T.C. İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 'NDE ÇALIŞAN ASISTAN HEKİMLERIN BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİYLE DEPRESYON SEVİYELERİNİN VE NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR ELİFE NUR GÖREN

TEZ DANIŞMANI

DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ UMUT PAYZA

İZMİR-2019

T.C. İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 'NDE ÇALIŞAN ASISTAN HEKİMLERIN BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİYLE DEPRESYON SEVİYELERİNİN VE NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR ELİFE NUR GÖREN

TEZ DANIŞMANI

DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ UMUT PAYZA

İZMİR-2019

TEŞEKKÜR

Yetişmemde ve tez hazırlanması sürecine katkılarından dolayı sayın Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Fatih Esad TOPAL'a,

İdari sorumlum ve tez hocam Dr Öğr. Üyesi Umut PAYZA'ya,

Eğitim süremce bana destek olan ve birlikte nöbet tutma keyfini yaşadığım tüm acil tıp uzmanı abla ve abilerime,

Tüm eğitim ve çalışma hayatım boyunca yanımda olan annem Rahime GÖREN'e,

Babam İsmail GÖREN'e,

Acil tıp eğitimim süresince üzerimde emeği geçen tüm öğretim üyelerine,

Acil servis doktoru olmanın zorluğunu, keyfini, heyecanını ve ayrıcalığını birlikte paylaştığım tüm doktor arkadaşlarıma ve

Tüm acil tıp çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elife Nur GÖREN

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR iv
TABLOLAR v
1-GİRİŞ 1
2- GENEL BİLGİLER 3
2.1. Depresyonun 3
2.1.1. Depresyonun Tanımı 3
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi 3
2.1.3. Depresyonun Tanı Kriterleri 4
2.1.4. Depresyonun Sınıflandırması 5
2.1.5. Depresyonda Risk Faktörleri 8
2.1.6. Depresyonda Tedavi Yaklaşımları 9
2.2. Beck Depresyon Envanteri 10
3-GEREÇ ve YÖNTEM 12
4-BULGULAR 13
5-TARTIŞMA 28
6-SONUÇ 32
7-ÖZET 34
SUMMARY 36
KAYNAKLAR 38
EKLER 42
Ek-1.1: Etik Kurul Onayı 42
Ek -2 : Test Örneği 43

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİDS	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
DSM	:Zihinsel ve Ruhsal Hastalıklar Ölçütleri(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: Hastalıkların Ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi (International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems)
MAO	: Monoaminooksidaz
ÜSYE	:Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

TABLOLAR

Tablo 1 Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı 13
Tablo 2 Olguların sürekli değişkenleri ortalama dağılımı 13
Tablo 3 Olguların kategorik değişkenleri dağılımı 13
Tablo 4 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon tipleri dağılımı 15
Tablo 5 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı 15
Tablo 6 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon tipleri dağılımı 16
Tablo 7 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon tipleri dağılımı 16
Tablo 8 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı 17
Tablo 9 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon oranları dağılımı 18
Tablo 10 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon oranları dağılımı 18
Tablo 11 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon oranları dağılımı 19
Tablo 12 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon oranları dağılımı 19
Tablo 13 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon oranları dağılımı 20
Tablo 14 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı 20
Tablo 15 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı 21
Tablo 16 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı 21
Tablo 17 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı 22
Tablo 18 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı 22
Tablo 19 Olguların depresyon tiplerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet sayısı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı 23
Tablo 20 Olguların depresyon şiddetlerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet sayısı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı 24

Tablo 21 Olguların depresyon durumlarına göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet saysı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı 24
Tablo 22 Branşlar ile depresyon varlığı arasındaki dağılım 25
Tablo 23 Değişkenlerin depresyona (normal olgulara göre depresif) etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları 26
Tablo 24 Değişkenlerin depresyon şiddetine (Hafife göre orta-ağır) etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları 27

1-GİRİŞ

Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, bazen özkıyım (suicidal) düşüncelerin ve sonucunda ölümün görülebileceği, uyku, cinsel istek ve iştahta fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (1).

Depresyon, sık görülmesi ve iş gücü kaybına neden olmasıyla önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1997'de yaptığı araştırmada depresyonun 2020 yılında yeti kaybı, iş gücü kaybı ve ölüm sebepleri arasında 2. sırayı alacağı ön görülmüştür. Ayrıca depresyonun 2020'de hastalık yükü olarak gelişmiş ülkelerde ilk sırada; gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada yer alacağı belirtilmiştir (2).

Depresyonun hayat boyu prevelansı %10-20 arasında değişmektedir (3). Ülkemizde ise genel popülasyondaki depresyon yaygınlığı %10 ile %20 arasında değişmektedir (4). Sağlık hizmetleri başvuran hastalarda tüm patolojiler arasında en sık rastalanan tanılar arasında depresyon ilk sırayı almaktadır (4,5). Ülkemizde, DSÖ ile birlikte yürütülen bir çalışmada sağlık merkezlerine başvuran hastaların %11,6'sında depresyon görülmüş olup bu oran üst solunum yolu enfeksiyonundan (ÜSYE) sonraki en sık 2. tanı olmuştur (6).

Depresyon tanısında literatürde birçok ölçek bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Beck depresyon ölçeğidir. Beck depreson ölçeği kişilerde depresyon riskini saptamak ve depresyonun şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. Toplamda 21 başlık ve her başlığın dört tane maddesi vardır. Kişilere cevapları kendilerine göre vermeleri istenerek doldurulur ve elde edilen puana göre depresyon sınıflandırması yapılmaktadır (7,8)

Sağlık sektörü hem fiziksel hem de zihinsel açıdan oldukça yıpratıcı bir meslek grubudur. Sağlık çalışanları, iş yükünün artması, bazen yaşamsal tehtidler alabilecek görev ve sorumlulukları barındırması, uykusuzluk, malpraktis korkusu, iş ortamının hastalık bulaşma riskleri, hızlı olmak için zamanla yarışma ve olumsuz iş ilişkileri gibi birçok nedenden olumsuz olarak etkilenmektedir (9). Bu nedenle yoğun stress altında bulunan sağlık çalışanlarında azalmış savunma mekanizması patolojik nedenlere ulaşarak anksiyete, yüksek stress düzeyi, alkol kullanımı ve bağımlılığı ve depresyon gibi sorunları da beraberide getirmektedir. Bu durumun seyri hem sağlık çalışanlarının sağlığı hem de hasta bakım hizmetinde bozulmalara neden olmaktadır (10,11).

"Tıpta ve Diş Hekimliğinda Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği"ne göre tıp hekimliği uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman yetiştirmek amacıyla öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama yapmak amacıyla atanan tıp doktorları araştırma görevlisi olarak adlandırılmaktadır (12). Ülkemizde bu eğitim usta-çırak ilişkisine dayanmakta ve geçmişten gelen hiyerarşik düzene oldukta bağlı olarak devam etmektedir. Bu düzende en alt basamakta bulunan araştırma görevlisi doktorlar sağlıksız fiziksel çalışma koşulları, daha uzun çalışma saatleri, yorucu uzun saatlere dayanan nöbetler, mobbing, nöbet sonrası izinlerin kullanılmaması, daha düşük ücretle çalışmak gibi birçok nedenden dolayı sağlık çalışanları içinde daha fazla miktarda strese maruz kalmaktadır (13).

Baş edilmeyen stres de tükenmişlik sendromunda da olduğu gibi depresyonun bir etyolojik nedenidir. Firth-Cozen ve ark. yaptıkları çalışmada, toplumda depresyon %15 kadar iken araştırma görevlisi doktorlarda bu oran %38'lerde, mezuniyetin 1. yılında hekimlerde depresyon sıklığının %28'lerde, sekizinci yılda ise %18'lerde saptandığı gözlemlenmiştir (14).

Çalışmamızda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlarda uygulanan Beck depresyon ölçeğiyle depresyon oranının ve nedenlerinin tespit edilmesi amaçlandı.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun

2.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, bazen özkıyım (suicidal) düşüncelerin ve sonucunda ölümün görülebileceği, uyku, cinsel istek ve iştahta fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (1).

Depresyon kelime kökeni olarak "depress" olup, Latince'de "depressus"tan gelmektedir. İlk olarak eski Yunan'da Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat, vücutta insan duygu ve davranışlarıyla ilgili olarak dört madde olduğunu; bunların kan, sarı safra, kara safra ve lenf olduğu ve kara safrayla lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoya ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (15).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

DSÖ, depresyonun dünyada en acil sağlık sorunları arasında 4. sırada yer aldığını belirtmiştir (16). Her beş kadından biri ve her on erkekten biri hayatının bir evresinde depresif yakınmalar yakalamaktadır (15). Son 50 yılda yapılan çalışmalara bakıldığında depresyon hastalarında cinsiyet arasında farkın kapandığı düşünülmektedir. Kadınlarda 35-45 yaş arasında depresyon daha sık görülürken; erkeklerde 55 yaş üstünde depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (17).

Depresyonun hayat boyu görülme oranı %5-25 arasında iken, ülkemizde sıklığı %10-20 arasında görülmektedir (18-20).Yapılan bir çalışmada depresyonun sağlık çalışanlarında normal topluma göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (21,22). DSÖ'ne göre birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuruda ÜSYE'den sonra en sık görülen patolojinin depresyon olduğunu belirtmiştir (6).

Firth-Cozen ve ark. yaptıkları çalışmada, toplumda depresyon %15 kadar iken araştırma görevlisi doktorlarda bu oran %38'lerde, mezuniyetin 1. yılında hekimlerde depresyon sıklığının %28'lerde, sekizinci yılda ise %18'lerde saptandığı gözlemlenmiştir (14). Weiner ve ark'nın yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin yarısında depresyonun

görüldüğü; en fazla oranda da kadın psikiyatristlerde depresyonun görüldüğü belirtilmiştir (23,24).

2.1.3. Depresyonun Tanı Kriterleri

Psikiyatrik hastalıklarda tanılar için DSM kriterleri kullanılmaktadır. En son tanı algoritmaları DSM-V olarak güncellenmiştir.

DSM-V'e göre Major Depresyon Bozuklukları Tanı Ölçütleri

A- İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir:

1- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum

2- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması,

3- Kilo alımı ya da kilo kaybı

4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması

8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen özkıyım düşünceleri ve özkıyıma yönelik tasarılarının olması

B- Karma atak dışlanmalıdır.

C- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır.

D- Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri dışlanmalıdır

E- Yas'a bağlı durum dışlanmalıdır (25).

