kontrol ve Korunma Önlemleri [10].

Müdahaleler	Müdahale örnekleri
Ulusal Müdahaleler	Fiziksel çevrenin değiştirilmesi ve sosyal destekler gibi müdahaleleri içermesiyle beraber intihar riskini en aza indirmek için koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi
Seçilmiş Müdahaleler	İntihar girişiminde bulunmuş kişilerin aileleriyle temasa geçip onlara destekte bulunmak ve risk altındaki grupları saptayıp onlara özel müdahalelerde bulunmak
Belirlenmiş Müdahaleler	Çeşitli yöntemler eşliğinde belirlenen yüksek risk barındıran bireyleri sık olarak ve sürekli takip etmek

2.10.1. Sağlık Bakanlığı tedavi önerileri

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın aile hekimleri için tasarladığı Periyodik Sağlık Muayenesi Kılavuzu’nda 18 ile 65 grubu arasındaki bireylerde doktor öngörüsü eşliğinde hastalara “Son 2 hafta içinde eskiden yaptığınız aktivitelere karşı ilgisiz hissediyor musunuz?” ile ‘Kendinizi son iki haftada bıkkın veya umutsuz hissettiğiniz oldu mu?’ soruları sorularak depresif bozukluk araştırılması önerilmektedir.

Türkiye’de son yıllarda ilaç harcamalarının kısıtlanmasına yönelik olarak çeşitli uygulamalar gündeme getirilmektedir. Sağlığa ayrılan kaynaklarda kişi başına düşen tutarda azalma olmasının sebepleri araştırılmaktadır. Sorunun gereksiz ilaç kullanım harcamalarından kaynaklanabildiği vurgulanmaktadır. Bu uygulamaların çatısını oluşturan Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ve SSK İlaç Yönergesi gibi belgeler, SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR üyelerinin ilaç ve sarf gereksinimlerinin ne şekilde karşılanacağını açıklamaktadırlar [135].

2.10.2. Avrupa Psikiyatri Derneği önerileri

Dünyada 450 milyondan insan ruh sağlığı problemleri nedeniyle sorun yaşamakta ve ruh sağlığına bağlı durumlar nedeniyle engellilikler meydana gelmektedir [136].

Bu sayının COVID-19 pandemisi sonucu ortaya çıkan stres, anksiyete, depresyon gibi sorunlar nedeniyle gelecek dönemde daha da artması beklenmektedir. Özellikle ruhsal problemler ilgili meydana gelen sorunlarda bütüncül ve çok boyutlu

bir yaklaşıma sahip olmak gerekir. Bu kapsamda Avrupa Birliği, ruh sağlığı problemlerine yönelik farklı öneriler geliştirerek olumlu adımlar atılmasını sağlamıştır. Bunun yanında medyanın, hükümetlerin ve vatandaşların her geçen gün artmakta olan ilgisine rağmen ruh sağlığı hizmetlerinde yetersizlikler bulunup bu konu ile ilgili yapılan yatırımlar hem ülkeler hem de Avrupa Birliği bazında hala sınırlı kalmaktadır [137].

Avrupa Psikiyatri Birliği Başkanı Profesör Gorwood bu hususa ilişkin; *“Koronavirüs kriziyle sağlık ve iyiliğin anahtar bileşeni olan ruh sağlığına ciddi bir şekilde meydan okunmuştur. Pandemi, ruh sağlığıyla ilgili yardımlara ve psikososyal desteğe ihtiyacı büyük ölçüde artırmıştır. Bu nedenle tüm paydaşlar, herkesin nitelikli bakıma erişimini sağlayabilmek için gereken kaynakları sağlamak üzere bir arada çalışmalıdır. Önceden psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin, hastalığa yakalanma risklerinin artmış olduğu, kendilerini daha endişeli ve depresif hissettikleri, ruhsal rahatsızlığın şiddetli bir biçimini geliştirme ve COVID-19'dan ölme risklerinin de daha yüksek olduğu düşünülmektedir”* [138] demiştir.

2012 yılında kurulmasından bu yana ruh sağlığının önemini vurgulamak ve ruh sağlığı sorunları karşısında farkındalık yaratmak için çaba gösteren EPA kurumunun konsey başkanı Profesör Simavi Vahip *“40 Avrupa ülkesinde bulunan 44 NPA’ nın, her düzeydeki politikacı ve bilirkişileri, yüksek nitelikte ve eşit bakıma ulaşmak için daha fazla araştırma ve yatırım yapmaya çağırdığını, COVID-19 krizi sırasında bunun özellikle acil bir durum olduğunu”* söylemiştir. Bunun yanında İspanya Psikiyatri Derneği Başkanı olan Dr. Celso Arango da: *“Şimdi, ruh sağlığına yatırım yapmak her zamankinden daha fazla önemlidir, bu durum pandeminin sebep olduğu büyük açığın kapatılmasına yardımcı olacaktır”* şeklinde psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinin önemini vurgulamıştır [139].

EPA, herkese nitelikli bakım verilmesi amacıyla ruh sağlığı alanında çok daha fazla yatırım yapılması gerektiğini belirtmektedir. Buna ek olarak toplum sağlığı savaşının önemli bir neferi olan sağlık personellerine verilen önemin hayati olduğuna dikkat çekerek halk sağlığının ana öncelik niteliğine sahip olması gerektiğini belirtmektedir. EPA tarafından özellikle ruh sağlığı problemi yaşayan hastalarla ve bu hastaların aileleriyle güçlü bir iletişim kurulması gerektiğini ve psikiyatrik problemlere ancak bu şekilde toplum açısından bir iyileşme yaşanacağını belirtilmiştir [139].

Ruhsal bozukluklarla mücadele etmek maksadıyla gerekli kaynakların en uygun biçimde değerlendirilmesi aynı zamanda mevcut zorlu süreçte yorulmadan hastalara tedavi vermek amacıyla hizmet veren sağlık personellerine destek verilmesi de önem arz etmektedir [140].

2.10.3. Dünya Sağlık Örgütü önerileri

Dünya Sağlık Örgütü, depresyonun günümüzde dünya çapında 350 milyon kişiyi etki altına aldığı tahmin edildiğini ifade etmektedir. 17 ülke tarafından uygulamaya konulan Dünya Ruh Sağlığı araştırmasında, 2011 yılında 20 kişiden birinin depresif bir epizod geçirdiği belirlenmiştir. Depresyon genelde genç yaşlarda başlayıp bireyin bünyesinde fiziksel ve psikolojik değişimlere sebep olur ve bireyin işlevselliğini kaybetmesine neden olur. Bununla beraber depresyonun yeniden ortaya çıkma ihtimali artabilmektedir. Avrupa bölgesinde ruhsal hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkan hastalık oranının %20'sinden depresyonun sorumlu olduğu, bazı ülkelerde bu oranın %26'lara kadar ilerlediği ifade edilmektedir. Türkiye'de depresyon kaynaklı kayıp yaşam yılları erkeklerde %6 iken kadınlarda ise %10 seviyesindedir [141].

Ruhsal ve biyolojik unsurların bir araya gelmesi depresyonun meydana gelmesi için gereken ortamı oluşturmaktadır. Depresyon tüm topluluklarda görülen bir hastalık olup düşük sosyoekonomik çevrelerde ve düşük eğitimli bireylerde ve kadınlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü ortaya çıkmaktadır [141].

Depresif bozukluğa sahip olan kişiler hem birinci basamak hem ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metni Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayınlanmıştır. 2011 yılında ise "Ruh Sağlığı Eylem Planı" metni yayınlanmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda yer alan konu başlıkları [142];

- Ruh sağlığı hizmetlerinde topluma dayalı uygulamalara geçilmesi,
- Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle özürlülük vaziyetinde bulunan çok sayıda hastanın bakım ve tedavisi için gerekli sistemlerin kurulması,
- Psikiyatri hizmetlerinin ülkemizde kalitesinin artırılması,
- İntihar önleme çalışmaları,
- Ruh sağlığı alanında insan gücünün, araştırmaların ve eğitimin artırılması,
- Psikososyal destek hizmetlerinin acil durumlar için özelleştirilmesi,

- Ruh sağlığının teşviki ve damgalama ile m¼cadele,
- Çocukların fiziksel olduğu kadar psikososyal gelişimlerinin desteklenmesi, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların önüne geçilmesi

Genel kapsamda ruh sağlığının teşviki, erken tanı, toplumsal müdahaleler, uygun tedavi yöntemleri ve çoğundan daha önemli olanı damgalama ile m¼cadele ederek ruh sağlığı hizmetlerine olan ulaşımı kolaylaştırmak ve tüm hizmet kullanıcılarının hizmetlerden faydalanması temel ruh sağlığı politikalarıdır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında önlenebilir psikiyatrik hastalıkların önüne geçilmesi, rehabilitasyon ve tedavi konusunda Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve çalışmaları devam etmektedir [142].

2.11. Depresyon Tedavisinin Önemi

Hekimler açısından varlığı önem arz eden anksiyete kavramı genel olarak gelecek ve şu anı kapsayan olumsuz düşüncelerin kastedildiği genel bir ifadedir. Patolojik olan anksiyete zor durumlarda düşünebilme, odaklanma, harekete geçme ve plan yapma becerilerini bozabilir. Yaşam kalitesi kaçınmalar ve tedbirler sebebiyle düşüş göstermektedir. Hekimin müdahale etmesi gereken ve patolojik olarak kabul edilen anksiyete “gereğinden fazla uzun süren”, “beklenenden fazla ya da şiddetli olan” ve bu şekilde “kişinin işlevini bozarak sosyal veya mesleksel yetilerinin yitimini oluşturarak günlük hayatını olumsuz yönde etkileyen” durumların bütünü olarak ifade edilmektedir [143].

Bütünc¼l yaklaşım aile hekimliği disiplininin temel işlevlerinde yer almakta olup depresyon tedavisi için bu holistik yaklaşım önemli olmaktadır. Tedavide en zor aşama ise hastanın direnç göstermesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi başarısını arttıran unsurlar kapsamında hastanın kültürel kimliğinin incelenmesi önemlidir. Farmakolojik tedavinin yanında psikoterapi ve sosyal destek ek tedavi seçenekleridir. Depresyon hastalarının %85'inin hafif ve orta şiddette depresyon belirtilerinin tedavisine birinci basamak hekimi tarafından başlanması gerekmektedir [143].

Duygu durum bozukluklarının sıklığı incelendiğinde, Türkiye'de depresif bozukluk erkeklerin %5-15'inde görülürken, kadınların %10-25'inde gör¼lmektedir. Beden dismorfik bozukluğunun ise toplam nüfusun %5'inde ve tüm depresyon alt grupları içinde %50'lere kadar yükselen seviyelerde gör¼ldüęüne dair bilgiler bulunmaktadır. Yapılan son araştırmalar BDB tanısı koyulan hastaların %69'unun

psikiyatrist ile ilk görüşmelerinde tanı alamadıklarını göstermektedir. Yanlış konulan bir tanının düzeltilmesi için geçen sürenin yaklaşık 10 yıl olabileceği bildirilmektedir. Tanı koyma ve tedaviye başlanmasındaki gecikmeler hasta ve hasta yakınlarının hayat kalitesine, toplum ruh sağlığına ve ülke ekonomisine olumsuz etki etmektedir [145].

MDB kadınlarda daha yüksek oranlarda görülmek üzere yaşam boyunca görülme düzeyi %15 olmaktadır. MDB, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda %10 seviyesinde, herhangi bir tıbbi sebeple yatarak tedavi gören hastalarda ise %15 oranında olmak üzere toplumda beklenilenden daha yüksek sıklıkta gözlemlenmektedir. Depresyonun iyileşme ve tekrarlamalarla devam eden, insanın tüm yaşamını etkileyen ve yaşam boyunca süren bir hastalık olduğu ve etkin tedavinin yapılamadığı durumlarda %15 oranında kronikleşebildiği düşünüldüğünde erken teşhis ve tedavinin önemi gün yüzüne çıkmaktadır [146].

Depresyon tedavisinde kullanılmakta olan bazı etkin ilaçlar mevcuttur. İlaçların etkinliğini göstermesi için 3-4 hafta gibi bir sürenin geçmesi gerektiği bilinmektedir. Hastalığın tedavi aşamasındaki sonuçları, iyileşme bütünüyle tamamlanmamasına rağmen işlevsellik geri kazanımı açısından yüz güldürücü olmaktadır. Tedavi edilmediği durumlarda intihar riski artacağından koruyucu hekimlik açısından değerlendirildiğinde depresyonun tanınması ve uygun tedavilerin saptanması oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir [147].