2.1.4. Depresyonun Sınıflandırması

Literatürde DSM V ve ICD10'a göre sınıflandırma yapılmıştır.

DSM V'e göre depresyon sınıflandırmasında (26);

1. Yıkıcı duygudurum regülasyon bozuklukları
2. Majör depresif bozukluk- tek atak
3. Majör depresif bozukluk-tekrarlayıcı atak
4. İnatçı depresif bozukluk
5. Premenstrüel disforik bozukluk
6. Madde ve ilaç etkisine bağlı depresif bozukluk
7. Tibbi duruma bağlı depresif bozukluk
8. Başka belirlenmiş depresif bozukluk
9. Belirlenmemiş depresif bozukluk

ICD 10 koduna göre depresyon sınıflandırması;

1. Depresif nöbet
2. Tekrarlayıcı depresif bozukluk
3. Süreğen duygudurum bozukluk
4. Başka duygudurum bozukluğu
5. Belirlenmemiş duygudurum bozukluğu

a. Yıkıcı duygudurum regülasyon bozuklukları

Sıklıkla 10 yaşından önce başlar ve en az 1 yıl süre ile ortalama haftada 3 kez ve üzeri şekilde olan, sözel ya da davranışsal olarak içinde bulunduğu durumla bağdaşmayacak şekilde olan ağır ve tekrarlayıcı öfke patlamaları ile seyreden ruhsal bir rahatsızlıktır.

b. Majör depresif bozukluk

Birbirini takip eden 2 haftalık aralık süreçte neredeyse her günün büyük bir kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az 5 tanesinin bulunmasıdır. Bu beş semptomdan biri mutlaka depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır. Bulguların tamamlandıkları dönem bir ilaç/maddenin etkisinde ya da tıbbi bir duruma bağlı olmaması gerekmektedir.

- Depresif ruh hali - üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi (Bu durum kişi tarafından olduğu gibi başkaları tarafından da gözlenebilir.)

- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Düşük enerji, bitkinlik, içsel güç yoksunluğu veya yokluğu
- Konsantrasyon bozulma, karasızlık
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri, intihar denemesi
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği (1 ay içerisinde kiloda %5 artma veya azalma gözlenebilir.)
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon (27).

Fakat belirtiler ağır ise yukarıdaki 9 semptomdan en az 5 tanesinin olması ve bunlardan birinin zevk alamama veya çökkünlük olması koşuluyla 1 haftalık süreçte görülmesiyle de tanı konulabilmektedir. Tanı sadece duygudurumuna göre konulmaz. Tanı konulurken kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozması gerekmektedir. Depresyon tablosu çok geniş bir belirti yelpazesi içermektedir. Endişe durumunun hakim olması halinde hastalar agresiv ve olağandışı huzursuz hissederler. Korkunç bir şey olabileceğini düşündükleri için beklenti aksiyetesi de olaşabilmektedir. Melankolik durumunun daha belirgin olduğu hallerde hastalar neredeyse yaptıkları tüm işlerden hatta zevk verici uyaranlardan dahi zevk almazlar. Umutsuz, aşırı ve uygunsuz suçluluk duygusu veya sabah erken uyanışlar, belirgin gerilik ve ajitasyon, belirgin anoreksiya veya kilo kaybı yaşayabilirler. Atipik depresyonda ters vejetatif belirtiler ortaya çıkabilir. Bunlar içinde kilo alma, aşırı uyuma ve artan iştah sayılabilir (28).

Katotonik tipte hastalar ciddi psikomotor gerilik ve aşırı amaçsız faliyetler gösterirler. Peripardum dönemde başlayan majör depresyonda ise gebelik ya da postpartum 4.hf'dan sonra başlar. Psikotik durumlar gözlenebilir. Özellikle bebeği öldürmek için halüsinasyonlar ve sanrılar olduğu görülür. Depresyon mevsimsel değişiklik gösterebilir. Depresif ataklar özellikle yılın sonbahar ve kış mevsiminde görülmektedir (27). Hafif-orta depresyonda ise intahar düşüncesi, halüsinasyonlar, gerçeği değerlendirme yetisinde kayıp ve hastane yatışı gerektirebilen durumunun olmaması ile belirlenebilmektedir.

c. Süregelen depresif bozukluk

Çökkün duygudurumun en az 2 yıllı sürede günün büyük kısmını alacak şekilde olmasıdır. Bu dönemlerde içsel enerji azlığı, iştahsızlık ya da aşırı yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, özgüven eksikliği ve konsantre olmama veya karar vermede güçlük ile kendini

gösterebilmekte olup bu süreç için bu belirtilerden en az 2 tanesinin bulunması gerekmektedir (29).

d. Premenstrüel disforik bozukluk

Semptomların luteal fazın son kısmında başlayıp, menstrüel dönemden 2-3 gün sonra sona erer ve bu dönem içerisinde çökkün duygudurum, aksiyete, emosyonel labilite ve ilgi kaybı ile ortaya çıkabilmektedir (29).

e. Madde ya da ilacın yol açtığı depresyon

Alkol ve madde bağımlılığında yoksunluklar depresyona sokabilmektedir. Madde kötüye kullanımı ve ilaçların etkisi ile oluşan belirgin ve inatçı çökkün duygudurumudur (29).

f. Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk

Malignite, romatolojik patolojiler, diyabet, nörolojik hastalıklar (inme gibi), demans, koroner arter hastalıkları, hipotrioidi, cushing hastalığı, santral sinir sistemi enfeksiyonları, B vitamin kompleks ve C vitamin eksikliği, wilson hastalığı, AİDS hastalığı, sistemik lupus hastalığı, böbrek yetmezliği ve porfiriya gibi tıbbi durumlar depresyona neden olabilmektedirler (29,30).

g. Başka bir belirlenmemiş depresif bozukluk

Diğer depresif bozuklukların belirtilerini taşımayan, ancak klinik olarak depresif bozukluk belirtileri bulunan ve ciddi anlamda işlevsellik bozukluğuna neden olan semptomlar kümesi, belirlenmemiş ya da tanımlanmamış depresif bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. Başka bir duygudurum bozukluğu için depresyon belirtilerinden en az dört tanesinin bulunması ve diğer depresyon sınıflarının özelliklerini taşımıyor olması gerekmektedir (29).

h. Belirlenmemiş depresif bozukluk

Tanımlanmamış depresif bozukluk, çeşitli ruh hali bozukluklarının semptomlarının bir kısmını veya tamamını sergileyen hastalıktır. Bu karıştırma durumu nedeniyle tanımlanmamış depresyonun tanısını daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenledir ki tanımlanmamış depresif bozukluğun tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Bu tanının en zor kısmı bir katogoriye sokulamamasıdır. Bu duygudurumunun şiddeti semptomların ağırlığı ile belirtilmektedir ki en ağırlaştırıcı semptom intahar düşüncesinin olmasıdır (29).

2.1.5. Depresyonda Risk Faktörleri

a. Yaş

Depresyon sıklıkla orta yaş sınıfında görülmektedir. Major depresyon 30-45 arasında sık görülmektedir. İleri yaşta depresyon sıklığının az olduğu yanlış kanının aksine, ileri yaşta depresyon sık görülmektedir. Majör depresyon ileri yaşta sık görülmemektedir (31).

b. Cinsiyet

Majör depresyon kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülmektedir. Orta yaşta bu durum böyle iken ileri yaşta cinsiyet farkı eşitlenmektedir (32).

c. Biyolojik etkenler

Menstrüel siklus, menapoz, hamilelik, doğum, hormon ve konstaseptik ilaçların etkileri gibi hormonal etkilerle ya da hormonal dalgalanma depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedirler. Ayrıca monoaminooksidaz seviyelerinin yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları daha fazla görülmektedir (31).

d. Psikolojik etkenler

Kadına toplum içinde biçilen rol, ona karşı verilen tepkiler, yaşanan stres ve bunlarla başa çıkmak için yaşadığı çaresizlik bu durumdan sorumlu tutulmaktadır (31).

e. Medeni durum

Depresyon boşanmış ya da ayrı yaşayan eşler arasında daha sık görülmektedir. Bekarlarda evlilere göre 2 kat fazla oranda depresyon görülmektedir. Evlilik durumuda cinsiyete göre değişiklik göstermekle birlikte kadınlarda evlilik depresyon riskini artırırken, evli erkeklerde depresyon riskini düşürmektedir. Evli erkeklerde depresyon için en yüksek risk taşıyan dönem boşanmadan sonraki 6 aydır (32).

f. Aile öyküsü ve genetik

Kişinin birinci derece akrabalarında majör depresyon öyküsü var ise, depresyon riski artmış demektir. Birinci derece dışında akrabalarında depresyon öyküsü mevcut ise erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyinde depresyon riski artmış bulunmuşltur (31,32). Aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlık söz konusu olduğu görülmüştür. İkizlerde yapılan çalışmalarda ise monozigot ikizlerin, dizigot ikizlere göre belirgin olarak depresyon riskini arttırdığı; ikizleri farklı ailelerin yetiştirmesinin bu oranı çok fazla etkilemediği görülmüştür. Bu durumların olması depresyonda genetik etkenlerin rol oynayabildiğini bize göstermektedir. Bunun yanı sıra depresif bozuklukların kalıtım şekli ve

genetik etkenlerin çevresel etkenler ile nasıl etkileşim içinde bulunduğu günümüzde net olarak ortaya konamamıştır (33,34).

g. Erken dönem çocukluk dönemleri

Yapılan araştırmalarda anne ve babanın gösterdiği ve süreklilik arz eden sevgi durumunun depresyonu önlediği; ailelerden erken yaşta ayrılmanın ya da ebeveyn kayıplarının depresyon riskini arttırdığını ya da anne babanın ayrılmasının depresyon için ciddi risk oluşturduğu görülmüştür. Yaşamn 2. 6 aylık döneminde annesinden ayrı kalana bebeklerde depresif bulguların ortaya çıktığı görülmüştür. Kişiyi şekillendiren dönemlerde ortya çıkan ayrılık ya da ebeveyn kayıplarının ya çocukta depresyon gelişimini oluşturacak ya da ilkel savunma taktiklerini kullanıp depresyondan korunabileceğinden bahsetmektedir (32).

h. Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri

Olumsuz yaşam şartları kişilerde tek başına değilde genetik, biyolojik veya psişik olan yaşam durumlarının bulunası depresyon oluşumuna katkıda bulunabilmektedir. Birçok kişi çok kötü olumsuz yaşam olayları karşısında sakinliğini korumakta ve depresif bozukluk yaşamamaktadır (33). Çalışma hayatındaki olumuzluklar da bir bireyin verimini, sağlığını ve sosyal yaşam beklentisini etkilemektedir (35). Yaşanan olaylarda kendisinden çok, o olayın kişi tarafından nasıl algılandığı da önemlidir. Yapılan çalışmalar etkisi kendisinden uzun süren olayların depresyon için tetkikleyici bir etken olduğunu ileri sürerken, kısa süreli olayların depresyon oluşturma durumuna etki etmediğini söylemişlerdir (31).

i. Sosyoekonomik durum ve sosyal destek

Literatürde yoksul kişilerde depresyon durumunun normalin 2 katı daha fazla görüldüğü; kentlerde ve işsizlerde 3 kat fazla görüldüğü belirtilmiştir (31,32).

2.1.6. Depresyonda Tedavi Yaklaşımları

A. İlaç Tedavileri

a. SSRI (Selektif Seretonin Reuptake İnhibitörleri)

Kolay tolere edilebilmesi, yan etkilerinin az olması ve terapötik aralıklarının geniş olmasından dolayı ilk tercih edilen ilaç grubudur. Kronik hastalıklardaki depresyon için daha fazla oranda tercih edilmeye başlanmıştır (36,37).

b. TSA (trisiklik antidepresanlar)

Depresyon tedavilerinde alternatif tedavilerden biridir. Bunun yanında antikolinerjik (ağız kuruması, idrar yapamama, bulanık görme gibi), alfa blokör etkileri (ortostatik

hipotansiyon gibi), sedasyon ve antikolinerjik yan etkileri bulunmaktadır. Bu yüzden dozlarda sınırlamalar gerekmektedir (36).

c. Bupropion

Psikomotor retardasyonun belirgin olduğu depresif bozukluklarda tercih edilebilmektedirler.

d. Venlafaksin

Ağrının eşlik ettiği depresif bozukluk hastalarında kullanılabilmektedir (36).

e. Mirtezapin

Bedensel patolojileri olan depresif hastalarda kullanılmaktadır (38).

f. Trazodon/ Nefazodon

Yan etkilerinin az olması nedeniyle avantajlıdır. Uykusuzluğun eşlik ettiği depresif hastalarda tercih edilebilmektedirler (36,38).

g. MAO (Monoaminoksidaz) inhibitörleri

Aşırı uyuma ve artmış iştahı olan atipik depresif bozukluklarda tercih edilebilir (36). Maklobemid, kronik yorgunluk olan hastalarda, yorgunluk tedavisinde olumlu etkileri bulunmuştur (39,40).

B. Elektrokonvülzif tedavi

Medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda alternatif tedavi seçeneğidir. Oldukça etkili bir tedavi metodudur. Suicid riski yüksek olan hastalarda, sıvı ve elektrolit bozukluğu oluşmuş yeme ve içme bozukluğunun görüldüğü hastalarda etkindir (36,38).

C. Psikoterapi

Probleme odaklı psikoterapi, bilişsel daranış ve grup terapileri yapılmaktadır (36). Psikoterapötik yaklaşımların, kronik hastalarda görülen depresyonda olumlu etkiler görülmektedir. Maligniteler, diyabetes mellitüs, hipertansiyon ve romatolojik hastalıklarda bu yöntem uygulanmış ve faydalı etkileri bulunmuştur (41). Bir çalışmada gösterilmektedir ki psikoterapilerin medikal tedaviler ile birlikte uygulanması daha etkili ve faydalı bulunmuştur (42).

2.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve ark.'ları tarafından 1961 yılında adolesan ve erişkinlerin depresyon bulgularını ölçmek amacıyla bu ölçek geliştirilmiştir (43). Envanter depresyonu

tanımlayabilmekte, şiddetini ölçebilmekte ve tedavi sonucunda göre değişikliği değerlendirmede kullanılabilmektedir. Ülkemizde 1989 yılında Hisli tarafından güvenirliği ve geçerliliği yapılmış olup; esasen klinisyenin yüksek seste okuyarak uygulayacağı bir stilde tasarlanmıştır (44). Fakat bu uygulama yerine kişinin kendi kendini değerlendirebileceği bir uygulamada yer bulmuştur. Beck depresyon envanteri hem fiziksel hem de duygusal açıdan depresyonu tespit ederek doğru teşhis yapmamıza olanak sağlamaktadır. İçinde barındırdığı 21 cümle hem duygu hem de somatik değerlendirmeyi içinde barındırmaktadır. Duygu alt ölçeğinde kötümserlik, geçmiş başarısızlık ve hatalar, suçluluk duyguları, cezalandırma ve kendini beğenmezlik duyguları, kendini eleştirme, intahar düşünceleri ve değersizlik hissini incelemektedir. Somatik kolda ise üzüntü, haz ve ilgi kaybı, ağlama ve ajitasyon, iştah, enerji ve uykuda azalma, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk ve cinsel istekte azalmayı incelemektedir. Depresyonla ilişkili olan bu durumlar sorularda bir cümle olarak tanımlanır ve her soru 0-3 puan arası değer almaktadır. Sonuçlar değerlendirilirken de; 0-10 puan normal; 11-16 puan hafif duygudurum bozukluğu; 17-20 puan sınırda klinik depresyon; 21-30 puan orta düzeyde depresyon; 31-40 puan ağır düzeyde depresyon ve 40 puan üzerinde çok ağır depresyon olarak puanlanmaktadır. Testin 15 dk içinde cevaplanması istenmektedir (45).

3-GEREÇ VE YÖNTEM

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 23.05.2019 tarihli 2019-GOKAE-0979 protokol no.'lu etik kurulu onayı (Ek-1) alındıktan sonra başlanan çalışmamızda 15 Mayıs 2019 ile 15 Haziran 2019 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemi uygulandı.

Katılımcılar; hastanemizde belirtilen tarihlerde araştırma görevlisi doktor olarak çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcılar ile yüz yüze görüşme yoluyla çalışma hakkında bilgilendirme yapılıp çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar dahil edildi ve gönüllü olur formu okutulup imzalatıldı. Bu çalışmaya gönüllü katılımı kabul eden toplam 141 kişi ile çalışma gerçekleştirildi.

Sonrasında, oluşturulan anket formlarını (Ek-2) doldurmaları istendi. Elde edilen anket verileri istatistiksel analiz yapıldıktan sonrası tez yazımına geçildi.

Veri Toplama

Beck depresyon envanteri (Ek-2): Ölçeğin özgün formu Beck ve ark. (43) tarafından hazırlanmıştır. Beck depresyon envanterinin iki versiyonu mevcuttur. Bir tanesi 1961 diğeri ise 1978 yılında yapılan iki düzenleme de Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Hisli ve ark. (44) tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bu ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Hastalardan son 1 haftadaki duygudurumlarına uygun şıkkın işaretlenmesi istenmektedir. Hastalar en fazla 63 puan almaktadır ve bu test 15 yaş üstü tüm hastalara uygulanabilir. Bazı çalışmalar 17 ve üzeri puan alanlara depresyon tanısı konulabileceğini belirtirken, bazı çalışma sonuçlarında da hastalarda tarama amaçlı kullanıldığında 10 puan ve üzeri skora sahip hastalarda hafif depresyon görüleceği belirtilmiştir (43).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Anket verilerinin değerlendirilmesi 10240642 lisans numaralı SPSS For Windows 20.0 paket (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirilmiştir. İstatistik analizinde frekans testi, Ki- kare testi ve Mann Withney U, Fisher's Exact test ve Kruskal Wallis H analizleri uygulanmış ve istatistik anlamlılık düzeyi "$p<0,05$" kabul edilmiştir.

4-BULGULAR

İncelemeye alınan erkek ve kadın olguların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 1).

Tablo 1 Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

			Yaş		Z	p
Cinsiyet	n	%	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Erkek	80	57,5	29,1±4,59	28 (24-54)	-0,559	0,576
Kadın	61	42,5	28,25±2,31	28 (25-34)		
Dahili bilimler	109	77,3	28,85±4,14	28 (24-54)		0,486
Cerrahi bilimler	32	32,7	28,31±2,16	28 (25-36)		
Total	141	100	28,73±3,79	28 (24-54)		

Mann Whitney u analizi

Olguların tanımlayıcı verilerinin frekans dağılımları **Tablo 2 ve 3**'te verildi.

Tablo 2 Olguların sürekli değişkenleri ortalama dağılımı

	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)
Çocuk sayısı	1,35±0,61	1 (1-3)
Asistanlık yılı	2,26±1,3	2 (0-5)
Meslek yılı	4,26±3,94	4 (1-31)
Nöbet sayısı	7,3±2,38	8 (2-11)
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	0,99±1,01	1 (0-4)

Tablo 3 Olguların kategorik değişkenleri dağılımı

		n	%
Depresyon tipi	Normal	85	60,3
	Hafif Depresyon	36	25,5
	Orta Depresyon	15	10,6
	Ağır Depresyon	5	3,5
Medeni hal	Evli	62	44,0
	Bekar	79	56,0
Eşinin mesleği	Yok	78	55,3
	Doktor	37	26,2
	Diğer	26	18,4
Çocuk	Yok	124	87,9
	Var	17	12,1
Branş	Dahili	72	51,1
	Acil	34	24,1
	Cerrahi	35	24,8

Nöbet ertesi off	Yok	109	77,3
	Var	32	22,7

Tablo 3'ün Devamı:

		n	%
Sigara	Yok	82	58,2
	Var	59	41,8
Alkol	Yok	44	31,2
	Var	97	68,8
Sosyal medya	Yok	13	9,2
	Var	128	90,8
Sosyal aktivite	Yok	7	5,0
	Var	134	95,0
Sosyal aktivite sıklığı	Haftada 1	59	41,8
	Haftada 2	22	15,6
	Haftada 3	60	42,6
Obezite	Yok	132	93,6
	Var	9	6,4
Kronik hastalık	Yok	126	89,4
	Var	15	10,6
Psikiyatrik hastalık	Yok	137	97,2
	Var	4	2,8
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	129	91,5
	Var	12	8,5
Branş memnuniyeti	Yok	35	24,8
	Var	106	75,2
Meslek memnuniyeti	Yok	60	42,6
	Var	81	57,4
Branş değiştirme isteği	Yok	109	77,3
	Var	32	22,7
Meslek değiştirme isteği	Yok	92	65,2
	Var	49	34,8
Gelir memnuniyeti	Yok	101	71,6
	Var	40	28,4
Fiyat performans memnuniyeti	Yok	121	85,8
	Var	20	14,2
Evcil hayvan varlığı	Yok	118	83,7
	Var	23	16,3
Yaşadığı ev	Kendisinin	25	17,7
	Kira	116	82,3
Ulaşım	Araba	80	56,7
	Diğer	61	43,3
Kredi ödeme	Yok	67	47,5
	Var	74	52,5

Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon tipleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 4 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon tipleri dağılımı

		Depresyon tipi								X^2	p
		Normal		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Ağır Depresyon			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	54	67,5	17	21,3	6	7,5	3	3,8	4,720	0,188
	Kadın	31	50,8	19	31,1	9	14,8	2	3,3		
Medeni hal	Evli	36	58,1	20	32,3	6	9,7	-	-	5,895	0,107
	Bekar	49	62,0	16	20,3	9	11,4	5	6,3		
Eşinin mesleği	Yok	48	61,5	16	20,5	9	11,5	5	6,4	4,970	0,528
	Doktor	22	59,5	12	32,4	3	8,1	-	-		
	Diğer	15	57,7	8	30,8	3	11,5	-	-		
Çocuk	Yok	76	61,3	30	24,2	13	10,5	5	4,0	1,303	0,727
	Var	9	52,9	6	35,3	2	11,8	-	-		
Branş	Dahili	49	68,1	16	22,2	6	8,3	1	1,4	6,504	0,337
	Acil	19	55,9	10	29,4	4	11,8	1	2,9		
	Cerrahi	17	48,6	10	28,6	5	14,3	3	8,6		
Nöbet ertesi off	Yok	67	61,5	27	24,8	11	10,1	4	3,7	0,645	0,909
	Var	18	56,3	9	28,1	4	12,5	1	3,1		
Sigara	Yok	56	68,3	17	20,7	8	9,8	1	1,2	6,832	0,069
	Var	29	49,2	19	32,2	7	11,9	4	6,8		
Alkol	Yok	29	65,9	13	29,5	2	4,5	-	-	4,759	0,181
	Var	56	57,7	23	23,7	13	13,4	5	5,2		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı

		Depresyon tipi								X^2	p
		Normal		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Ağır Depresyon			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sosyal medya	Yok	8	61,5	4	30,8	1	7,7	-	-	0,378	0,942
	Var	77	60,2	32	25,0	14	10,9	5	3,9		
Sosyal aktivite	Yok	3	42,9	2	28,6	1	14,3	1	14,3	3,655	0,216
	Var	82	61,2	34	25,4	14	10,4	4	3,0		
Sosyal aktivite sıklığı	Haftada 1	35	59,3	16	27,1	7	11,9	1	1,7	9,469	0,119
	Haftada 2	9	40,9	6	27,3	5	22,7	2	9,1		
	Haftada 3	41	68,3	14	23,3	3	5,0	2	3,3		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon tipleri dağılımı incelendiğinde; Kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon tipleri dağılımı

		Depresyon tipi								X^2	p
		Normal		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Ağır Depresyon			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Obezite	Yok	82	62,1	33	25,0	13	9,8	4	3,0	5,222	0,108
	Var	3	33,3	3	33,3	2	22,2	1	11,1		
Kronik hastalık	Yok	78	61,9	34	27,0	11	8,7	3	2,4	8,698	***0,020***
	Var	7	46,7	2	13,3	4	26,7	2	13,3		
Psikiyatrik hastalık	Yok	85	62,0	33	24,1	14	10,2	5	3,6	7,850	***0,036***
	Var	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-		
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	81	62,8	31	24,0	12	9,3	5	3,9	5,620	0,112
	Var	4	33,3	5	41,7	3	25,0	-	-		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon tipleri dağılımı incelendiğinde;

Fiyat performans memnuniyeti dışında tüm değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon tipleri dağılımı

		Depresyon tipi								X^2	p
		Normal		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Ağır Depresyon			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Branş memnuniyeti	Yok	10	28,6	15	42,9	7	20,0	3	8,6	20,473	***0,000***
	Var	75	70,8	21	19,8	8	7,5	2	1,9		
Meslek memnuniyeti	Yok	25	41,7	22	36,7	10	16,7	3	5,0	15,260	***0,001***
	Var	60	74,1	14	17,3	5	6,2	2	2,5		
Branş değiştirme isteği	Yok	76	69,7	22	20,2	10	9,2	1	0,9	21,455	***0,000***
	Var	9	28,1	14	43,8	5	15,6	4	12,5		
Meslek değiştirme isteği	Yok	65	70,7	19	20,7	7	7,6	1	1,1	13,695	***0,002***
	Var	20	40,8	17	34,7	8	16,3	4	8,2		
Gelir memnuniyeti	Yok	52	51,5	33	32,7	12	11,9	4	4,0	12,951	***0,003***
	Var	33	82,5	3	7,5	3	7,5	1	2,5		
Fiyat performans memnuniyeti	Yok	69	57,0	34	28,1	14	11,6	4	3,3	4,525	0,171
	Var	16	80,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı incelendiğinde;

Kredi ödeme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon tipleri dağılımı

		Depresyon tipi								X^2	p
		Normal		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Ağır Depresyon			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Evcil hayvan varlığı	Yok	74	62,7	30	25,4	10	8,5	4	3,4	4,118	0,218
	Var	11	47,8	6	26,1	5	21,7	1	4,3		
Yaşadığı ev	Kendisinin	17	68,0	7	28,0	1	4,0	-	-	1,870	0,592
	Kira	68	58,6	29	25,0	14	12,1	5	4,3		
Ulaşım	Araba	51	63,8	18	22,5	9	11,3	2	2,5	1,768	0,636
	Diğer	34	55,7	18	29,5	6	9,8	3	4,9		
Kredi ödeme	Yok	47	70,1	15	22,4	5	7,5	-	-	8,090	***0,035***
	Var	38	51,4	21	28,4	10	13,5	5	6,8		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon oranları dağılımı incelendiğinde;

Cinsiyet ve sigara kullanım oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon oranları dağılımı

		Depresyon tipi				X^2	p
		Normal		Depresif			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	54	67,5	26	32,5	4,022	***0,045***
	Kadın	31	50,8	30	49,2		
Medeni hal	Evli	36	58,1	26	41,9	0,228	0,633
	Bekar	49	62,0	30	38,0		
Eşinin mesleği	Yok	48	61,5	30	38,5	0,135	0,935
	Doktor	22	59,5	15	40,5		
	Diğer	15	57,7	11	42,3		
Çocuk	Yok	76	61,3	48	38,7	0,435	0,509
	Var	9	52,9	8	47,1		
Branş	Dahili	49	68,1	23	31,9	4,097	0,129
	Acil	19	55,9	15	44,1		
	Cerrahi	17	48,6	18	51,4		
Nöbet ertesi off	Yok	67	61,5	42	38,5	0,281	0,596
	Var	18	56,3	14	43,8		
Sigara	Yok	56	68,3	26	31,7	5,250	***0,022***
	Var	29	49,2	30	50,8		
Alkol	Yok	29	65,9	15	34,1	0,845	0,358
	Var	56	57,7	41	42,3		

Pearson Chi-square, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon oranları dağılımı

		Depresyon tipi				X^2	p
		Normal		Depresif			
		n	%	n	%		
Sosyal medya	Yok	8	61,5	5	38,5	0,009	0,923
	Var	77	60,2	51	39,8		
Sosyal aktivite	Yok	3	42,9	4	57,1	0,934	0,334
	Var	82	61,2	52	38,8		
Sosyal aktivite sıklığı	Haftada 1	35	59,3	24	40,7	5,096	0,078
	Haftada 2	9	40,9	13	59,1		
	Haftada 3	41	68,3	19	31,7		

Pearson Chi-square, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon oranları dağılımı incelendiğinde; psikiyatrik hastalık oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon oranları dağılımı

		Depresyon tipi				X^2	p
		Normal		Depresif			
		n	%	n	%		
Obezite	Yok	82	62,1	50	37,9	2,916	0,155
	Var	3	33,3	6	66,7		
Kronik hastalık	Yok	78	61,9	48	38,1	1,300	0,254
	Var	7	46,7	8	53,3		
Psikiyatrik hastalık	Yok	85	62,0	52	38,0	6,249	***0,023***
	Var	-	-	4	100,0		
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	81	62,8	48	37,2	3,979	0,064
	Var	4	33,3	8	66,7		

Pearson Chi-square, Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon oranları dağılımı incelendiğinde;

Fiyat performans memnuniyeti dışında tüm değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon oranları dağılımı

		Depresyon tipi				X^2	p
		Normal		Depresif			
		n	%	n	%		
Branş memnuniyeti	Yok	10	28,6	25	71,4	19,555	***0,000***
	Var	75	70,8	31	29,2		
Meslek memnuniyeti	Yok	25	41,7	35	58,3	15,119	***0,000***
	Var	60	74,1	21	25,9		
Branş değiştirme isteği	Yok	76	69,7	33	30,3	17,880	***0,000***
	Var	9	28,1	23	71,9		
Meslek değiştirme isteği	Yok	65	70,7	27	29,3	11,887	***0,001***
	Var	20	40,8	29	59,2		
Gelir memnuniyeti	Yok	52	51,5	49	48,5	11,512	***0,001***
	Var	33	82,5	7	17,5		
Fiyat performans memnuniyeti	Yok	69	57,0	52	43,0	3,784	0,052
	Var	16	80,0	4	20,0		

Pearson Chi-square, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon oranları dağılımı incelendiğinde;

Kredi ödeme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon oranları dağılımı

		Depresyon tipi				X^2	p
		Normal		Depresif			
		n	%	n	%		
Evcil hayvan varlığı	Yok	74	62,7	44	37,3	1,781	0,182
	Var	11	47,8	12	52,2		
Yaşadığı ev	Kendisinin	17	68,0	8	32,0	0,756	0,385
	Kira	68	58,6	48	41,4		
Ulaşım	Araba	51	63,8	29	36,3	0,928	0,335
	Diğer	34	55,7	27	44,3		
Kredi ödeme	Yok	47	70,1	20	29,9	5,190	***0,023***
	Var	38	51,4	36	48,6		

Pearson Chi-square, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı incelendiğinde;

Alkol kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14 Olguların tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı

		Depresyon				X^2	p
		Hafif		Orta-Ağır			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	17	65,4	9	34,6	0,026	0,873
	Kadın	19	63,3	11	36,7		
Medeni hal	Evli	20	76,9	6	23,1	3,376	0,066
	Bekar	16	53,3	14	46,7		
Eşinin mesleği	Yok	16	53,3	14	46,7	3,338	0,192
	Doktor	12	80,0	3	20,0		
	Diğer	8	72,7	3	27,3		
Çocuk	Yok	30	62,5	18	37,5	0,467	0,697
	Var	6	75,0	2	25,0		
Branş	Dahili	16	69,6	7	30,4	0,914	0,633
	Acil	10	66,7	5	33,3		
	Cerrahi	10	55,6	8	44,4		
Nöbet ertesi off	Yok	27	64,3	15	35,7	0,000	1,000
	Var	9	64,3	5	35,7		
Sigara	Yok	17	65,4	9	34,6	0,026	0,873
	Var	19	63,3	11	36,7		
Alkol	Yok	13	86,7	2	13,3	4,470	***0,034***
	Var	23	56,1	18	43,9		

Pearson Chi-square, Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15 Olguların sosyal medya durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı

		Depresyon				X^2	p
		Hafif		Orta-Ağır			
		n	%	n	%		
Sosyal medya	Yok	4	80,0	1	20,0	0,591	0,645
	Var	32	62,7	19	37,3		
Sosyal aktivite	Yok	2	50,0	2	50,0	0,383	0,611
	Var	34	65,4	18	34,6		
Sosyal aktivite sıklığı	Haftada 1	16	66,7	8	33,3	2,566	0,290
	Haftada 2	6	46,2	7	53,8		
	Haftada 3	14	73,7	5	26,3		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon **şiddetleri** dağılımı incelendiğinde; Kronik hastalık oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16 Olguların obezite, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı

		Depresyon				X^2	p
		Hafif		Orta-Ağır			
		n	%	n	%		
Obezite	Yok	33	66,0	17	34,0	0,597	0,655
	Var	3	50,0	3	50,0		
Kronik hastalık	Yok	34	70,8	14	29,2	6,274	***0,019***
	Var	2	25,0	6	75,0		
Psikiyatrik hastalık	Yok	33	63,5	19	36,5	0,215	1,000
	Var	3	75,0	1	25,0		
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	31	64,6	17	35,4	0,013	1,000
	Var	5	62,5	3	37,5		

Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 17 Olguların branş, meslek, gelir, fiyat performans memnuniyetleri ile branş ve meslek değiştirme isteklerine göre depresyon şiddetleri dağılımı

		Depresyon				X^2	p
		Hafif		Orta-Ağır			
		n	%	n	%		
Branş memnuniyeti	Yok	15	60,0	10	40,0	0,361	0,548
	Var	21	67,7	10	32,3		
Meslek memnuniyeti	Yok	22	62,9	13	37,1	0,083	0,773
	Var	14	66,7	7	33,3		
Branş değiştirme isteği	Yok	22	66,7	11	33,3	0,198	0,656
	Var	14	60,9	9	39,1		
Meslek değiştirme isteği	Yok	19	70,4	8	29,6	0,841	0,359
	Var	17	58,6	12	41,4		
Gelir memnuniyeti	Yok	33	67,3	16	32,7	1,600	0,234
	Var	3	42,9	4	57,1		
Fiyat performans memnuniyeti	Yok	34	65,4	18	34,6	0,383	0,611
	Var	2	50,0	2	50,0		

Pearson Chi-square, Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18 Olguların evcil hayvan varlığı, yaşadıkları ev, ulaşım ve kredi ödeme durumlarına göre depresyon şiddetleri dağılımı

		Depresyon				X^2	p
		Hafif		Orta-Ağır			
		n	%	n	%		
Evcil hayvan varlığı	Yok	30	68,2	14	31,8	1,358	0,313
	Var	6	50,0	6	50,0		
Yaşadığı ev	Kendisinin	7	87,5	1	12,5	2,191	0,236
	Kira	29	60,4	19	39,6		
Ulaşım	Araba	18	62,1	11	37,9	0,129	0,720
	Diğer	18	66,7	9	33,3		
Kredi ödeme	Yok	15	75,0	5	25,0	1,556	0,212
	Var	21	58,3	15	41,7		

Pearson Chi-square, Fisher's Exact test, Satır yüzdesi kullanıldı

Olguların depresyon tiplerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet saysı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı incelendiğinde;

Çocuk sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney u analizinde; depresyon tipi "normal" olguların çocuk sayıları, depresyon tipi "orta" olguların çocuk sayılarından istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu (p<0,0167).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 19).

Tablo 19 Olguların depresyon tiplerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet sayısı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı

	Depresyon tipi	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X^2	p
Yaş	Normal	28,28±3,12	28 (24-44)	7,696	0,053
	Hafif Depresyon	29,08±3,48	28 (26-45)		
	Orta Depresyon	29,87±7,08	28 (25-54)		
	Ağır Depresyon	30,4±1,67	30 (28-32)		
Çocuk sayısı	Normal	1,33±0,5	1 (1-2)	7,931	***0,019***
	Hafif Depresyon	1±0	1 (1-1)		
	Orta Depresyon	2,5±0,71	2,5 (2-3)		
	Ağır Depresyon	-	-		
Asistanlık yılı	Normal	2,14±1,28	2 (0-5)	1,724	0,632
	Hafif Depresyon	2,47±1,28	2,5 (1-5)		
	Orta Depresyon	2,4±1,45	2 (1-5)		
	Ağır Depresyon	2,4±1,34	3 (1-4)		
Meslek yılı	Normal	3,79±2,85	3 (1-16)	3,562	0,313
	Hafif Depresyon	4,64±4,37	4 (1-27)		
	Orta Depresyon	5,93±7,28	4 (1-31)		
	Ağır Depresyon	4,6±1,82	4 (3-7)		
Nöbet sayısı	Normal	7,09±2,45	7 (2-11)	2,101	0,552
	Hafif Depresyon	7,72±2,08	8 (4-11)		
	Orta Depresyon	7,6±2,5	8 (2-11)		
	Ağır Depresyon	7±2,92	8 (3-10)		
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	Normal	1±1,09	1 (0-4)	2,554	0,466
	Hafif Depresyon	1,03±0,84	1 (0-3)		
	Orta Depresyon	1±1	1 (0-4)		
	Ağır Depresyon	0,4±0,55	0 (0-1)		

Kruskal Wallis H analizi

Olguların depresyon şiddetlerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet saysı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı incelendiğinde;

Depresyon şiddeti "normal" olguların çocuk sayıları, depresyon şiddeti "orta-ağır" olguların çocuk sayılarından istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Olguların depresyon durumlarına göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet saysı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı incelendiğinde;

Depresyon tipi "normal" olguların yaşları, depresif olguların yaşlarından istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 20 Olguların depresyon şiddetlerine göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet sayısı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı

	Depresyon	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Yaş	Hafif	29,08±3,48	28 (26-45)	-0,311	0,756
	Orta-Ağır	30±6,13	29 (25-54)		
Çocuk sayısı	Hafif	1±0	1 (1-1)	-2,619	***0,009***
	Orta-Ağır	2,5±0,71	2,5 (2-3)		
Asistanlık yılı	Hafif	2,47±1,28	2,5 (1-5)	-0,319	0,749
	Orta-Ağır	2,4±1,39	2,5 (1-5)		
Meslek yılı	Hafif	4,64±4,37	4 (1-27)	-0,677	0,499
	Orta-Ağır	5,6±6,34	4 (1-31)		
Nöbet sayısı	Hafif	7,72±2,08	8 (4-11)	-0,216	0,829
	Orta-Ağır	7,45±2,54	8 (2-11)		
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	Hafif	1,03±0,84	1 (0-3)	-1,024	0,306
	Orta-Ağır	0,85±0,93	1 (0-4)		

Mann Whitney U analizi

Tablo 21 Olguların depresyon durumlarına göre yaş, çocuk sayısı, asistanlık yılı, meslek yılı, nöbet sayısı ve aynı evde yaşadığı kişilerin ortalama dağılımı

	Depresyon	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Yaş	Normal	28,28±3,12	28 (24-44)	-2,062	***0,039***
	Depresif	29,41±4,57	28 (25-54)		
Çocuk sayısı	Normal	1,33±0,5	1 (1-2)	-0,181	0,857
	Depresif	1,38±0,74	1 (1-3)		
Asistanlık yılı	Normal	2,14±1,28	2 (0-5)	-1,268	0,205
	Depresif	2,45±1,31	2,5 (1-5)		
Meslek yılı	Normal	3,79±2,85	3 (1-16)	-1,741	0,082
	Depresif	4,98±5,12	4 (1-31)		
Nöbet sayısı	Normal	7,09±2,45	7 (2-11)	-1,370	0,171
	Depresif	7,63±2,24	8 (2-11)		
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	Normal	1±1,09	1 (0-4)	-0,388	0,698
	Depresif	0,96±0,87	1 (0-4)		

Mann Whitney U analizi

Branşlar arasında depresyon varlığı Tablo 22'de olduğu gib bulundu. Bu duruma göre depresyon varlığı ile branşlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 22 Branşlar ile depresyon varlığı arasındaki dağılım

Branş	Depresyon varlığı		p*
	Normal n (%)	Depresyon n (%)	
Acil	19 (50)	15 (50)	,078
Anestezi	2 (66,7)	1 (33,3)	
Beyin cerrahi	1 (100)	0 (0)	
Dahiliye	20 (64,5)	11 (35,5)	
Dermatoloji	3 (100)	0 (0)	
Enfeksiyon hastalıkları	2 (100)	0 (0)	
FTR	6 (85,7)	1(14,3)	
Genel cerrahi	5 (50)	5 (50)	
Gögüs hastalıkları	5 (62,5)	3 (37,5)	
Göz	1 (50)	1 (50)	
Kadın doğum ve hastalıkları	2 (50)	2 (50)	
Kardiyoloji	3 (75)	1 (25)	
Kulak burun boğaz	1 (100)	0 (0)	
Nöroloji	0 (0)	6 (100)	
Ortopedi	1 (25)	3 (75)	
Plastik cerrahi	2 (40)	3 (60)	
Psikiyatri	6 (85,7)	1(14,3)	
Radyoloji	6 (85,7)	1(14,3)	
Üroloji	0 (0)	2 (100)	

Değişkenlerin depresyona etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları incelendiğinde;