Depresyonun yaygınlığı ve sıklığıyla alakalı olan ilk görüşler, depresyonun artmasının yaşı arttığı doğrultuda olduğunu gösterse de [148, 149], depresyon sıklığına etki eden diğer unsurlara göre yaşa nezdinde fark kalmadığı son yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir [150].

İhtiyaç duydukları tedaviye ulaşmaları açısından hastaların risk durumlarının değerlendirilmesi oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Yakın bir zamanda hayatına son vermeyi düşünen hastaların durumu önemli ölçüde ağırdır ve güvende olacakları bir tedavi ortamına alınmalıdırlar. İntihar riskinin incelenmesi sürecinde hastaya intihar hakkındaki düşünceleri direkt olarak sorulmalıdır. Çoğu sağlık çalışanı hastanın intihara meyilli olduğunu fark etse ya da intihar edeceğine dair şüphe duysa bile hastaya doğrudan intihar ile ilgili sorular sormaktan kaçınmaktadırlar. İntihar düşüncesi olmayan hastalara direkt olarak intiharla ilgili sormakla akıllarına intihar düşüncesini sokacakları ve hastanın intiharı bir seçenek olarak değerlendirebileceği endişesini taşımaktadırlar. Bu durum sıkça karşılaşılan fakat yanlış bir inançtır. İntihar düşüncesi karşısında sessiz kalmanın sonucu o hastayı kendi içinde intihar

düşüncesiyle baş başa bırakmaktır. İntihar düşünceleri karşısında rahat olmak ve hastanın sorgulanıp suçlanmayacağını düşüneceği rahat bir ortam oluşturulmalıdır. İntihar önemli ve hassas bir konu olduğu için sağlık çalışanı intihar ile ilgili hatalı fikirlerini bir kenara bırakarak hastaya geçmişte bulunduğu intihar girişimleri için ya da şu an mevcut intihar fikirlerinden dolayı yargılanmayacağını açıkça ifade etmelidir. Sağlık çalışanının böyle durumlarda şu diyalog benzeri bir yol haritası kullanması faydalı olabilir: “Sizi rahatsız edecek bir şey sorduysam lütfen cevap vermek zorunda olmadığınızı bilin. İnsanların yaşadığı duygusal olarak zor olan süreçlerden bahsediyorduk. Bazı zamanlar insan çok bunalmış, bıkkın ve umutsuz hisseder ve “ölsem de kurtulsam” dediği olur. Kendi hayatını sonlandırmak ya da ölmüş olmayı istemek ya da bu fikirleri düşünmek az rastlanan bir durum olmamakla beraber utanılması gereken bir durum da değildir [151].

Şimdi izin verirseniz size fikirlerinizle alakalı birkaç soru soracağım. Geçtiğimiz ay içerisinde kendinize zarar vermekle ilgili fikirleriniz oldu mu?” Hastanın cevabı evet ise düşünce planlarının anlatılması istenmelidir. Sağlık çalışanı bu durumda şu soruları yöneltmelidir: “Hayatınıza nasıl son vermeyi düşündünüz?”, “Yaşamınızı sona erdirmek için yaptığınız bir plan var mıydı?”. Hastanın bu sorulara evet cevabını verdiği durumlarda eğer yakın zamanda hayatını sonlandırmakla ilgili düşünceleri varsa hızlı bir şekilde bir psikiyatrist ile bağlantıya geçilmelidir. Fazladan sorular sorarak hastanın intihar riski ile ilgili daha detaylı bilgiler edinmeye çalışılmaktan kaçınmamalı ancak şayet emin olunamıyorsa hastaya bir psikiyatriste danışmak gerekliliği bildirilmelidir. Kaza sonucu ya da ilacı yanlışlıkla yüksek düzeyde almak ile intihar amacıyla kendine zarar verme düşüncesini birbirinden ayırmak kolay olmayabilmektedir. Yüksek doz ilaç kullanımı gibi intihar hakkında şüphe duyulan her durum için psikiyatriste başvurulmalıdır. Sağlık çalışanı bu aşamaya gelindiğinde şu soruyu hastaya yöneltmelidir: “Son anlattıklarınız bende güvenliğinizi konusunda endişelere sebep oldu. Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündüğüm için bir psikiyatrist ile konuşmanız gerekmektedir. Bu durum çok önemli çünkü ancak ihtiyaç duyduğunuz desteği size bu şekilde ulaştırabiliriz. İzin verirseniz şimdi psikiyatriste ulaşacağım sizin için uygun mu?”

Sağlık çalışanı hasta ile tartışma yaşamadan nazik bir yaklaşım göstermelidir. Aynı şekilde hastayı ikna etme çabasında da bulunmamalıdır. Hastanın yaşadığı belirtileri ve bu belirtilerin yarattığı rahatsızlığı kesinlikle reddetmemelidir. Sağlık çalışanı hastanın nasıl bir durumda olduğunu görmek ve hayatında olup bitenleri

konusmak için ileriki zamanlarda tekrar görüşmeyi umut ettiğinin altını çizerek hastanın geri gelebilmesi için açık kapı bırakmalıdır [151].

2.12. Depresyon Tedavisinde Hasta Takibi ve Sevk Kriterleri

Bazı acil durumlar için majör depresyon hastalarının yataklı bir psikiyatri kliniğine yatırılmaları gerekli olabilir. Hasta intiharı düşünüyorsa, yaşamını devam ettirmeye engel olacak şekilde engellilik durumu söz konusuysa, beslenmede problemlerle karşılaşılıyorsa, bipolar hastalık ya da madde bağımlılığının varlığında, aile ve sosyal destek yokluğunda ve antidepresanlara yanıt alınmadığında hastanın bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir [152].

İntihar riskinin belirlenmesi majör depresyon hastalarında üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur. Bu hususta her hastaya açık uçlu sorular sorulması gerekmektedir. “Yaşam hakkında düşünceleriniz nelerdir?”, “Sizce hayat yaşamaya değer midir?”, “Daha önce hiç hayatınıza son verip her şeye son vermeyi düşündünüz mü?”, “İntihar için bir plan yaptığınız oldu mu?” gibi sürekli hedefe doğru ilerleyen açık uçlu sorular yöneltilmelidir [153].

İntihar riskinin artış gösterdiği bazı hasta grupları mevcuttur. Risk durumu kadınlarda 55, erkeklerde 75 yaştan sonra artmaya başlamaktadır. Kadınlar daha sık, erkekler ise daha az ama daha yüksek oranda ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinde bulunmaktadır. Sosyal destek almanın hastanın intihar riski üzerinde büyük önemi bulunmaktadır. Riskin yüksek olduğu durumlar kişilerin boşanmış, dul ya da çocuksuz olduğu durumlar olarak gösterilmektedir. Madde bağımlılığı olan hastalarda risk daha çok artmaktadır. Hastaların geçmişlerinde ailelerinde ölümle sonuçlanan intihar vakalarının olması ve daha önceki intihar girişimleri de oldukça önemlidir. Hastalar aile bireylerini kaybettikleri tarihin yıl dönümlerini intihar girişimi için seçebileceği gibi, intihar biçimi ve yerini de benzer şekilde tasarlayabilmektedir [154].

2.13. Depresyon Tedavisinde Karşılaşılan Sorunlar

Günümüz tıp pratiğinde depresyon tedavisi pratiğinde davranışçı bilişsel terapi tedavi şekilleri ve yaygın olarak farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) kullanılmaktadır. Dünya genelinde psikoterapi maliyetlerinin yüksek olmasının yanında depresyonun yaygınlaşması ve hasta sayısındaki hızlı artışa karşın gereksinim duyulan sayıda

davranışçı bilişsel terapi yapabilecek alanında uzman profesyonelin bulunmamasından dolayı çoğu ülkede olduğu gibi günümüzde Türkiye’de de depresyon tedavisinde çoğunluklu olarak antidepresanlar tercih edilmektedir [155]. Depresyon tedavisinde öncelikli olan antidepresanların kullanılmasıdır fakat ilaç etkinliğini araştıran çalışmalarda hastaların yaklaşık %50 ile %75’inde olumlu klinik yanıtlar gözlemlenmişken yalnızca %37 ile %54 civarında hastada tam olarak iyileşme görülmüştür [156].

Tedavi uyumunu etkilemesi bakımından depresyon hastalarının ilaç tedavilerine yönelik tutumları da önemli bir yere sahiptir [157]. Uygun doz ve sürede normal koşullarda depresyon hastalarında antidepresan kullanımı ile hastaların sadece üçte birinden geri dönüş alınabilmektedir. Tedaviye uyum problemleri sebebiyle bu oran daha da aşağı çekilebilmektedir [158]. 7585 hastanın verilerinin araştırıldığı bir çalışmada antidepresana başlayan hastalardan %40’ının 1 ay içinde %56’sının 4 ay içinde ilaç tedavisini bıraktığı gözlemlenmiştir. Birincil bakım hastalarıyla yapılan bir araştırmada hastaların %35’inin ilk ayda antidepresan tedavisinde devamsız oldukları; birinci basamak tedavideki 155 hastanın gözlemlendiği bir diğer araştırma da ise, ilk ayda hastaların %28’inin ilaç alımını durdurduğu, üçüncü ayda ise %44’ünün tedaviyi durdurduğu saptanmıştır [159]. Ayrıca antidepresan tedavisini yarıda kesenlerin %62’sinin yan etkiler sebebiyle, %56’sının tedavinin sonuç vereceğine inanmadığı için, %50’sinin daha iyi hissetmesinden kaynaklı, %32’sinin tıbbi tedavilerin etki göstermediğini düşündüğü için ilaç kullanımını bıraktığı bildirilmektedir. Yapılan araştırmalarda; depresyon hastalarının ilaç bağımlısı olma ve tedavi süreci ile alakalı damgalanma kaygılarının olduğu ve tedavilerini yarıda bırakmalarına sebep olduğu belirtilmektedir [160, 161]

Günümüz depresyon tedavisinde iyileşme oranlarında %100 etkili olan bir ilaç veya yöntem henüz yer almadığından tedavi yöntemi arayışları devam etmektedir [162]. Literatürde yer alan bir çok çalışmada, hafif ve orta şiddetteki depresyon tedavisinde fiziksel egzersizlerin; psikoterapi ve antidepresanlar ile karşılaştırabilecek düzeylerde başarılı etkisinin olması, basit bir şekilde uygulanabilirliği, minimum düzeyde olumsuz etkisi ve düşük maliyeti sebebiyle hastalara tedavi seçeneği olarak sunulabileceği belirtilmiştir [163, 107] Bununla beraber egzersiz yapmanın depresif hastalar için tedavi sürecinde damgalanma kaygısı oluşturmaması hastaların tedavi uyumları bakımından oldukça önemli olmaktadır [107].

Birinci basamağa yapılan hasta başvurularında depresyonun klinik görüntüsü net olmayıp hastalar sık görülen depresif belirtileri sergilememiş olabilmektedir. Kişi bu aşamada var olan belirtileri umursamayıp önemsiz gösterme davranışında bulunabileceği gibi hastalığını inkar da edebilir. Bazı hastalar depresyonu hayatın akışındaki normal bir durum olarak görürler veya kişisel gizliliğin korunmasına ilişkin korku ve kaygı taşımaları sebebiyle depresyonun tıbbi yardım almadan üstesinden gelmesi gereken bir hastalık olduğunu düşünebilmektedirler. Hekimin rutin pratiği esnasında bu gibi etmenler neticesinde depresyon tanısı gözden kaçabilmektedir. Diğer bir ihtimal ise hekimin hasta ile olan çıkar ilişkisi dahilindeki bağlarından kaynaklanan hastanın görüşlerine katılabilmesi ve hastayla olan kişisel ilişkilerinden kaynaklı hasta konusundaki kaygılarından, beklentilerinden etkilenerek tanı koyarken objektif olamamasıdır [164].

Depresyon tedavisinde bazı genel yaklaşımlar mevcuttur. Depresyona sebebiyet verecek altta yatan başka bir rahatsızlık varsa ilk olarak bu kuşkulu hastalık saptanmalıdır. Klinik durumu kötüleştiren faktörler arasında alkol ve madde bağımlılığı yer aldığından hastanın tüm bağımlılıkları tedavi öncesinde belirlenmelidir. Tedavinin tamamen bireysel olması hususunda dikkatli davranılmalıdır. Seçilen antidepresan ilaç ortalama olarak 6 hafta kullanılmalı, en az 3 haftası etkin şekilde olmalı ve tolere edilebilen en üst dozdan kullanılmalıdır. Belirli bir periyottan sonra tedavinin sonuçları değerlendirilerek gerekli olduğu takdirde başka ilaçlara geçilmelidir. İlaç tedavisine ek olarak koşullar uygunsa psikoterapi de tedaviye eklenmelidir [165].

Kullanılan antidepresanların klinikte birbirleriyle önemli bir etkinlik farkları mevcut değildir. Kullanılan ilacın etkin dozda ve etkin süre içerisinde kullanılmaması birinci basamak hekimliğinde en sık yapılan hata olarak karşımıza çıkmaktadır [166]. Bir diğer faktör ise hastanın terapiye olan uyumunun sağlanmamış olabilmesidir. Bu sebeple hastayla beraber tedavi planı oluşturmak ve hastayı ilaçların yan etkileri konusunda uyarmak tedavi sürekliliğini arttıran faktörler arasında yer almaktadır [166].

Birinci basamak hekimi oldukça yoğun bir ortamda çalışmasını yürütürken kendisi de depresyona yol açabilecek etkilere maruz kalmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde hekimlerde bitkinlik ve kişisel beceri azalması olarak nitelendirilen tükenmişlik sendromuna daha sık rastlanılmakta; alkol ve madde bağımlılıkları ile boşanmalar daha sık olarak gözlemlenmektedir [167].

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastanın izlem ve kayıtlarının düzenlenmesinde birtakım eksiklikler bulunmaktadır. Sadece depresif hastalar değil bu durumdan bütün sağlık sistemi etkilenmekte ve gelişmiş elektronik kayıt sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır [168]. İyi izlenmediği durumlarda depresif bir hastanın durumu kronikleşmekte, hastanın yaşam kalitesinin düşmesi ile beraber tedavi maliyetleri de artmaktadır. Yapılan bir araştırmada tedavinin 8. ve 16. haftalarında yapılan 10-15 dakikalık telefon görüşmesinden sonra hastaların depresif belirtilerinde yarı yarıya bir azalma olduğu tespit edilmiştir [169]. Tıp eğitiminde psikiyatri anabilim dallarında verilen eğitimlerin mezuniyet ardından da hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri ve birinci basamağa yönelik düzenlemeler olması gerektiği düşünülmektedir [170].

Tedavi edilmeyen depresyon neticesinde birçok fiziksel ve psikolojik rahatsızlık belirtisi beraberinde gelmektedir. Depresyondaki kişinin tedaviyi reddetmesi, hastalığı konusundaki farkındalık seviyesinin az oluşu, arkadaşlarından ya da ailesinden destek alamaması ve profesyonel yardım almak yerine uygunsuz kaynaklara yönelmesi ve madde kullanımı hastalığın seyrini kötüleştiren etmenler arasında gösterilebilmektedir [171].

Depresyonda karşılaşılan başlıca sorunlar şu şekilde sıralanabilmektedir;

- Bireyde kendine zarar verme davranışları gözlemlenebilmektedir.
- İntihar girişimi ya da yineleyen intihar fikirleri görülebilmektedir.
- Depresyon sosyal fobi, anksiyete bozuklukları ve panik bozukluklar gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıkları tetikleyebilmektedir.
- Bireyin kendini toplumdan tamamen ya da kısmen uzaklaştırmasına yol açabilmektedir.
- Madde ve alkol kullanımına yönelimi arttırabilmektedir.
- İlişki zorlukları, aile çatışmaları, okul veya iş sorunlarına sebep olabilmektedir.
- Yeme bozukluklarını ortaya çıkarabilmekte ve böylece; obezite ya da ciddi kilo kaybına sebep olabilmektedir. Bu durum aynı zamanda kardiyak rahatsızlıklar ve diyabet gibi metabolik hastalıklara da zemin hazırlamaktadır [170].

2.14. İlgili Araştırmalar

Literatürde yer alan depresyonla alakalı araştırmalarda, depresyonun farklı sebepleri olması dolayısıyla etyolojisi çok sayıda değişkene bağlı olarak ele alınmıştır. Bu nedenle depresyonla ilgili araştırmaların da bu faktörler özelinde incelenmesi gerekmektedir.

Sevgi, umut, sevinç, isteksizlik, hayret, merak, kaygı, keder, korku, kin, sıkıntı, öfke, kıskançlık, kaygı, ilgisizlik, bezginlik, durgunluk gibi duygular günlük hayatta sık rastlanılan duygulanımlardır. Birey içten ya da dıştan gelen uyarıların tesiriyle, bu duygulanımlardan birini yahut birkaçını gün içinde ya da birkaç günlük süre içinde yaşayabilir. Duygulanım hayatın öznel yanı olup hayata renk katan bir olgu olarak değerlendirilir [171].

Bireylerin yaşadığı ortam her an değişim içinde bulunduğundan, duygu durumu da buna bağlı biçimde sürekli değişim göstermektedir. Bu kapsamda insan içten ya da dıştan gelen uyarıların niteliğine bağlı olarak çok kısa bir sürede bir duygulanımdan diğerine geçebilmektedir [171].

Sağlıklı bireylerde duygudurum belirli sınırlara bağlı olarak bu dalgalanmaları gösterebilmektedir fakat ortaya çıkan duygulanımın uzun süreli olması veya uygun olmayan tepkilerle meydana gelmesi bir duygu durum bozukluğu oluştuğunu göstermektedir.

Bireylerde duygu durum dört ana başlık altında sınıflandırılmaktadır [171].

1. Normal duygu durum (normal oranlarda değişim)
2. Taşkın duygu durum (aşırı öfke ile aşırı neşe)
3. Çökkün duygu durum (depresif duygu durum)
4. Uygunsuz duygulanım (Mevcut uyarılarla açıklanamayan durum) Depresif bozukluklarla alakalı kuram geliştiren kişilerden biri Aaron T. Beck'

dir. Beck tarafından geliştirilen bilişsel kuramda depresyon zihinsel bir problem olarak ele alınmaktadır. Başka bir ifade ile bu kuram bağlamında depresyonla beraber gelen duygusal değişimlerin temelinde bazı sağlıklı zihinsel süreçlerin varlığı incelenmektedir. Bu durumlardan ilki; kişinin kendisine, geleceğine ve dünyaya ilişkin birtakım kavramlaştırmalarıdır. Depresif belirtileri bulunan kişilerde, bu üç alana bakış, negatif olarak çarpılmıştır. Bu durumda olaylar genellikle yoksunluklar ve kayıpları ön plana çıkaracak biçimde değerlendirilmektedir. Diğer hatalı düşünsel aktivite; bireyin gerçekleştirdiği mantıksal hatalarla alakalıdır. Kişiler gelecek ve

dünyaya ilişkin fikirler geliştirirken mantığa ters düşen sonuçlar ortaya çıkarmaktadırlar. Son olarak değinmek gereken bozukluk ise dışarıdan alınan bilgilerin ya da şemaların kodlandığı sırada kullanılan varsayımlar ve kalıplarda meydana gelen değişimdir. Bu varsayımlar ve şemalar çoğunlukla depresif bireyin çocukluk dönemi öğrenmelerinden kaynaklanmaktadır [171].

Bellack [172] tarafından depresyon konusunda yapılan çalışmalarda, depresif kişilerin semptomlarının ciddiyeti ile sağlıklı benlik algılamaları arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur.

Savaşır ve Şahin [173,174] tarafından yapılan çalışmada depresif bozuklukların oluşumunda biyolojik faktörlerin etkisi olduğunu öne süren kuramlar kapsamında; özellikle başta potasyum ve sodyum olmak üzere elektrolit dengesizliklerin, otonom sinir sisteminin işleyiş bozukluğunun, nörofizyolojik değişikliklerin, adrenal korteksinin, gonadlar, tiroid, hipofiz ve hipotalamustaki nöroendokrin bozukluklarının etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda ise daha çok merkezi ve periferik sinir sisteminde nörotransmitter olarak rol oynayan biyolojik aminlerdeki nörokimyasal farklılıkların üstünde yoğunlaşmıştır.

Özbay ve arkadaşları [174] Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini Türkiye’de 205 lise öğrencisine uygulayarak yüksek, orta ve düşük benlik saygısının çok sayıda değişkenle ilişkisini olduğunu öne sürmüştür. Gençlerde ortaya çıkan depresyon bulguları ile benlik saygısı arasında yoğun bir ilişki bulunduğu ve depresyon belirtisi olmayan bireylerin çoğunun benlik saygılarının yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

Yörükoğlu [175] tarafından yapılan çalışmada depresyonun ortaya çıkmasındaki faktörler araştırılmıştır. Çalışma kapsamında annenin doğum sonrasında depresyon belirtileri göstermesinin çocuğun gelecekte depresif özelliklere sahip olmasında risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Yüksel [176] bilişsel işlevleri bazı psikometrik testlerle ölçtüğü araştırmasında, Şifre Testi ile bir yakın bellek testi olan Ters Sayı Dizilerinde hasta (klinik anlamda depresyon tanısı bulunan) ve kontrol grubu arasında gözle görülür değişiklikler olduğunu açığa çıkarmıştır. Çalışmanın neticesinde depresyonda bilişsel performansın oldukça düşük seyrettiği görülmüştür.

Aydın [177] çalışmasında depresyonun üniversite öğrenimi gören kişilerde ders çalışma tutum ve davranışlarını ciddi ölçüde olumsuz etkilediğini vurgulamıştır.

Güney [178] tarafından üniversite öğrencilerinde depresyon ve bunun akademik hayata etkileri üstüne yapılan çalışmada öğrencilerde depresyona rastlanma oranı %50 ile %85 arasında bulunmuştur. Güney [179] tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise genel anlamda kızlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir.

Gençdoğan [179] tarafından depresyon ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla yapılan çalışmada, depresyon ile kendini kabul arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışma kapsamında kızların erkeklere nazaran daha depresif duygudurumuna sahip olduğu açıklanmıştır.

Whisman, Uebelacker ve Weinstock [180] partnerlerin kaygı düzeyleri ve depresyon ile evlilik doyumlarını Evlilik Doyum Ölçeği ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kullanarak incelemiş, yapılan çalışmada bireyin depresyon ve kaygı düzeyinin ilişkiden alınan doyumu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca semptomların artmasına korele olarak evlilik doyumunda azalma yaşandığı ortaya çıkmıştır.

Kutlu, Duman ve Adana [181] 110'u kız 112'si erkek olmak üzere toplam 242 ergenle çalışma yapmıştır. Araştırmacılar anne baba tutumunun depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla hazırladıkları ölçekte yer alan baba tutumu için "sinirli, sert ve baskılıdır" anne tutumu için ise "bazen beni sevmediği olur" şeklinde algıya sahip olan ergenlerin depresyon ölçeğinde anlamlı biçimde yüksek sonuçlara ulaşmışlardır.

Sabancıoğlu, Kelleci, Aydın ve Doğan [182] orta yaş üstü kişileri kapsayan örnekleminde Geriatrik Depresyon Ölçeğini kullanarak cinsiyet değişkenine bağlı olarak kadınlarda depresyon oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca herhangi bir sosyal desteği bulunmayan kadınların, okuma yazma bilmeyen ve fiziksel anlamda bağımlı bulunanların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Ek olarak maddi zorluk yaşan ve hayatını tek başına sürdüren kişilerde de depresyon oranının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Whisman [183] klinik görüşmeler ve Çift Uyum Ölçeği kullanılarak evlilik doyumu ve psikiyatrik problemleri ölçmek için yaptığı çalışmada, kadınlarda meydana gelen travma sonrası stres bozukluğunun ve erkeklerde görülen distimi gibi durumların evlilik doyumsuzluğu ile bağlantısının bulunduğunu kanıtlamıştır.

Zerenoğlu [184] tarafından 18 yaş grubunda yapılan bir çalışmada 181 üniversite hazırlık öğrencisi ile görüşülmüş ve depresyon şiddetinin anne baba tutumu ve babadan ayrı kalma süresiyle ilişkili olduğu aktarılmıştır.