Cinsiyet (0:erkek ve 1: kadın),sigara kullanımı, branş değiştirme isteği, meslek değiştirme isteği ve kredi ödeme durumlarının depresyona etkisi *pozitif* yönde; branş, meslek ve gelir memnuniyetinin depresyona etkisi *negatif* yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenlerin depresyon ağırlığına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23 Değişkenlerin depresyona (normal olgulara göre depresif) etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	p	Exp(B)	95% C.I.	
Yaş	0,082	0,103	1,085	0,984	1,198
Cinsiyet	0,698	***0,046***	2,010	1,012	3,992
Medeni hal	-0,165	0,633	0,848	0,430	1,671
Eşinin mesleği	0,081	0,714	1,084	0,703	1,672
Çocuk	0,342	0,511	1,407	0,508	3,898
Dahili		0,133			
Acil	0,520	0,224	1,682	0,727	3,892
Cerrahi	0,813	0,054	2,256	0,986	5,160
Asistanlık yılı	0,183	0,172	1,201	0,924	1,562
Meslek yılı	0,082	0,105	1,086	0,983	1,199
Nöbet sayısı	0,097	0,195	1,102	0,952	1,275
Nöbet ertesi off	0,216	0,596	1,241	0,559	2,755
Sigara	0,801	***0,023***	2,228	1,117	4,445
Alkol	0,347	0,359	1,415	0,674	2,973
Sosyal medya	0,058	0,923	1,060	0,328	3,421
Sosyal aktivite	-0,743	0,343	0,476	0,102	2,211
Sosyal aktivite sıklığı	-0,190	0,313	0,827	0,572	1,196
Obezite	1,188	0,103	3,280	0,785	13,704
Kronik hastalık	0,619	0,260	1,857	0,633	5,448
Psikiyatrik hastalık	21,694	0,999	2640680031,584	0,000	-
Psikiyatrik ilaç kullanımı	1,216	0,057	3,375	0,965	11,806
Branş memnuniyeti	-1,800	***0,000***	0,165	0,071	0,385
Meslek memnuniyeti	-1,386	***0,000***	0,250	0,122	0,511
Branş değiştirme isteği	1,772	***0,000***	5,886	2,460	14,080
Meslek değiştirme isteği	1,250	***0,001***	3,491	1,690	7,209
Gelir memnuniyeti	-1,491	***0,001***	0,225	0,091	0,556
Fiyat performans memnuniyeti	-1,103	0,061	0,332	0,105	1,051
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	-0,036	0,836	0,965	0,688	1,353
Evcil hayvan varlığı	0,607	0,186	1,835	0,747	4,509
Yaşadığı ev	0,405	0,387	1,500	0,599	3,756
Ulaşım	0,334	0,336	1,397	0,707	2,758
Kredi ödeme	0,800	***0,024***	2,226	1,112	4,456

Değişkenlerin depresyon şiddetine etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları incelendiğinde;

Alkol ve kronik hastalık varlığının depresyon ağırlığına etkisi pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenlerin depresyon ağırlığına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24 Değişkenlerin depresyon şiddetine (Hafife göre orta-ağır) etkisi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	p	Exp(B)	95% C.I.	
Yaş	0,043	0,481	1,044	0,927	1,175
Cinsiyet	0,089	0,873	1,094	0,365	3,277
Medeni hal	1,070	0,071	2,917	0,914	9,309
Eşinin mesleği	-0,573	0,142	0,564	0,263	1,211
Çocuk	-0,588	0,499	0,556	0,101	3,052
Dahili		0,636			
Acil	0,134	0,851	1,143	0,284	4,604
Cerrahi	0,604	0,358	1,829	0,505	6,615
Asistanlık yılı	-0,043	0,841	0,958	0,627	1,463
Meslek yılı	0,035	0,508	1,036	0,933	1,151
Nöbet sayısı	-0,055	0,660	0,946	0,741	1,210
Nöbet ertesi off	0,000	1,000	1,000	0,283	3,534
Sigara	0,089	0,873	1,094	0,365	3,277
Alkol	1,627	***0,048***	5,087	1,015	25,485
Sosyal medya	0,865	0,454	2,375	0,247	22,843
Sosyal aktivite	-0,636	0,541	0,529	0,069	4,078
Sosyal aktivite sıklığı	-0,125	0,698	0,883	0,470	1,658
Obezite	0,663	0,445	1,941	0,353	10,668
Kronik hastalık	1,986	***0,023***	7,286	1,308	40,568
Psikiyatrik hastalık	-0,547	0,646	0,579	0,056	5,965
Psikiyatrik ilaç kullanımı	0,090	0,909	1,094	0,233	5,149
Branş memnuniyeti	-0,336	0,548	0,714	0,238	2,143
Meslek memnuniyeti	-0,167	0,773	0,846	0,271	2,638
Branş değiştirme isteği	0,251	0,656	1,286	0,425	3,889
Meslek değiştirme isteği	0,517	0,361	1,676	0,553	5,079
Gelir memnuniyeti	1,012	0,219	2,750	0,549	13,780
Fiyat performans memnuniyeti	0,636	0,541	1,889	0,245	14,549
Aynı evde yaşadığı kişi sayısı	-0,249	0,464	0,780	0,400	1,518
Evcil hayvan varlığı	0,762	0,250	2,143	0,586	7,841
Yaşadığı ev	1,523	0,170	4,586	0,522	40,315
Ulaşım	-0,201	0,720	0,818	0,273	2,450
Kredi ödeme	0,762	0,217	2,143	0,639	7,184

5-TARTIŞMA

Depresyon, Beck tarafından "insanların tam olarak başa çıkamadıkları olaylar karşısında verdikleri olağan tepki" olarak ortaya konmuştur. Tükenmişlikte benzer durumdan ortaya çıkarken, depresyondan farkı ise depresyonun sadece iş yaşamıyla ilişkili değilde tüm yaşamsal olayları etkilemesidir (46).

Acil tıp asistanları, acil tıp eğitimleri boyunca çok fazla hasta bakma, hasta ölümü görme, uyku düzeninin bozulması ve uzun ve zor çalışma saatleri ile yoğun strese maruz kalmaktadır (47).

Literatürde asistan hekimlerin popülasyonundan ziyade sağlık çalışanlarında depresyon sıklıkla araştırılmıştır. Biz çalışmamızda asistan hekimlerin depresyon oranları ve nedenlerini araştırmayı amaçladık. Çalışmamızca Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ni kullandık.

Çalışmamızda asistan hekimlerin yaş ortalaması 28,73±3,79 yıl (24-54 yıl) olarak tespit edildi. Gökçen ve ark.'nın acil serviste yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzerindeki yaş grubunda BDÖ puanı 18-24 arası çıkmış ve bu istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (48). Çalışmamızda BDÖ ile yaş arasında anlamlı ilişkinin çıkmamasının sebebi olarak hekimlerin yaş aralığının yoğunlukla 35'e kadar olması ile ilgilidir. 40 yaş üstünde 141 asistan hekim içinde sadece 3 kişi bulunmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %57,5'i (n=80) erkek, %42,5'i (n=61) kadındır. Branşlar arasında cinsiyet yönünden bakıldığında cerrahi bilimlerde kadın asistan sayısı oldukça az olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir **(p=0,018)**. Cinsiyet ile depresyon arasında istatistiksel olarak kadın hekimlerde anlamlı olarak yüksek tepit edilirken **(p=0,045)**; cinsiyet ile depresyon tipi arasında istastiksel olarak fark bulunmadı. Johannsson ve ark.'nın yaptıkları 3001 kişilik çalışmada (49) ve Goodwin ve ark.'nın yaptıkları çalışmada (50) 3032 kişilik çalışmada depresyon kadınlarda 2 kat oranda görülmüştür. Demir ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da yine depresyon kadınlarda daha sık oranda görülmüştür (51). Literatürde asistan hekimlerle ilgili yapılan kapsamlı çalışma olmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamızda medeni durum olarak asistan hekimlerin %44'ünün evli, %56'sını bekar olduğu görüldü. Medeni hal ile depresyon ve depresyon tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmedi. Taycan ve ark.'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmada BDÖ ile

medeni durum arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (52). Buğdaycı ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında depresyon açısından anlamlı farklılık görülürken bu durumun medeni hal ile ilişkisinin olmadığı görülmüş (53). Çalışmamız literatürle uyumlu bulundu.

Asistan hekimlerin nöbet sayıları incelendiğinde ortalama 7,3±2,38 gün (minimum2, maksimum 11) olduğu görüldü. Nöbet sayısı ile depresyon ilişkisi incelendiğinde; depresyon ile nöbet sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi (p=0,404). Asistanlık yılı ve meslek yılı ile depresyon arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). BDÖ ile nöbet sayısı, asistanlık yılı ve meslek yılı arasında ilişki görülmedi.

Hekimlerin çoğunluğunun tıpta uzmanlık sınavında branşları isteyerek seçtiği görüldü. Branşlarını isteyerek seçmeyen kişilerde depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu **(p<0,001)**. Bu istemli seçimler sonunda branş memnuniyeti olmayanların oranın %24,8 olduğunu, meslek memnuniyeti olmayanların oranı %42,5 olduğu; branş değiştirme isteği olan asistan hekimlerin oranının %22,6 olduğu, meslek değiştirme isteği olanların ise %34,7 oranında olduğu görüldü. Bu bağlamda branş memnuniyeti olmayan asistan hekimlerin, meslek memnuniyeti olmayan asistana hekimlerin, branş ve meslek değişiktirmeyi isteyen asistan hekimlerin BDÖ puanları arasında anlamlı yükseklik görüldü **(p<0,001).** Yine benze şekilde gelir memnuniyetsizliğinin olması ile depresyon duygudurum sorunları ile arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gelir memnuniyetsizliğinin artması BDÖ puanlarını anlamlı derecede artırmıştır. Branşlar arasındaki depresyon varlığına bakıldığında da anlamlı bir istatistiksel ilişki tespit edilmedi. Benzer çalışma olmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır. Fakat görülmektedir ki branş, meslek ve gelir memnuniyeti hem asistan hekimler sağlığı açısından hem çalışma ortamındaki sorunların çözümünde önemli bir köşe taşıdır. Asistan hekimlerin branşları isteyerek seçseler bile çalışma şartlarının branş ve meslek memnuniyetsizliğine neden olacağı görüldü.

Asistan hekimlerin kredi ödeme durumları ile BDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Elde ettiğimiz veriler incelendiğinde kredi ödemesi olan asistan hekimlerin BDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi **(p=0,023)**. Bu durum bir önceki konuda bahsettiğimiz gelir memnuniyetsizliği ile de ilişkili olarak kredi ödemesi olan ve gelir memnuniyetsizliği artan kişilerde depresyon görülme sıklığı fazladır. Evcil hayvan varlığı, yaşadığı evin kendisinin olması ya da kira olması ve ulaşımın arabasıyla ya da diğer yollarla

yapması ile depresyon açısından anlamlı fark görülmedi (p>0,05). Bu konuda hastanemizin bulunduğu İzmir ili gibi büyük şehirlerde yaşamın pahalı olması ve elde edilen gelir ile yaşam kalitesinin daha küçük illere göre düşük olması, bu sorunu çözmek amacıyla birçok asistan hekimin kredi çekme yoluna gittiği bu duruma neden etken olduğu tarafımızca düşünüldü.