Ayhan [185] Evlilikte Uyum Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeğini kullanarak gerçekleştirdiği; şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeylerini belirleme çalışmasında, kadınların evlilik süreleri ve çocuk sayısı arttıkça depresyona daha fazla maruz kaldığını ortaya koymuştur. Ayrıca kadın ya da eşinin yaşı, evlilik usulü, kadın ve eşinin eğitim düzeyi ve ekonomik durumunun da kadınların depresyon düzeyine etkisi olan diğer durumlar olduğu belirlenmiştir.

Özellikle ergenlik dönemindeki depresyonun psikolojik, biyolojik ve kalıtsal olmak üzere pek çok etkenle bağlantısı bulunmaktadır. Bu etkenlerden belki de en önemlisi anne, baba ve çocuk ilişkileridir.

Özbaran ve arkadaşları [186] tarafından yapılan çalışmada 14-18 yaşları arasında 30 kız ve 30 erkek toplam 60 çocuk ile babaları ve anneleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada depresyon tanısı konan ergenlerin yer aldığı bir klinik örneklem olarak kullanılmış ve baba ile annenin tutumları değerlendirilmiştir. Otoriter tutumlar, eşler arası geçimsizlik, aşırı kontrol, yüksek beklenti, aşırı korumacılık ve cezalandırma gibi anne baba tutumları çocuklarda depresyona sebep olan etkenler arasında yer almıştır.

Richardson ve arkadaşları [187] 11 ile 17 yaşları arasındaki çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada aile yapısı parçalanmış olan çocukların depresyon oranlarının aile yapısı sağlam olan çocuklara göre daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Demirel [188] yetişkin örnekleminde depresyon ve bağlanma ile alakalı çalışmasında Yaşam Doyum Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Beck Depresyon Envanterini kullanmış; depresyonun cinsiyet, ekonomik durum, ya da medeni duruma göre farklılık göstermediğini fakat yaş değişkeninin depresyon üstünde önemli bir etkiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre 18 ile 24 yaş aralığında bulunan kişilerin 36 ile 64 yaş aralığında olan kişiler ile karşılaştırıldığında çok daha yüksek ölçek puanlarına sahip oldukları görülmektedir.

Çocukluk döneminde annen baba tutumlarını incelemek maksadıyla Pinquart [189] tarafından meta analiz çalışması yapılmış, çalışmada anne baba tutumlarının çocuklarda dışa yönelik davranışları yüksek oranda etkilediği anlaşılmıştır. Buna bağlı olarak anne baba davranışlarında depresyonla ilişki anlamında ciddi bir etkileşim bulunmuştur.

Adubale [190] kontrolcü ve baskıcı ebeveyn tutumunun çocuk ruh sağlığına olumsuz etkide bulunduğunu ve bu tutuma sahip olan aile ortamında yetişen çocukların gelecekte depresyona maruz kalma oranının daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Sheeber ve arkadaşları [191] çocukların depresif süreci ile anne-baba etkileşimini kapsayan çalışmalarında 20 sağlam ve 20 depresif belirtisi bulunan ergeni karşılaştırmış depresyona maruz kalan çocukların genellikle aile ilişkilerinin zayıf olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Erözkan [192] tarafından 14 yaş grubu çocuklara yapılan 300 kişilik çalışmada olumsuz anne-baba davranışlarına örnek olarak demokratik tutum yoksunluğu gösterilmiştir. Çocukluk çağında ebeveynleri tarafından haksızlık yapılan, ihmale uğrayan ve anlaşılmadığını düşünen bireylerde depresyon görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur.

Şireli [193] tarafından 14 ile 18 yaş grubunda bulunan 30 çocuk üzerinde yapılan çalışmada, depresyonda olmayan bireylerin depresyonda olan bireylerin aksine anne babalarını reddedici olarak algılamadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda anne baba reddi algısı ile bozulan aile ilişkilerinin bağlantılı olduğuna ulaşılmıştır.

Liu [194] tarafından Çin’de yapılan sistematik bir araştırmada 0-18 yaş grubu çocuklarda ebeveyn tutumu ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Çince ve İngilizce anne baba davranışları üzerine nicel makaleler hazırlanarak gerçekleştirilen çalışmada, depresyon ve ebeveynlik arasında küçük ve orta derecede bağlantı olduğu ancak önemsiz olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada ebeveynliğin farklı şekillerinin depresyonla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Depresyon ile demokratik ebeveyn davranışları arasında olan ilişkinin negatif yönlü olduğu, depresyon ve otoriter ebeveyn tutumu arasında ise pozitif yönlü ilişki olduğu anlaşılmıştır.

Şeker [195] depresyon ile yetişkin bireylerin sosyal medya bağımlılıkları üzerine yaptığı araştırmada Beck Depresyon Ölçeği, Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğini kullanmıştır. Bu kapsamda kadınlardaki depresyon düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu, evli olan ve ekonomik durumu iyi seviyede olan bireylerin depresyon seviyesinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Buna ek olarak eğitim durumu değişkeni kapsamında lise ve altı eğitime sahip bireylerin üniversite mezunu bireylere nazaran daha düşük depresyon seviyesine sahip olduğunu ifade etmiştir.

Altan ve Baltacı [196] yaptıkları araştırmada lise öğrencilerinde şiddet eğilimi, depresyon, arkadaş ve ebeveyne sağlıklı bağlanmanın benlik saygısı açısından önemini incelemiştir. Çalışma grubu olarak 105 erkek, 178 kız toplam 283 lise öğrencisinin incelendiği araştırma neticesinde anneye yabancılaşma, arkadaşlara güven azalması ve arkadaşlara yabancılaşma durumunun lise dönemindeki bireyler üzerinde azalmış benlik saygısı göstergeleri olduğu belirtilmiştir.

Abdullayev [197] tarafından 352 üniversite öğrencisi üstünde yapılan bir araştırmada stresle başa çıkma becerileri, bağlanma stilleri ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Araştırma kapsamında sağlanan veriler ele alındığında güvenli bağlanma yaşayan bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinde düşük puanlar aldığı ortaya çıkmıştır.

Dinç [198] tarafından 49 depresyon tanılı 12-15 yaş grubu ergen ve 47 sağlıklı birey üstünde yapılan çalışmada depresyon düzeyleri ile anne ve baba bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Uçak [199] Beck Depresyon Ölçeği, Evlilik Yaşam Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve İletişim Becerileri Envanteri kullanarak evli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada yaşın ilerlemesi ve çocuk sayısında meydana gelen artışın depresyon puanlarını artırdığı sonucuna varmıştır ancak eğitim düzeyi, evlenme usulü, evlilik süresi, kişinin çalışma durumu ve ekonomik durumun depresyon ile bağlantılı olmadığını ifade etmiştir.

Doğruyol [200] tarafından 119 birey üzerinde yapılan çalışmada bağlanma biçimleri ve saldırganlık düzeyi ile depresyonun ilişkisi incelenmiştir. Çalışma neticesinde elde edilen bulgular incelendiğinde; saldırganlık davranışı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ancak depresyon ile bağlanma tarzları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Çekingen kaygılı bağlanma biçimine sahip olan bireylerde depresyon görülme olasılığı daha yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Aslund, Sonnby ve Kerstis [201] tarafından yapılan araştırmada 2051 kız, 1937 erkek olmak üzere toplam 3988 birey değerlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ebeveynlere güvenli şekilde bağlanmanın depresif durumlarla ilişkisini saptamaktır. Çalışmada erkek bireylerin kız bireylere göre anneleriyle güvenli tarzda bağlanma gerçekleştirdiğinde depresyon puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Aynı zamanda erkek ve kız bireylerin babayla güvenli bağlarının bulunması depresyon

tedavisinde ve hatta depresyonun önlenmesinde oldukça önemli bir yerinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Lizardi ve arkadaşları [202] yaptığı çalışmada güvensiz bağlanan bireylerin depresif belirtilerinin daha sık olduğu ve düşük benlik saygısına sahip olduklarını belirtmiştir. Ek olarak depresif duygudurum ve düşük benlik algısının intihar girişimlerine sebep olabileceği vurgulanmıştır.

Wei ve arkadaşları [203] tarafından yapılan çalışmada sosyal etkinlik ile yalnızlık, erişkinlikte bağlanma ve depresyon bağlantısı araştırılmıştır. Boylamsal olarak üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada kararsız bağlanma, depresif belirtiler ve yalnızlık duygusuyla sosyal öz yetkinlik arasında ilişki olduğu anlaşılmıştır. Sosyal öz yetkinlik seviyesi düşük olan bireylerde depresyon daha sık görülmektedir.

Williams ve Adams-Campbell [204] ergenlik dönemine dair yaptıkları çalışmalarda güvenli arkadaş ve ebeveyn bağlanmalarının düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu, güvensiz arkadaş ve ebeveyn bağlanmasının ise yüksek depresyon düzeyiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir.

Erol, Mete ve Ersoy [205] tarafından yapılan çalışmada çocukluk dönemi travmalarının pek çok depresif rahatsızlık ve olumsuz davranış kalıpları için risk oluşturduğu belirtilmektedir. Majör depresif bozukluk (MDB) tanısı bulunan 30 hasta üstünde yapılan araştırmada hastalarla eğitim, cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş 30 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. İntihar denemesinde bulunmuş depresyon tanısı bulunan hastalar, kontrol grubundaki kişilere ve intihar denemesinde bulunmamış bireylere göre çocukluk dönemi travma yaşantıları ölçeğinden daha yüksek puan almıştır. Çalışma neticesine göre çocukluk çağındaki olumsuz yaşantıların depresif bireylerde intihar denemesi için risk etmeni olduğu ifade edilmiştir.

Çimen' in [206] Majör Depresif Bozukluk tanısı bulunan 20 hasta, tedaviye dirençli Majör Depresif Bozukluğu bulunan 21 hasta ve sağlıklı kontrol grubu olarak 25 birey ile ortaya koyduğu araştırmasında; çocukluk dönemi travmaları ve bağlantılı aleksitimik özelliklerin araştırılması, tedavi direnciyle bağlantılı olduğu varsayılan bireyin mizaç özelliklerinin belirlenmesi ve tedavi direncinde histon asetilasyon seviyelerinin rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre tedaviye dirençli MDB gruplarında, çocukluk dönemi travmalarına maruziyet, aleksitimik özellikler, depresif ve anksiyöz mizaç özellikleri, kontrol grubuna nazaran daha

yüksek bulunmuştur. Depresif grupta çocukluk dönemi travmaları, mizaç özellikleri ve aleksitimik özelliklerin birbirleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Simon ve arkadaşları [207] yaptıkları araştırmada çocukluk dönemi travmalarının, anksiyete ve depresyon birlikteliğini arttırarak tedaviye yanıtı ve iyileşmeyi zorlaştırdığını ortaya koymuştur.

Bir diğer çalışmada Cogle ve arkadaşları [208] cinsel ve fiziksel istismar maruziyeti ile anksiyete seviyelerinin doğru orantılı olarak yükseldiğini belirtirken, Hovens ve arkadaşları [209] fiziksel ve duygusal istismar ve duygusal ihmalin bireyin ruh sağlığında depresyona ve anksiyete birlikteliğini artırıcı etkisi olduğunu aktarmıştır. Ayrıca bu durumun tedaviye cevap verme oranını düşürdüğünü ifade etmişlerdir.

Pavlidis ve McCauley [210] aile etkileşimi ve ergen depresyonu üzerine yapmış olduğu çalışmada 20 sağlam birey ve 20 ergenden oluşan örnekleminde depresyonda tanısına sahip bireylerin aileleriyle olan ilişkilerinin bozuk olduğunu öne sürmüştür. Aynı kapsamda sağlam olarak kabul edilen bireylerin ise aileleriyle ilişkileri sağlam ve pozitif yönde olduğu aktarılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Kan tahlili yaptırmak isteğiyle başvuran hastalara şikayetleri sorularak yorgunluk, halsizlik gibi depresyonun da yol açabileceği fiziksel şikayetleri olanlara veya herhangi bir şikayet belirtmeyen hastalar fizik muayenesinin yanında psikiyatrik muayene de yapılarak anamnezde depresif şikayetler özellikle sorgulanmıştır. Hastalara şikayetlerinin depresyonda da görülebileceği izah edilerek Beck Depresyon Ölçeği verilip doldurulması istenmiştir. Hastaların hemogram, açlık glukoz düzeyi, HbA1c düzeyi, tiroid fonksiyon testleri yapılarak kontrol muayenesine çağırılmışlardır. BDÖ skoru değerlendirilerek skoru depresyon lehine olup laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastalara şikayetlerinin depresyonla ilişkisi anlatılmıştır.

Nicel araştırma desenine sahip olan çalışmada ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. Her ne kadar çalışmada neden-sonuç ilişkisi ile ilgili net bir bilgi verilemeyecek olsa da yararlı çıkarımlarda bulunmak mümkündür. Bu çalışmada BDÖ skorları yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre analiz edilmiş böylelikle karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli özellikleri kendini göstermiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Bağcılar Yavuz Selim Aile Sağlığı Merkezinde, 02/05/2022 ile 01/08/2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde ikamet etmekte olan 18-65 yaş arası kan tahlili yaptırmak isteğiyle başvuran hastalar, örneklemi ise araştırmaya katılan 13 erkek 110 kadın toplam 123 hasta oluşturmaktadır. Katılımcılardan elde edilen veriler ışığında aile sağlığı merkezine kan tahlili yaptırmak isteğiyle başvuran hastalarda depresyon görülme sıklığı ve Beck depresyon ölçeği kullanılarak skorları tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Etme Kriterleri:

- 18-65 yaş arası
- Aile sağlığı merkezine laboratuvar tetkiki yaptıрма isteğiyle başvurma

Dışlama Kriterleri:

- Kanser tanısı olması
- KOAH tanısı olması
- Diyabet gibi kronik hastalıkların varlığı
- Psikiyatrik tanı veya tedavisinin olması
- Aktif enfeksiyon durumu veya endokrin hastalık varlığı
- Nörolojik rahatsızlığı olması

3.5. Araştırmanın Hipotezi

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4,0 olarak verilmektedir. Epidemiyolojik veriler herhangi bir yılda ülkemizde kadınların %13'ü, erkeklerin %8'inin depresyonda olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın hipotezi aile sağlığı merkezine kan tahlili yaptırmak isteğiyle başvuran hastalarda depresyon görülme sıklığının bu Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına kıyasla daha yüksek olduğudur.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırma kapsamında Beck depresyon ölçeği skorları ve grupları bağımlı değişken, yaş ve cinsiyet ise bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Veri Toplama Aracı ve Yöntemleri

Hastalara Beck depresyon envanteri verilerek doldurulması istenmiştir. Hastalardan hemogram, açlık kan şekeri, HbA1c düzeyi ve tiroid fonksiyon testleri içeren laboratuvar tetkikleri venöz kan örneği alınarak incelenmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir. Hastalara verilen Beck Depresyon ölçeği değerlendirilerek skorları hesaplanmıştır.

3.7.1. Tarama soruları

1.SORU

- (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.SORU

- (0) Gelecek hakkında umutsuz 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.SORU

- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4.SORU

- (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.SORU

- (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.SORU

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime çok kızıyorum.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.

7.SORU

- (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 kabahatli bulurum.

8.SORU

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.SORU

- (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.SORU

- (0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
- (1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
- (2) Şimdi hep sinirliyim.
- (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11.SORU

- (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- (1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
- (3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

12.SORU

- (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiç karar veremiyorum.

13.SORU

- (0) Aynada kendime baktığımda bir değışiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2) Görünüşümün çok değıştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.SORU

- (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (1) Bir şeyler yapmak için gayret göstermem gerekiyor.
- (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- (3) Hiçbir şey yapamıyorum.

15.SORU

- (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16.SORU

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

17.SORU

- (0) İştahım her zamanki gibi
- (1) İştahım eskisi kadar iyi değıl
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Artık hiç iştahım yok.

18.SORU

- (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
- (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

19.SORU

- (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20.SORU

- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişim fark etmedim.
- (1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- (2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21.SORU

- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- (1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler SPSS sürüm 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca, min-maks değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında normal dağılımlı olmayan (parametrik olmayan) değişkenler değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçüm verilerinin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05'in altında olduğu olgular istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1: Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı

		Ortalama±SS	Medyan (Min-Max)
Yaş		41,27±13,28	41 (18-65)
BDÖ Skoru		18,06±9,42	17 (0-44)
		Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-24	20	16,26
	25-35	19	15,45
	36-50	48	39,02
	51-65	36	29,27
BDÖ Skorları	Minimal	26	21,14
	Hafif	43	34,96
	Orta	38	30,90
	Şiddetli	16	13,00
Cinsiyet	Erkek	13	10,57
	Kadın	110	89,43

Çalışmaya 13 erkek 110 kadın olmak üzere toplam 123 kişi katılmıştır. Yaşları 18-65 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 41,27±13,28 yıldır. 18-24 yaş arası olan 20 kişi, 25-35 yaş arası olan 19 kişi, 36-50 yaş arası olan 48 kişi, 51-65 yaş arası olan 36 kişi vardır. BDÖ skoru ortalaması 18,06±9,42 olarak hesaplanmıştır. Minimal depresif belirtileri olan 26 kişi, hafif şiddette depresif belirtileri olan 43 kişi, orta şiddette depresif belirtileri olan 38 kişi ve şiddetli depresif belirtileri olan 16 kişi vardır.

4.2. Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2: BDÖ Skoru ile Yaş ve Cinsiyetin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

		BDÖ Skoru								p
		Minimal		Hafif		Orta		Şiddetli		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Yaş	18-24	4	20,0	5	25,0	6	30,0	5	25,0	0,603
	25-35	5	26,3	5	26,3	6	31,6	3	15,8	
	36-50	11	22,9	17	35,4	17	35,4	3	6,3	
	51-65	6	16,7	16	44,4	9	25,0	5	13,9	
Cinsiyet	Erkek	4	30,8	4	30,8	4	30,8	1	7,6	0,795
	Kadın	22	20,0	39	35,5	34	30,9	15	13,6	

Ki-Kare Testi

BDÖ skorlarının yaş ve cinsiyete göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre BDÖ skoru yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir.

Tablo 4.3: BDÖ Skoru ile Yaş ve Cinsiyetin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

		BDÖ Skoru		p
		Ortalama±SS	Medyan (Min-Max)	
Yaş	18-24	21,05±11,36	21 (5-44)	0,524
	25-35	19,11±9,33	18 (5-32)	
	36-50	16,63±8,70	17 (2-39)	
	51-65	17,75±9,15	17 (0-37)	
Cinsiyet	Erkek	15,77±9,85	15 (0-32)	0,413
	Kadın	18,33±9,37	17 (1-44)	

Kruskal Wallis Testi / Mann Whitney U Testi

BDÖ skorunun yaş ve cinsiyete göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre BDÖ skorları yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir.

Tablo 4.4: BDÖ Skoru ile Yaş Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Yaş- BDÖ Skoru	r	p	n
-	-0,078	0,393	123

Spearman Korelasyon Testi

BDÖ skoru ile yaş arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan Spearman Korelasyon testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.01$). Buna göre yaş BDÖ skorunu etkilememektedir.

Tablo 4.5: Yaş ile BDÖ Skoru Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

		Yaş		p
		Ortalama±SS	Medyan (Min-Max)	
BDÖ Skorları	Minimal	39,58±12,30	39 (18-63)	0,295
	Hafif	44,23±12,69	45 (18-65)	
	Orta	40,63±13,43	39 (18-65)	
	Şiddetli	37,56±15,56	36 (19-64)	

Kruskal Wallis Testi

Yaşın BDÖ gruplarına göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre yaş BDÖ skoru gruplarına göre değişmemektedir.

Tablo 4.6: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ile Çalışmamızın Depresyon Görülme Sıklığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Çalışma sonuçları	Türkiye ruh sağlığı profili	Chi-Squared (χ^2)	p
Depresyon sıklığı (Genel)	18 (%14,6)	297 (%4)	36,223	<0,0001
Depresyon sıklığı (Kadın)	17 (%15,5)	221 (%5,4)	21,769	<0,0001
Depresyon sıklığı (Erkek)	1 (%7,69)	76 (%2,3)	1,682	0,195

Çalışmaya katılan 123 kişiden 13'ü (%10,6) erkek, 110'u (%89,4) kadın idi. 123 katılımcının 18 tanesine (1 erkek, 17 kadın) depresyon tanısı konuldu ve depresyon görülme sıklığı %14,6 olarak belirlendi. Erkek katılımcılar arasında depresyon görülme sıklığı %7,69 ve kadın katılımcılar arasında depresyon görülme sıklığı ise %15,5 idi. Çalışmamızın sonuçları ile daha önce yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasındaki depresyon görülme sıklığı karşılaştırıldığında, hem tüm popülasyonda ($p<0,001$) hem de kadınlardaki ($p<0,001$) depresyon sıklığı anlamlı olarak farklıydı. Ancak erkek popülasyondaki depresyon sıklığı açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Çalışmanın sonuçlarının, daha önce yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasındaki depresyon görülme sıklığı ile karşılaştırılmasında Ki-Kare Uyum Testi kullanıldı. $P<0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma kapsamında kan tahlili için başvuran 13 erkek 110 kadın hastaya Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. BDÖ skorları ve grupları yaş ve cinsiyet değişkenleriyle karşılaştırılmış ve bulgular yorumlanmıştır. DSM-V kriterlerine göre depresyon tanısı alan hasta sayısı belirlenmiştir.

Çalışmaya 13 erkek 110 kadın olmak üzere toplam 123 kişi katılmıştır. Yaşları 18-65 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması $41,27 \pm 13,28$ yıldır. 18-24 yaş arası olan 20 kişi, 25-35 yaş arası olan 19 kişi, 36-50 yaş arası olan 48 kişi, 51-65 yaş arası olan 36 kişi vardır. BDÖ skoru ortalaması $18,06 \pm 9,42$ olarak hesaplanmıştır. Minimal depresif belirtileri olan 26 kişi, hafif depresif belirtileri olan 43 kişi, orta şiddette depresif belirtiler olan 38 kişi, şiddetli depresif belirtileri olan 16 kişi vardır.

Taşgın ve arkadaşları [211] yaptıkları çalışmada katılımcıların ortalama Beck depresyon ölçeği puanını $15,2 \pm 9,2$ olarak tespit etmişlerdir. Beck depresyon ölçeğine göre katılımcıların depresif belirtilerinin şiddetine bakıldığında %28,7 (n=74)'sinde orta düzeyde ve %7,7 (n=20)'sinde şiddetli depresif belirtiler olduğunu tespit etmişlerdir. Kayahan ve arkadaşlarının [212] Çiğli/Balatçık Bölgesinde yaptıkları araştırmada, Beck depresyon ölçeğine göre depresif belirti puanlarının 14 ve üzerinde olarak elde ettikleri oran %51,3 olarak tespit edilmiş ve sonrasında yapılan psikiyatrik görüşmede Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılarak depresyon prevalansını %25,8 olarak bulmuşlardır. Gürbüz [213] tarafından Adana ili Havutlu bölgesinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların BDÖ puan ortalaması $10,94 \pm 11,45$ ve 17 üstünde puan alan kadın oranının %30,3 olduğunu belirlemişlerdir. 2016 yılında Ergöl ve Kuzu [214] tarafından çalışmada, %29,1 oranında farklı seviyelerde depresyon belirtileri tespit edilmiştir.

BDÖ gruplarının yaş ve cinsiyetle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Buna göre BDÖ grupları yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir.

BDÖ skorunun yaş ve cinsiyetle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Buna göre BDÖ skorları yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir.

Çalışmamıza benzer olarak Önal'ın [215] yaptığı çalışmada da BDÖ skoru cinsiyete göre anlamlı farklılıklar göstermemektedir.

BDÖ skoru ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.01$). Buna göre yaş BDÖ skorunu etkilememektedir.

Yaş ile BDÖ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre yaş BDÖ skoruna göre değişmemektedir.

Çalışmaların depresif belirtilerin şiddetine göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla çalışmamızda BDÖ skorlarına göre minimal depresif belirtileri olanları depresyon yok, hafif, orta ve şiddetli depresif belirtileri olanları da depresyon var kabul ederek, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre çalışmamızdaki depresif belirtilerin görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Önal [202] yaptığı çalışmada ise bireylerin %48,1'i 76 kişi normal iken, %29,1'i 46 kişide hafif şiddette depresif belirtiler, %19,6'sı 31 kişide orta şiddette depresif belirtiler ve %3,2'si 5 kişide şiddetli depresif belirtiler görüldüğünü tespit etmiştir.