Sigara kullanımında branşlar arasında anlamlı fark izlenmiştir. Acil hekimlerinin sigara kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Sigara ile depresyon varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde ise; sigara kullanımı olanlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görüldü (p=0,022). Alkol kullananlarda depresyon varlığı açısından anlamlı fark bulunmazken; BDÖ puanlamasına göre depresyon varlığı tespit edilen asistan hekimlerde depresyon ağırlığı ile alkol arasındaki ilişki incelenmiş ve alkol kullanımı olanlarda ağır depresyonun olduğu görülmüştür (p=0,034). 1992 yılında yapılan bir çalışmada acil tıp asistan hekimlerinin diğer branş hekimlerine oranla daha fazla alkol kullanımı olduğu tespit edilmiş ancak bu oran aynı yaş toplum ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (54). Bu durumda çalışmamızda sigara kullanımının duygudurum bozukluklarında bir gösterge olabileceği, depresyonda olan kişilerde alkol kullanımının iyi sorgulanması ve alkol kullanımının sorunlardan uzaklaşmak için bir araç olarak kullanıldığını tarafımızca düşünüldü.

Çalışmamızda asistan hekimlere sosyal medya kullanımı, sosyal aktivite yapabilme durumu ve yapabilme sıklığı soruldu ve bu durum BDÖ puanları ile karşılaştırıldı. Katılımcı asistan hekimlerin sosyal sosyal medya kullanımı, sosyal aktivite yapabilme durumu ve yapabilme sıklığı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark görülmedi. Benzer çalışma olmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamadı.

Çalışmamızda asistan hekimlerin kronik hastalık durumlar, psikiyatrik hastalık durumları, psikiyatrik ilaç kullanımı ve obeziteleri ile BDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Bu bağlamda elde edilen veriler incelendi ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda %100 depresyon olduğu görüldü. Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların ise %38'inde depresyon olduğu tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,023). Obezite, pikiyatrik ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark görülmedi. Acil tıp hekimleri ile diğer branşlar karşılaştırıldığında ise depresyon varlığı arasından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Çalışmamız katılımcıları arasında evli olanlara eşinin mesleği, çocuk varlığı ve sayısı soruldu ve elde edilen veriler istatistiksel olarak BDÖ puanları ile karşılaştırıldı. Katılımcılar arasında eşlerin meslekleri, çocuk varlığı ve sayıları ile depresyon arasında istatistiksel olarak

anlamlı ilişki saptanmadı. Bu durumun çalışmaya aldığımız asistan hekimlerin yarısından fazlasının bekar olmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Benzer çalışma olmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır.

6-SONUÇ

Çalışmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15 Mayıs-15 Haziran 2019 tarihleri arasında çalışmakta olan asistan hekimlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon oranları ve nedenleri araştırıldı ve elde edilen verilerin sonucunda;

1. Asistan hekimler arasında depresyon oranının %39,7 olduğu ve bu durumun azımsanamayacak kadar yüksek olduğu; bu kişilerin büyük bir kısmının tanı ve tedavi almadığı görüldü.
2. Asistan hekimler arasında branş memnuniyetsizliği, meslek memnuniyetsizliği, branş ve meslek değiştirme isteklerinin olması ile depresyon varlığı arasından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü. Bu durum bize göstermektedir ki tıpta uzmanlık sınavına girip branşları isteyerek seçen asistan hekimler arasında yüksek oranda branş değiştirme ve istifa etme durumları mevcuttur. Biz mesleki ve tıpta uzmanlık sınavı ile girilen branş seçimleri öncesinde yapılacak psikoanaliz testleri ile meslek ve branşın kişi ve yaşamsal uyumları açısından tespitinin yapılmasının sonradan oluşacak meslek ve branş memnuniyetsizliğini ortadan kaldıracağını düşünmekteyiz.
3. Asistan hekimlerin gelir memnuniyetsizliğinin ve kredi durumunun depresyon varlığı ile ilişkili olduğunu gördük. Bu durumda gelir memnuniyetsizliğinin ortadan kaldırılması ile asistan hekimlerin hem duygusal ve duygudurum sağlığının iyileştirileceğini; yine asistan hekimlerin kredi varlıklarının oluşturduğu hoşnutsuzluk ve isteksizliğin ortadan kalkması ile meslekleri ve branşları ile ilgili işlere daha fazla mental olarak vakit ayırabileceklerini; her iki durumun da ortadan kalkması ile asistan hekimlerin daha özverili, güleryüzlü ve memnuniyet içinde çalışıp hizmet edecekleri tarafımızca düşünüldü.
4. Asistan hekimler içinde sigara kullanımının depresyon varlığı ile ilişkili olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca depresyonda olan asistan hekimlerin alkolü depresyon nedenlerinden uzaklaşmak için bir araç olarak kullandıkları ve bu durumun depresyon düzeyini ağırlaştırdığı tarafımızca düşünüldü. Bu nedenledir ki asistan hekimlerde depresyon tedavi edilirken bunun yanı sıra alkol kullanan kişilerde alkol kullanımınında tedavi edilmesinin hızlı bir iyileşme sürecini oluşturacağı tarafımızca düşünüldü.
5. Asistan hekimlerin depresyon tespiti için benzer çalışmanın bulunmaması

nedeniyle birçok konuda karşılaştırma yapılamadı. Bu konuda yapılacak daha fazla ve daha kapsamlı çalışmaların literatüre ışık tutacağını ve daha kesin sonuçlar elde etmemizi sağlayacağını düşündük.

7-ÖZET

Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, bazen özkıyım (suicidal) düşüncelerin ve sonucunda ölümün görülebileceği, uyku, cinsel istek ve iştahta fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır.

Çalışmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15 Mayıs-15 Haziran 2019 tarihleri arasında çalışmakta olan asistan hekimlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon oranları ve nedenleri araştırıldı. Çalışmamız anket yöntemi ile yapıldı. Katılımcılara yüzyüze görüşme ile çalışma anlatıldı. Daha sonrasında veriler digital ortama aktarılarak istatistiksel analizi yapıldı. Çalışmada $p<0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi.

Çalışmamızda katılımcıların %57,5'i erkekti ve yaş ortalaması 28,73± 3,79 yıl olarak tespit edildi. Asistan hekimlerin %44'ünün evli olduğu, %12,1'inin çocuk sahibi olduğu görüldü. Katılımcıların ortalama mesleki yılları 4,26±3,94 yıl, ortalama asistanlık yılı 2,26±1,3 yıl ve ortalama nöbet sayısı 7,3±2,38 gün olarak tespit edildi. Asistan hekimler arasında depresyon oranının %39,7 olduğu görüldü. Katılımcıların %58,2'sinin sigara, %31,2'sinin alkol kullandığı; %90,8'inin sosyal medya kullandığını, %95'inin sosyal aktivitede bulunduğu ve asistan hekimlerin yarısına yakınında sosyal aktivite sıklığının haftada ancak 1 olabildiği görüldü.

Asistan hekimlerin %6,4'ünde obezite, %10,6'sında kronik hastalık, %2,8'inde psikiyatrik hastalık öyküsü ve %8,5'inde psikyatrik ilaç kullanımı öyküsü olduğu görüldü.

Katılımcıların %24,8'inde branş, %42,6'sında meslek, %71,6'sında gelir memnuniyetsizliği olduğu; %22,7'sinde branş ve %34,8'inde meslek değiştirme isteği olduğu görüldü. Katılımcıların %52,5'inde kredi ödemesi olduğu, %82,3'ünün kirada kaldığı, %43,3'ünün arabasının olmadığı görüldü.

Elde edilen veriler incelendiğinde; asistan hekimlerde branş, meslek ve gelir memnuniyetsizliğinin, sigara kullanımının, kredi ödemesi olmasının ve kadın cinsiyet olmasının depresyon için bir neden olduğu görüldü. Yine alkol kullanımın depresyonu ağırlaştırdığı görüldü. Medeni hal, çocuk sahibi olmak, eşinin mesleğinin olması ya da meslek dalı, kronik hastalık olması, obezite olması, psikiyatrik hastalık ilaç kullanımının olması,

sosyal medya kullanımı, sosyal aktivite durumu ve sıklığı, evcil hayvan varlığı ve hastaneye ulaşım ile depresyon arasında ilişki saptanmadı.

Asistan hekimlerin büyük bir kısmında depresyon olduğu, tanı ve tedavi almadığı görüldü. Depresyon nedenleri arasında branş, meslek ve gelir memnuniyetsizliği önemli yer tutmaktadır. Ayrıca sigara kullanımının depresyon ile ilişkili olabileceğini, alkol kullanımının depresyon nedenlerinden uzaklaşmak için bir araç olduğunu ve depresyonu ağırlaştırdığını düşündük.

Asistan hekimlerde branş ve meslek seçimleri öncesi psikoanaliz testlerinin sonradan pişmanlık ve istifaları azaltacağını; gelir düzeyinde yapılacak iyileştirmelerin hem asistan hekimlerin iyilik hallerinde hem de çalışmalarında özen ve özverilerini artıracağını düşündük. Bu konuda yapılacak kapsamlı çalışmaların literatüre bilgi sağlayacağını düşündük.

Anahtar Kelimeler: Asistan hekim, Depresyon, Beck Depresyon Ölçeği

SUMMARY

Determination Of Depression Levels And Reasons Of Assistant Physicians Working At İzmir Katip Çelebi University Atatürk Education Research Hospital By Beck Depression Scale

Depression is where the desire to live disappears, the person feels deeply in grief, pessimistic thoughts about the future, intense regret and guilt feelings and thoughts about the past, sometimes suicidal thoughts and death can be seen as a result of sleep, sexual desire and appetite. is a disease with disorders.

In this study, depression rates and their causes according to Beck Depression Scale were investigated between 15 May-15 June 2019 assistant doctors working in Atatürk Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital. Our study was carried out by questionnaire method. The participants were told through face-to-face interviews. Afterwards, the data were transferred to digital media and statistical analysis was performed. In the study, $p < 0.05$ significance level was accepted.

In our study, 57.5% of the participants were male and the mean age was 28.73 ± 3.79 years. It was seen that 44% of the resident doctors were married and 12.1% had children. The mean occupational years of the participants were 4.26 ± 3.94 years, the mean assistantship year was 2.26 ± 1.3 years and the mean number of turn of work was 7.3 ± 2.38 days. The rate of depression among resident physicians was 39.7%. 58.2% of the participants were smoking and 31.2% were using alcohol; It was seen that 90.8% of them used social media, 95% of them were engaged in social activity and the frequency of social activity was only 1 per week in half of the resident doctors.