Taşgın ve arkadaşları [211] yaptığı çalışmada ise İstanbul Maltepe Gülsuyu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18-49 yaş arası kadınlarda depresif belirtilerin sıklığının %36,4 ($n=94$) olduğu ve katılımcıların %28,7 ($n=74$)'sinde orta düzeyde ve %7,7 ($n=20$)'sinde şiddetli depresif belirtiler mevcut olduğunu belirlemiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Depresyon bireylerin yaşam kalitesini düşüren, toplumda görülme sıklığı yüksek olan, kronikleşme ve intihar riskleri meydana getiren önemli bir hastalıktır.

Depresyon risk faktörleri tek bir etkene bağlı tutulmamakta, çevrenin genetik yapıyla olan olumsuz etkileşimi ve bu durumun zamanlanması önemli bulunmaktadır. 18 ile 44 yaş arasında olmak, eğitim ve sosyoekonomik seviyenin düşüklüğü, kadın cinsiyet, bekar olmak, işsizlik, yas durumu, erken çocukluk döneminde anne veya babanın kaybı, yakın ilişki ve sosyal destek eksikliği, madde bağımlılıkları, yeti yitimine yol açan bedensel rahatsızlıklar ile bu rahatsızlıkların tedavi süreçleri ve yaşamı tehdit edici olaylar depresyonun temel risk faktörleridir [35].

Genetik geçiş depresyonu etkileyen faktörler arasında ön planda yer almaktadır. Depresyon biyolojik nedenler sonucunda gen aktarımı yapılması suretiyle kalıtılabilmektedir. Aile bireylerinde depresyona rastlanan kişilerde depresyon görülme sıklığı daha fazladır. Depresyona sebep olan başka bir faktör olarak fizyolojik unsurlar gösterilmektedir. Vücuttaki hormon dengesi ile doğrudan ilişkili olan depresyon sinir sistemi ve hormon düzeninin patolojik işleyiş biçimidir. Bu iki faktör ile depresyon arasında direkt ilişki bulunmaktadır. Bilişsel nedenler depresyonu etkileyen bir başka faktördür. Bireyin başına gelen olaylar neticesinde kurduğu neden ve sonuç ilişkisi, depresyon açısından son derece önemlidir. Bireyin olumsuz düşünme paterni ve kendine yönelik negatif algı şekli depresyon sebepleri arasında bulunmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği, bilişsel, duygusal, motivasyonel ve somatik bileşenleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bir öz bildirim ölçeği olan Beck Depresyon Ölçeği, BDÖ (bilgisayar destekli öğretim) çalışmalarında ve kliniklerde sık tercih edilen bir ölçektir. Beck Depresyon Ölçeğinin temel hedefi depresif belirtilerin kapsamlı bir şekilde öğrenilmesi olsa da bilişsel içeriklerin değerlendirilmesi de bu ölçeğin sağladığı avantajlar arasında yer almaktadır [61].

Aile hekimleri depresyon açısından risk grubunda olan hastalara Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği 2 açık uçlu soruyu sorarak depresif şikayetlerini sorgulayabilir, bu sorulardan en az birine evet cevabı alması durumunda Beck Depresyon Ölçeği kullanarak depresif belirtilerin varlığını sorgulayabilir. Hastanın etiketlenme korkusunu gidermek amacıyla görüşmenin ve test sonuçlarının mahremiyetini vurgulayabilirler. Hastanın aile hekimine güven duyması psikiyatrik şikayetlerini rahatça ifade edebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri hastayı uzun süre takip eden, belirli aralıklarla izlem yapan, hastalıklarını ve psikososyal durumlarını bütüncül olarak değerlendirebildiğinden depresyon açısından henüz belirtiler depresyon tanısı oluşturacak kadar ilerlememişken veya depresyon tanısı konulup hastaya tedavinin erken başlanmasıyla depresyonun şiddetlenmesi engellenebilir. Fiziksel yakınmalarla başvuran hastalara, bu belirtilerinin altta yatan depresif duygu durum ile ilişkili olduğu izah edilebilir. Depresyon açısından risk grubunda olan, kadın, sosyoekonomik seviyesi düşük, ailesinde psikiyatrik tanısı olan, kronik hastalıkları nedeniyle tedavi gören, hayatında depresyona neden olabilecek stres faktörleri bulunan hastalar aile hekimleri tarafından depresyon tanı ve tedavisi açısından değerlendirilebilir. Hastaya depresif belirtilerin hayat kalitesine olumsuz etkisinden bahsedilerek tedavi seçenekleri sunulmalıdır. Fiziksel egzersiz hafif ve orta şiddette depresif belirtileri olan hastalara önerilebilir. Depresyon tanısı konulan hastalara farmakoterapi, psikoterapi gibi tedavi seçenekleri sunulabilir. İntihar riski saptanan, uygun süre ve dozda tedavi almasına rağmen şikayetleri gerilemeyen, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikotik bozuklukları olan hastalar psikiyatri uzmanına yönlendirildikten sonra tedavinin izleminde aile hekimi hastayı takip etmeye devam etmelidir. Hastalar tanıyı ve tedaviyi kabul etmeye ikna edilmeye çalışılmamalıdır. Bu durum hastanın şikayetlerinin tekrarlaması veya ilerlemesi durumunda aile hekimine başvurma yararsız olacağı fikrini uyandırabilir. Hastanın sevk kriterleri göz önünde tutulmak koşuluyla birinci basamakta depresyon tanısı alması ve tedavisine başlanması toplum ruh sağlığının geliştirilmesi bakımından önemli rol taşımaktadır.

Çok merkezli ve geniş popülasyonlarda yapılacak çalışmalar ile Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında belirtilen depresyon görülme sıklığının günümüzde nasıl değiştiği, hastaların yaşam tarzları, çalışma koşulları, aile ilişkileri ve toplum içindeki psikososyal konumunun depresyon görülme sıklığında nasıl bir değişim yarattığı incelenmelidir. Böylece birinci basamakta hekimlerin depresyon tanı ve tedavisinde etkin rol üstlenmesiyle, gelecekte depresyonun birey ve toplum üzerindeki etkilerinin

azaltılmasında nasıl bir katkı sağladığı kıyaslanabilecektir. Aile hekimlerinin depresyon tanısı alan ya da depresyon açısından risk grubunda bulunan hastalara farmakoterapi, psikoterapi gibi tedavi seçenekleri, fiziksel egzersiz ve psikososyal desteğin artırılması, düzenli aile hekimi izlemleri gibi koruyucu tedbirler ve acil durumlarda sevk ile psikiyatri uzmanına doğrudan ulaşılabilme gibi seçenekler sunabilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta depresyondan korunma, tanı ve tedavi kılavuzu faydalı olabilir. Sağlık politikalarında koruyucu hekimliğin desteklenmesi amacıyla birinci basamakta etkin bir depresyon tanı, tedavi ve sevk zinciri kurulmasının günümüzün en hızlı yayılan hastalıklarından biri olan ve intihar riski ile ölümcül seyredebilen depresyonun toplum ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi ve sağlık bütçesinde oluşturduğu yük azaltılabilecektir.



7. KAYNAKLAR

1. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 2007, 370(9590), 851-858.
2. Çiftçi, H. Yıldız., E. Mercanlıgil, S. Depresyon ve Beslenme Tedavisi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2008;28:369-377.
3. Smith K. A. Fairburn CG and Cowen PJ, Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. *Lancet*, 1997;349(9056);915 – 919.
4. Akman, M. Ünalın, P. C. Biyopsikososyal Yaklaşım. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Ed: Bozdemir N, Kara İH, Nobel Kitabevi, Adana 2010;22-24.
5. Kumar, K.S. Srivastava S, Paswan S and Dutta AS. Depression symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*. 2012; 1(3, Part A), 37.
6. Tamam, L., Namlı, Z., Karaytuğ, M.O. Depresyon kliniği. Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics. 2012; 5(2): 34-38.
7. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi Depresyon. Ankara: HYB Basım Yayın, 2013.
9. Engin E, Ergün G. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Depresyon. Çam E, Engin E (Editörler). 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: p.333-366.
10. WHO Mental Health Atlas. Geneva, World Health Organization. 2014.
11. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar 4. Baskı. Yüksel N (Editör). Ankara, MN Medikal & Nobel, 2014: p.267-306.
12. Buturak VA, Başterzi AD, Yazıcı A, Yazıcı K ve Acar ŞT. Comorbid disorders in outpatients with major depressive disorder and their socio demographical aspects *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(1): 7-13.
13. Weissman MM, Bruce LM and Leaf PJ. Affective disorders in psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Robins LN, Regier DA (editors). New York: Free Press, 1991: p. 53–80.
14. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık, 2013.
15. https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40837/0/anksiyete-bozukluklari-klinik-protokolupdf.pdf?_tag1=27F18369F59203B99B30637E01EB497CEE5260D9
16. Tasman, D. (2018). “Varoluşsal Kaygılar” . Başkent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü. PiVOLKA, 2018;8-28.
17. Nestler EJ Hyman SE Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nat Neurosci*. 2010; 13: 1161-1169.
18. Segal D Kuczenski R Mandell A Theoretical implications of drug-induced adaptive regulation for a biogenic amine hypothesis of affective disorder. *Biol Psychiatry*. 1974; 9: 147-159.

19. Keller J, Gomez R, Williams G. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Mol Psychiatry*. 2017; 22: 527-536.
20. Setiawan E, Wilson A.A, Mizrahi R. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 268-275.
21. Human hippocampal neurogenesis persists throughout aging. *Cell Stem Cell*. 2018; 22: 589-599.
22. Sullivan PF, Daly, MJ et al. Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2013; 18: 497-511.
23. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785.
24. Molecular genetic analysis subdivided by adversity exposure suggests etiologic heterogeneity in major depression. *Am J Psychiatry*. 2018; 175: 545-554.
25. Klengel T, Binder E.B. Epigenetics of stress-related psychiatric disorders and gene $\times$ environment interactions. *Neuron*. 2015; 86: 1343-1357.
26. Peterson R, Cai N, Dahl W. Molecular genetic analysis subdivided by adversity exposure suggests etiologic heterogeneity in major depression. *Am J Psychiatry*. 2018; 175: 545-554.
27. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *ŞEEAH Tıp Bülteni*. 2011; 45(2):65-74.
28. Kılınç, S., and Fuat Torun. "Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri." *Dirim Tıp Gazetesi* 86.1 (2011): 39-47.
29. Harman JS, Veazie PJ, Lyness JM. Primary care physician office visits for depression by older Americans. *J Gen Intern Med*, 2006; 21:926.
30. Avşaroğlu S, Deniz M, Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2005;14, 115-129.
31. Akarsu, R., Öztürk, B., Toraman, M. A., Akpınar, B., & Temiz, T. N. The effect of x-box kinect dance game in university students with social phobia, anxiety and depression symptoms, 2019.
32. Özdel, L. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon sıklığı ve sosyo-demografik özelliklerle depressif belirtilerin karşılaştırılması (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü) 2001.
33. Gönül, A. S. Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları. *Journal of Mood Disorders*, 2012, 2(5).
34. Kafes, A. Y. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 2021, 3(1), 186-194.
35. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1: 41-47.
36. Çak, H. T., Karabekiroğlu, K., Çengel Kültür, E., Tarakçıoğlu, M. C., Kaya, R., Say, G. N., ... & Varol, F. Anne ve baba adaylarında psikiyatrik belirtiler ile doğum sonrası depresyon ve infantil kolik arası ilişki: Çok merkezli bir takip çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015, 26(2), 87-98.
37. Deshauer, D., Moher, D., Fergusson, D., Moher, E., Sampson, M., & Grimshaw, J. Selective serotonin reuptake inhibitors for unipolar depression: a systematic review of classic long-term randomized controlled trials. *Cmaj*, 2008, 178(10), 1293-1301.

38. Sander, J. B., & McCarty, C. A. Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical child and family psychology review*, 2005, 8(3), 203-219.
39. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., ... & Morocco, A. Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2001, 25(4), 397-423.
40. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum Dizisi* 2001; 6: 277-282.
41. Herken H. Depresyonun etiyolojisinde genetik kanıtlar. *Klinik Psikiyatri* 2002; 4: 5-10.
42. Racagni G, Popoli M. Cellular and molecular mechanisms in the long-term action of antidepressants. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10: 385-400.
43. Khosla, A., Khandnor, P., & Chand, T. Automated diagnosis of depression from EEG signals using traditional and deep learning approaches: A comparative analysis. *Biocybernetics and Biomedical Engineering*, 2021.
44. Yüksel N. *Duygudurum Bozuklukları*, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2001: 208-256.
45. Yakin, G. İstanbul Dr Lütü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personellerinin (hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni) depresyon ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü), 2014.
46. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 2003, 157(2), 98-112.
47. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 134-138.
48. Hindmarch I. Beyond the monoamine hypothesis: Mechanisms, molecules and methods. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 294-299.
49. Sadock BJ, Sadock VA. *Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A. (edt). Güneş Kitapevleri, İstanbul, 1559-1800, 2007.
50. Tükel R. *Psikiyatri*. Tükel R, Çakır S, Ertekin E (Editörler) Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2017. p.47-52.
51. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
52. Yavuz, R. Depresyonun kliniği. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 1999, 29-34.
53. Çolak, D. Covid-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü), 2021.
54. ÇAKIR, S. Genel tıpta depresyon. İlk Söz, 2009.
55. Taş, H. İ., Ertekin, H., Yıldızoğlu, Ç. A., & Ertekin, Y. H. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda yeme tutumu ve vücut kompozisyonunun depresyon şiddetiyle ilişkisi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2019, 9(1), 39-45.
56. Sadek N, Bona J. Subsendromal symptomatic depression: A new concept. *Depress Anxiety*, 2000, 12:30-39

57. İdikurt, O. Sağlık çalışanlarında depresyonun çalışan performansı üzerine etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2019.
58. Maurer, D. M. Screening for depression. American family physician, 2012, 85(2), 139-144.
59. Hisli, N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J. Psychol., 1989, 7, 3-13.
60. Garner, J. B. Problems of nonadherence in cardiology and proposals to improve outcomes. The American journal of cardiology, 2010, 105(10), 1495-1501.
61. Mert, A., & Özdemir, G. Yalnızlık duygusunun akıllı telefon bağımlılığına etkisi. OPUS International Journal of Society Researches, 2018, 8(1), 88-107.
62. Yakar, T., Baran, A., Güngör, S., Altınsoy, B., Yalçınsoy, M., Can, G., & Akkaya, E. The factors affecting Beck depression scale in asthmatic patients. Tuberkuloz ve Toraks, 2007, 55(1), 11-17.
63. Özerdoğan, N., Sayiner, F. D., Köşgeroğlu, N., & Ünsal, A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler, 2009.
64. Diriöz, M. Ayrılma anksiyetesi için yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin geçerlilik ve güvenilirliği (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2010.
65. Snaith P. What do depression rating scales measure? Br J Psychiatry, 1993, 163: 293-298.
66. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996, 4: 251-259.
67. Williams JBW, Link MJ, Rosenthal NE ve ark. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder Version, 2000 rev. New York State Psychiatric Institute, New York, 2000.
68. Örsel, S. "Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar." Klinik Psikiyatri 4 (2004): 17-24.
69. Thoren P, Åsberg M, Cronholm B ve ark. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. Arch Gen Psychiatry 1980, 37:1281-1285
70. Schmidtke A, Fleckenstein P, Moises W ve ark. Studies of the reliability and validity of the German version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. Schweiz Arch Neurol Psychiatr, 1988, 139(2):51-65
71. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research, 1982, 17(1), 37-49.
72. Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. Screening tests for geriatric depression. Clinical gerontologist, 1982, 1(1), 37-43.
73. Lichtenberg, P. A., Steiner, D. A., Marcopulos, B. A., & Tabscott, J. A. Comparison of the Hamilton Depression Rating Scale and the Geriatric Depression Scale: detection of depression in dementia patients. Psychological reports, 1992, 70(2), 515-521.
74. Koenig, H. G., Meador, K. G., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized

- patient with medical illness. Journal of the American Geriatrics Society, 1988, 36(8), 699-706.
75. Atmaca, G. D., & Durat, G. (2017). Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve iç görüyle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4).
 76. Burns A, Lawlor B, Craig S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London, Martin Dunitz Ltd, 1999, s. 8-9.
 77. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1997;1(1):51-2.
 78. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;(18):3-9
 79. Kennedy, N., & Paykel, E. S. Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *Journal of affective disorders*, 2004, 80(2-3), 135-144.
 80. Crowther, A., Smoski, M. J., Minkel, J., Moore, T., Gibbs, D., Petty, C., ... & Dichter, G. S. Resting-state connectivity predictors of response to psychotherapy in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 2015, 40(7), 1659-1673.
 81. Brenes, G. A. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 2007, 9(6), 437.
 82. Dunn AL, Madhukar HT. Exercise treatment for depression. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28: 585-603
 83. García-Sevilla, J. A., Ventayol, P., Pérez, V., Rubovszky, G., Puigdemont, D., Ferrer-Alcón, M., ... & Alvarez, E. Regulation of platelet α 2A-adrenoceptors, Gi proteins and receptor kinases in major depression: effects of mirtazapine treatment. *Neuropsychopharmacology*, 2004, 29(3), 580-588.
 84. Şendur, İ. Major depresyon bozukluğu olan hastalarda 1 H-MRS yöntemi ile prefrontal korteks nörokimyasal metabolit düzeyleri, 2016.
 85. Örsel, S. Depresyonda Tedavi: Genel ilkeler ve Kullanılan Antidepresan ilaçlar Sibel Örsel Doç. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, 2004.
 86. Dalgıç, H., & Papak, Ö. (2003). Trisiklik Antidepresanların Analjezik/Antinosiseptif Etki Mekanizmaları The Analgesic/Antinociceptive Action Mechanisms Of Tricyclic Antidepressants.
 87. Tural, Ü & Önder, E. (2001). Geri Dönüşümlü Monoamin Oksidaz-A İnhibitörleri (RIMA) Farmakolojisi
 88. Mankad MV. *Clinical manual of electroconvulsive therapy* (1st ed. American Psychiatric Pub, Washington DC 2010. Gökçakan, Z., & Gökçakan, N. Depresyonda bilişsel terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 1(1), 91-101.
 89. Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015, 7(1), 1-15.
 90. Goldberg, C. Healing madness and despair through meeting. *American Journal of Psychotherapy*, 2000, 54(4), 560-573.
 91. Çelikkol A. Ruh Sağlığı için Egzersiz, Pedam Yayınları, İstanbul, 2007: 27-50
 92. Anderson B. Streching, Sami M. (edt), Morpa Kültür Yayınları, İstanbul, 2004: 12-15

93. Yıldız SA. Aerobik ve anaerobik kapasitenin anlamı nedir? Solunum Dergisi 2012; 14: 1–8
94. Cindas A. Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri. Geriatri 2001; 4: 77-84
95. Broocks A, Meyer T, Gleiter CH, et al. Effect of aerobic exercise on behavioral and neuroendocrine responses to meta-chlorophenylpiperazine and to ipsapirone in untrained Healthy subjects. Psychopharmacology 2001; 155: 234–241
96. Zerin, Mustafa, A. Ziya Karakılçık, and Nurullah Ayçiçek. "Amatör futbolcularda sekiz haftalık egzersiz programının solunum ve dolaşım değerleri ile biyomotor özellikler üzerine etkileri." Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12.3 (2015): 332-337.
97. Peterson C, Seligman MEP. Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychological Review 1984; .91:
98. Şahin M, Yetim AA, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. The Journal of Academic Social Science Studies 2012; 5: 3
99. Dionigi R. Resistance training and older adults beliefs about psychological benefits: The importance of self-efficacy and social interaction. Journal of Sport & Exercise Psychology 2007;
100. Cohen GE, Shamus E. Depressed, low self-esteem: What can exercise do for you? The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2009
101. Lazovich D, Robien K, Cutler G, et al. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. Cancer 2009;
102. Yeşilbalkan OU, Akyol AD, Cetinkaya Y, ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 2005
103. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study. Lancet 1997
104. Legrand F, Heuze JP. Antidepressant effects associated with different exercise conditions in participants with depression: A pilot study. Journal of Sport & Exercise Psychology 2007;
105. Blumenthal JA, Smith PJ, Hoffman BM, et al. Is exercise a viable treatment for depression? ACSMs Health Fit J 2012
106. Knapen J, Vancampfort D. Exercise for the treatment of depression. The Open Complementary Medicine Journal 2009
107. Kamışlı S, Daştan L. Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008
108. Tuunainen A, Kripke D, Endo T. Light therapy for nonseasonal depression (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 2. London: Wiley; 2004
109. Leo RJ, Ligot Jr JS. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression. J Affect Disord 2007;97(1-3):13-22.
110. Coelho HF, Boddy K, Ernst E. Massage therapy for the treatment of depression: a systematic review. Int J Clin Pract 2008;62(2): 325-33.
111. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA. 1995 Nov 15;274(19):1511-7.
112. Sung SC, Low CC, Fung DS, Chan YH. Screening for major and minor depression in a multiethnic sample of Asian primary care patients: a comparison

- of the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (QIDS-SR16). *Asia Pac Psychiatry*. 2013 Dec;5(4):249-58.
113. Liu SI, Mann A, Cheng A, Tjung JJ, Hwang LC. Identification of common mental disorders by general medical doctors in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 JulAug;26(4):282-8.
 114. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. Geneva: World Health Organization; 2008. PMID: 26290926.
 115. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res*. 2002 Oct;53(4):849-57
 116. Wilde EA, Kim HF, Schulz PE, Yudofsky SC. Laboratory testing and imaging studies in psychiatry. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (Eds), American 81 Psychiatric Publishing, Washington, DC 2014; p.89
 117. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition (DSM-5)), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, USA 2013; 17:7
 118. Qaseem A, Snow V, Denberg TD, et al. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 149:725.
 119. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, Markowitz JC, Ninan PT, Kornstein S, Manber R, Thase ME, Kocsis JH, Keller MB. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003 Sep 1;54(5):573- 83.
 120. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. PMID: 22132433.
 121. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
 122. Anderson, Ian M., David J. Nutt, and J. F. W. Deakin. "Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines." *Journal of Psychopharmacology* 14.1 (2000): 3-20.
 123. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
 124. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:427.
 125. Nunes EV, Deliyannides D, Donovan S, McGrath PJ. The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996 Jun;19(2):311-27.
 126. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, 89 regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858

127. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA. 1994 Dec 14;272(22):1741-8.
128. GreenbergPE, KesslerR, BirnbaumHet al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000 Journal of Clinical Psychiatry2003;64:1465–75.
129. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. J Clin Psychiatry. 2001.
130. Sturm R, Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? JAMA. 1995 Jan 4;273(1):51-8
131. Simon GE, Katzelnick DJ. Depression, use of medical services and cost-offset effects. J Psychosom Res. 1997 Apr;42(4):333-44. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00367-4.
132. Sartorius N. The economic and social burden of depression. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 15:8-11.
133. İASP, <https://www.iasp.info/wspd2021/cycle-the-globe//>
134. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. Suicide Life Threat Behav. 2016 Jun;46(3):352-62.
135. TTB, 2005. <https://www.ttb.org.tr/TD/TD131/5.php>
136. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
137. Wasserman, D. (2021). Future WPA President's public mental health agenda. World Psychiatry, 20(2), 309.
138. <https://psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/DunyaRuhSagligiGunuAciklamasi2020EPAson.pdf>
139. Wang, Q., Xu, R., & Volkow, N. D. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. World Psychiatry, 20(1), 124-130.
140. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
141. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
142. https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40837/0/anksiyete-bozukluklari-klinik-protokolupdf.pdf?_tag1=27F18369F59203B99B30637E01EB497CEE5260D9
143. Tezvaran Z, Akan H, İzbirak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. Turkish Family Physician, 2010; 1(3):1-7
144. İbiloğlu, A. O.; Çayköylü, A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. Turk Psikiyatri Dergisi, 2011, 22.3.
145. Örsel, S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri, 2004, 4, 17-24.
146. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/yasli-sagligi-depresyon.html>.
147. Kavakci, Ö., Bilici, M., Çam, G., & Ülgen, M.. Trabzon ilinde elli bes yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı/Prevalence of depression and cognitive impairment in old age in Trabzon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011, 12(4), 258.
148. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010; 9(3): 209-216.
149. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology 2009; 5: 363–389