It was observed that 6.4% of the residents had a history of obesity, 10.6% had a chronic disease, 2.8% had a history of psychiatric illness and 8.5% had a history of psychiatric drug use. 24.8% of the participants had branch, 42.6% had profession and 71.6% had income dissatisfaction; 22.7% of the branches and 34.8% of the desire to change profession was seen. It was observed that 52.5% of the participants had loan payments, 82.3% were rented and 43.3% had no car.

When the data obtained were examined; It was seen that dissatisfaction with branch, profession and income, smoking, credit payment and female gender were the reasons for depression in resident physicians. Again, alcohol use aggravated depression. No relationship was found between marital status, having a child, having a spouse's profession or profession,

chronic illness, obesity, psychiatric illness, drug use, social media use, social activity status and frequency, presence of pets and access to hospital and depression.

The majority of the resident physicians had depression and no diagnosis or treatment. Branch, profession and income dissatisfaction are among the causes of depression. We also thought that smoking may be associated with depression, alcohol use is a means to move away from the causes of depression and aggravates depression.

Psychoanalysis tests in resident physicians before branch and occupational choices will reduce regrets and resignations; we thought that the improvements in the income level would increase the care and devotion of the resident physicians both in their well-being and in their work. We thought that comprehensive studies on this subject will provide information to the literature.

Keywords: Assistant physician, Depression, Beck Depression Scale

KAYNAKLAR

1. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 3. 1993. p.109-122.
2. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999- 2020:Golden burden of disease study. Lancet 1997;349:1498- 1504.
3. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi- 12. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 13- 21.
4. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanriöver S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991;84(2):174- 8.
5. Katon W. Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care. Comprehensive Psychiatry 1982;23(3):274- 87.
6. Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;6(1):13-20.
7. Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry 4: 561-571.
8. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji dergisi 1989; 7-3-13.
9. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(1):32-36
10. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. Postgrad Med J. 2001; 77(904):109-11
11. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. JAMA. 2003;289:3161-3166.
12. Resmi Gazete. Sayı: 2009/15153. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm (Erişim tarihi: 19.07.2019).
13. Türk Tabipler Birliği. Asistan Hekimin Hakları var. Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/14mart_asistan.pdf (Erişim tarihi: 19.07.2019).
14. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan

Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015; 20(3):157-164.

15. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri, İstanbul: s: 1559-1800.

16. Brundtland GH The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: Word Health Organization 2001, p. 30.

17. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Feryal matbaası 2004; s:293-317.

18. Tomoda A, Mori K, Kimura M, Takahashi T, Kitamura T. One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: A preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci 2000; 54(5): 583-8.

19. Patten SB. Incidence of major depression in Canada. CMAJ 2000; 163(6): 714-5.

20. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. CMAJ 2002; 167(11): 1253-60.

21. Martin F, Poyen D, Bouderlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. Int. J. Occup Environ Health 1997; 3: 204-209.

22. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 147-155.

23. Weiner A, Marten S, Wochnick E, Davis MA, Fishman R, Clayton PJ. Psychiatric disorders among professional women. Arch Gen Psychiatry. 1979; 36: 169–73.

24. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry. 1999; 156: 1887–94.

25. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000. p.151-63.

26. Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014: 267-291.

27. American Psychiatric Association. . Highlights of Changes From DSM-4-TR to DSM-5. American Psychiatric Publication, 2014

28. Kühey GŞ. Tanısal Değerlendirme ve olgu Formülasyonu.Yazıcı O, Vahip O (Eds),Depresyonun Sağaltım Klavuzu Kaynak Kitabı, TPD yayınları, 2008;13-34

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC., 2013

30. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 21-32

31. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003. s.20-32.

32. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum dizisi 2000; 1:29-38.

33. Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.

34. Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü, depresyonla ilgili nörofizyolojik ve nöroanatomik çalışmalar. Depresyon Monografları Serisi, 1993, s. 135-152.

35. NIOSH Exposure To Stress Occupational Hazards in Hospitals, Department Of Health And Human Servıces Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. Publication No. 2008–136.

36. Akpınar AT, Taş Y. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeyleri Arasında İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011; 11(4):161-165.

37. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış. 2008; 8(2): 541-561.

38. Haran S, Özgüven HD, Ölmez Ş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi. 2000; 6(1): 75-84.

39. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012

40. Özkula G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Düşünen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017; 30:136-144

41. Çolak Oray N, Balcı B, Özlem EN, Özaçar E, Abalı L, İbiş MA, Öncel T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 27(2): 67-73.

42. Bahadır E, Kalender B. Sağlık Çalışanlarında Depresyon Tükenmişlik Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 5(40: 454-465

43. Tsutsumi, A., S. Kawanami, and S. Horie, Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. Int Arch Occup Environ Health, 1989;85(2):153-

61.

44. Hisli, N., Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 1989;7:3-13.

45. Kılınç S, Torun F, Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Dergisi, 2011;2:39-47.

46. Polatçı, S., Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2007.

47. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG, et al. Levels and causes of stress among residents. J Med Educ 1987;62:744-753.

48. Gökçen C,Zengin Z, Oktay MM, Alpak G, Yıldırım C,Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14:122-8

49. Johansson R et all.Depression, Anxiety And Their Comorbidity in The Swedish General Population: Point Prevalence and The Eşect On Health-Related Quality Of Life, PeerJ,(2013)

50. Renee D. Gender Differences in Depression: The Role of Personality Factors,Psychiatry Research, 2013;4 (1):135–142

51. Figen Demir, v.a., İstanbul'da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007;18(1):31-7.

52. Okan Taycan, a., Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006. 7: 100-8.

53. Buğdaycı, R., Mersin İli'nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni, 2007. 26(1): p. 32-36.

54. Hughes PH, Baldwin CD, Sheehan DV, et al. Resident physician substance use by specialty. Am J psychiatry. 1992;129:1348-1354.

EKLER

Ek-1.1: Etik Kurul Onayı

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Umut PAYZA

Karar No: **210**
Tarih : **23.05.2019**

KARAR

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 'de çalışan asistan hekimlerin BECK depresyon ölçeğiyle depresyon seviyelerinin ve nedenlerinin belirlenmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde **etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy **birliği** ile karar verilmiştir

Prof. Dr. Orhan GÖKALP
Kurul Başkanı

T.KATILMADI
Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

T. KATILMADI
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

T. KATILMADI
Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Prof. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Aslı BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye

T.KATILMADI
Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. D. Barış KILIÇÇIOĞLU
Raportör Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK
Üye

KARŞI OY :

Ek -2 : Test Örneği

İSİM:
YAŞ:
CİNSİYET: E( ) K( )
MEDENİ HALİ: EVLİ( ) BEKAR( )
EŞİNİN MESLEĞİ: DOKTOR( ) DİĞER( )
ÇOCUK SAYISI: 1( ) 2( ) DİĞER( )
BRANŞ:
UZMNALIK STATÜSÜ: ASİSTAN( ) UZMAN( ) PRATİSYEN( )
UZMNALIK YILI:
ASİSTANLIK YILI:
MESLEK YILI:
NÖBET SAYISI:
NÖBET ERTESİ OFF DURUMU: VAR( ) YOK( )
SİGARA: VAR( ) YOK( )
ALOKOL: VAR( ) YOK( )
SOSYAL MEDYA KULLANIMI: VAR( ) YOK( )
SOSYAL AKTİVİTE DURUMU: VAR( ) YOK( )
SOSYAL AKTVİTE SIKLIĞI: HAFTADA BİR( ) HAFTADA ÜÇ( ) DİĞER( )
BRANŞ: TEMEL( ) DAHİLİ( ) CERRAHİ( )
OBEZİTE: VAR( ) YOK( )
KRONİK HASTALIK: VAR( ) YOK( )
PSİKİYATRİK HASTALIK: VAR( ) YOK( )
PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANIMI: VAR( ) YOK( )
BRANŞ MEMNUNİYETİ: VAR( ) YOK( )
MESLEK MENUNİYETİ: VAR( ) YOK( )
BRANŞ DEĞİŞTİRME İSTEĞİ: VAR( ) YOK( )
MESLEK DEĞİŞTİRME İSTEĞİ: VAR ( ) YOK( )
GELİR MEMNUNİYETİ: VAR( ) YOK( )
FİYAT PERFORMANS MEMNUNİYETİ: VAR( ) YOK( )
AYNI EVDE YAŞADIĞI KİŞİ SAYISI:
KİMLERLE YAŞIYOR:
EVCİL HAYVAN VARLIĞI: VAR( ) YOK( )
YAŞADIĞI EV: KİRA( ) KENDİSİ( )
ULAŞIM: ARABA( ) DİĞER( )
KREDİ ÖDEME: VAR( ) YOK( )

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

A	(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.	**B**	(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek hakkında karamsarım. (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
C	(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.	**D**	(0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Herşeyden sıkılıyorum.
E	(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.	**F**	(0) Kendimden memnunum. (1) Kendi kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime çok kızıyorum. (3) Kendimden nefret ediyorum.
G	(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.	**H**	(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
I	(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.	**İ**	(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.
j	(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.	**K**	(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.
L	(0) Aynada kendime baktığımda bir	**M**	(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

	değişiklik görmüyorum. (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor. (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.		(1) Birşeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor. (2) Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor. (3) Hiçbir şey yapamıyorum.
N	(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.	**O**	(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. (2) Yaptığım hemen herşey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
Ö	(0) İştahım her zamanki gibi (1) İştahım eskisi kadar iyi değil (2) İştahım çok azaldı. (3) Artık hiç iştahım yok.	**P**	(0) Son zamanlarda kilo vermedim. (1) İki kilodan fazla kilo verdim. (2) Dört kilodan fazla kilo verdim. (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
R	(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		**TOPLAM PUAN=**

Beck depresyon ölçeği puanlama ve değerlendirmesi kolay bir testtir. Öncelikle her dört maddelik cümle gruplarında işaretlediğiniz sayıların hepsini toplayın ve aldığınız toplam puanı bulun. Ardından bu puanın aşağıdaki değerlendirme tablosundan karşılığını bulun.

0-9: Minimal depresyon belirtisini gösterir
10-16: Hafif düzeyde depresyon belirtisini gösterir
17-29: Orta düzeyde depresyonu gösterir
30-63: Şiddetli depresyon belirtisini gösterir.