150. <http://nazanaydin.com.tr/2019/12/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-kisilerarasi-danismanlik.pdf>
151. Hickie IB, Andrews G, Davenport TA: Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. *MJA* 2002; 177(4): 205-7.
152. Horgan D: Practical management of the suicidal patient. *Aust Fam Phys* 2002; 31 (9): 819-22.
153. Prezawasc L, Stankovic M, Jagsch R, Ackeil S, Putz C, Steltzer B et al: A longitudinal view of triggers and threshold of suicidal behavior in depression. *J C Psych* 2002;63(10):866-77
154. Çetin M. Tedaviye dirençli depresyonlarda yeni antipsikotiklerin yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010; 20: 15-25
155. Garnock-Jones KP. Vortioxetine: A review of its use in major depressive disorder. *CNS Drugs* 2014; 28: 855–874
156. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 482-488
157. Bollini P, Pampallona S, Kupelnick B. Improving compliance in depression: A systematic review of narrative reviews. *J Clin Pharmacy and Therapeutics* 2006; 31: 253-260
158. Brown CB, Battista DR, Bruehlman R, et al. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: Relationship to self-reported adherence. *Medical Care* 2005; 43: 1203-7
159. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163-179
160. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJJ. Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. *Nerv Ment Dis* 2008; 196: 663-670
161. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999; 159:
162. Fox KR. The Influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 1999; 2: 411–418
163. Scott J, Thorn A, Horn P: Effect of a multifaced approach to detecting and managing depression in primary care. *BMJ* 2002;325:951-4.
164. Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, Peterson I: Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *A Gen Psychiat* 2001;58 (4):395- 401.
165. Hickie IB: Choosing antidepressants drugs in general practice. *Aust Fam Phys* 2001;30 (7): 663-7.
166. Altun I: Burnout and nurses' personal and professional values. *Nurse Ethics* 2002;9(3): 267-78.
167. Miller NM, McGowen RK: The painful truth: physicians are not invincible. *S Med J* 2000;93(10):966-73.
168. Rollman BI et al: The electronic medical record. A randomized trial of its impact on primary care physicians' initial management of major depression (corrected). *Arc Int Medi* 2001;161 (2):189- 97
169. Simon EG, Vonkorff M, Rutter C, Wagner E: Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320:550-4

170. <https://www.guven.com.tr/saglik-rehberi/tedavi-edilmeyen-depresyon-hangi-psikolojik-ve-fiziksel-sorunlara-yol-acar>
171. Öztürk, O. Psikanaliz ve Psikoterapi. Sevinç matbaası. Ankara, 1985.
172. Bellack, A. Social Skills Training Compared With Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Inventory Pharmacopsychiatry*. 1981, 7,151-169
173. Savaşır, Işık ve Şahin, Nesrin, Hisli. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Özyurt matbaacılık, Ankara, 1997.
174. Özbay, H., Şahin, N. ve diğ. Ergenlikte Benlik İmajı: Çalışan ve Öğrenci Ergenler Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991, 2 (2), 82-95.
175. Yörükoğlu, A. Gençlik Çağı: Ruh sağlığı ve Ruhsal sorunları. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. Ankara, 1988.
176. Yüksel, N. Bilişsel İşlevleri Yönünden Normallerle Depresif Hastaların Karşılaştırılması. *Psikoloji Dergisi*, 1984, 5(117) s.14-15
177. Aydın, B. Üniversite Öğrencilerinin Bir Kesiminde Çalışma Alışkanlıkları ve Tutumları ile Depresyon Seviyelerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Dergisi, 1989, 1, s. 5-15
178. Güney, M. Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon ve Problem Alanlarının Akademik Başarı ile İlişkisi. Ankara. Ankara Üniversitesi Basımevi, 1985.
179. Gençdoğan, B. Depresyon İle Kendini Kabul Arasında İlişki. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi (Sosyal Bilimler Enstitüsü), 1993.
180. Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2004, 72(5), 830.
181. Kutlu, Y., Adana, F., & Duman, Z. Ç. Ergenlerin Depresyon Belirti Düzeyleri İle Algıladıkları Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2005, 13(55), 81-90.
182. Doğan S., Kelleci M., Sabancıoğulları S., Aydın D., Bir ilköğretim okulunda öğrenim gören çocuklarda ruhsal uyum sorunları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008, 7(1), 47-52,
183. Whisman, M. A. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal psychology*, 2007, 116(3), 638.
184. Zerenoglu, L. Üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleriyle çocuklukta ki örselenme yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü), 2011.
185. Ayhan, S. Şiddete Uğrayan Kadınların Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerinin Evlilik Uyumlarına Etkisinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, 2016.
186. Özbaran, B., Tamar, M., Yüncü, Z., Bildik, T., Demiral, N., & Erermis, S. Majör depresif bozukluğu olan gençlerden oluşan bir klinik örnekleme de anne-baba tutumlarının değerlendirilmesi/Evaluation of parental attitudes in a clinical sample of adolescents with major depressive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009, 10(2), 109.
187. Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 2010, 13(3), 275-290.

188. Demirel, C. Yetişkinlerde bağlanma stillerinin mutluluk, yaşam doyumu ve depresyon ile ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, Işık Üniversitesi), 2018.
189. Pinquart, M. Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, 2017, 53(7), 613-640.
190. Adubale, A. A. Parenting styles as predictors of anxiety and depression of in-school adolescents in Nigeria. *Africa Education Review*, 2017, 14(3-4), 111-121.
191. Sheeber, L., Allen, N., Davis, B., & Sorensen, E. Regulation of negative affect during mother-child problem-solving interactions: Adolescent depressive status and family processes. *Journal of abnormal child psychology*, 2000, 28(5), 467-479.
192. Erözkan, A. The predictors of depression in eighth grade primary school students. *Elementary education online*, 2009, 8(2).
193. Şireli, Ö. Depresyon tanısı almış ergenlerde anne baba kabul reddi-kontrolü ve aile içi ilişkilerin depresyon şiddetine etkisi. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.
194. Liu, Q., Zhang, Y., Wang, J., Li, S., Cheng, Y., Guo, J., ... & Zhu, Z. Erectile dysfunction and depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 2018, 15(8), 1073-1082.
195. Şeker, F. D., Aydoğdu, M., & Akgür, S. A. Gebelerde sigara ve kafein kullanımının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 2019, 20(1), 21-31.
196. Altan, T., & Baltacı, H. Ş. Lise öğrencilerinde benlik saygısının yordayıcısı olarak depresyon, bağlanma ve şiddet eğilimi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(40).
197. Abdullayev, K. Üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleri ve stresle başa çıkma biçimleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)), 2019.
198. Dinç, G. Ş., Esra, Ç. Ö. P., Göker, Z., Şahin, M., Bilgili, D., Hekim, Ö., ... & Üneri, Ö. Ş. Ergenlerde İntihar Davranışı ile Anneye Bağlanma Özellikleri Arasındaki İlişki. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2020, 1-6.
199. Uçak Duman, B. Postpartum depresyon, eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
200. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2021/08/BAGLANMA-STILLERI-DEPRESYON-VE-SALDIRGANLIK.pdf>
201. Kerstis, B., Åslund, C., & Sonnby, K. More secure attachment to the father and the mother is associated with fewer depressive symptoms in adolescents. *Upsala journal of medical sciences*, 123(1), 2018, 62-67.
202. Lizardi, D., Grunebaum, M. F., Burke, A., Stanley, B., Mann, J. J., Harkavy-Friedman, J., & Oquendo, M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 124(4), 295-300.
203. Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M., & Zakalik, R. A. Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others. *Journal of Counseling Psychology*, 2005, 52(3), 368.
204. Williams, C. D., & Adams-Campbell, L. L. Addictive behaviors and depression among African Americans residing in a public housing community. *Addictive behaviors*, 2000, 25(1), 45-56.

205. Erol, A., Ersoy, B., & Mete, L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24(1), 1-6.
206. Çimen, E. Major depresif bozuklukta histon modifikasyonu, çocukluk çağı travmaları ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması., 2020.
207. Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... & Stein, M. B. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 2009, 26(11), 1027-1032.
208. Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry research*, 2010, 177(1-2), 150-155.
209. Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 2012, 126(3), 198-207.
210. Pavlidis, K. ve McCauley, E. Autonomy and related-ness in family interactions with depressed adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 2001, 29, 11-21.
211. Taşgın C, Öner C, Temiz HE, Çetin H, Şimşek EE. İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *IGUSABDER*. 2021; 14:258-269
212. Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., & Öztürk, Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4(4), 208-219.
213. Gürbüz E. Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Adana, Türkiye: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2012.
214. Ergöl Ş, Kuzu A. 15-49 yaş evli kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri ve evlilik ilişkisi. *International Journal of Human Sciences*. 2016;13(1):1023-1035.
215. Önal, D. (). Covid-19 Pandemi Sürecinde Evden Çalışmaya Geçen 20-65 Yaş Arası Bireylerde Sezgisel Yeme Davranışı, Depresyon ve Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2022.

8. EKLER

EK A: Etik Kurul Onayı

EK B: İl Sağlık Müdürlüğü Tez İzni

EK C: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK D: Beck Depresyon Ölçeği



	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	Doküman n Kodu: ÜNV- GOAEK-FRM-002	Yayı n Tarihi: 17.09.2019	Revizyo n No: 01	Revizyo n Tarihi: 19.02.2020

ÇALIŞMANIN ADI: Aile Sağlığı Merkezine laboratuvar tetkiki yaptırma isteğiyle başvuran hastalarda depresyon görülme sıklığı ve Beck depresyon ölçeği kullanılarak skorun ölçülmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu’ nu** imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Aile Sağlığı Merkezi’ne laboratuvar tetkiki yaptırmak istediğini ifade ederek gelen hastaların yorgunluk, halsizlik, kendini iyi hissetmeme veya hiçbir şikayeti olmasa da rutin kontrol amacıyla kan tahlili vermek gibi isteklerinin altında yatan depresyon kliniği çoğunlukla gözden kaçabilmektedir. Bu hastalar acil servise ve farklı branş polikliniklerine benzer kan tahlili istekleriyle başvurmakta, tetkik sonuçlarında organik bir rahatsızlık bulunmasa da hasta psikolojik değerlendirilmeye alınıp depresyon tanısı konulması ihmal edildiğinden depresyon şiddeti artmakta ve tedavisi gecikmektedir. Birinci basamakta Beck depresyon ölçeği kullanılarak depresyon tanısı alması hastanın hayat kalitesini yükselteceği gibi toplum ruh sağlığını da geliştirmeye yardımcı olacaktır.

CALIŖMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			

Vasi (var ise) Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			

Görüşme Tanığı Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			

Araştırmacı Adı Soyadı		Tarih ve İmza	
Telefon			

EK D

Beck Depresyon Ölçeği

1.SORU

- (4) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- (5) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (6) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (7) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.SORU

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (4) Gelecek hakkında karamsarım.
- (5) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (6) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.SORU

- (4) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- (5) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (6) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (7) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4.SORU

- (4) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (5) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- (6) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (7) Her şeyden sıkılıyorum.

5.SORU

- (4) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- (5) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (6) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (7) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.SORU

- (4) Kendimden memnunum.

(5) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(6) Kendime çok kıızıyorum.

(7) Kendimden nefret ediyorum.

7.SORU

(2) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(3) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8.SORU

(4) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(5) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.

(6) Kendimi öldürmek isterdim.

(7) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.SORU

(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) oğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.SORU

(4) şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(5) Eskisine kıyasla daha kolay kıızıyorum.

(6) şimdi hep sinirliyim.

(7) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11.SORU

(4) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(5) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(6) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(7) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

12.SORU

- (4) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (5) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (6) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- (7) Artık hiç karar veremiyorum.

13.SORU

- (4) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- (5) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (6) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (7) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.SORU

- (4) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (5) Bir şeyler yapmak için gayret göstermem gerekiyor.
- (6) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- (7) Hiçbir şey yapamıyorum.

15.SORU

- (4) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- (5) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- (6) Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (7) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16.SORU

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

17.SORU

- (0) İştahım her zamanki gibi
- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil
- (4) İştahım çok azaldı.
- (5) Artık hiç iştahım yok.

18. SORU

- (4) Son zamanlarda kilo vermedim.
- (5) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (6) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (7) Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. SORU

- (4) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- (5) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- (6) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- (7) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20. SORU

- (4) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişim fark etmedim.
- (5) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- (6) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (7) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. SORU

- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- (1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.