

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE MEVSİMSEL
DUYGUDURUM BOZUKLUĞU**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Atilla ATALAR

EDİRNE-2012

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanmasında emęi geçen anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Nezh Dağdeviren'e, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora'ya, yardım ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ayőe aylan'a, eğitimimde emęi geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıőtıęımız tüm asistan arkadaşlarıma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AİLE HEKİMLİĞİNDE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	3
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA MEVSİMSELLİK	6
GEREÇ VE YÖNTEMLER	13
BULGULAR	16
TARTIŞMA	32
SONUÇLAR	39
ÖZET	41
SUMMARY	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition,
Revised

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

MDB : Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu

MGDF : Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile Hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler (1).

Birinci basamakta kaliteli bir tıbbi bakım için bu ödevler çerçevesinde sorumluluk alan aile hekimlerinin; tüm toplumda ve genç erişkinlerde genel olarak psikiyatrik hastalıklar; tedavi edilebilirliği, kolay tanı alabilirliği ve olası intihar gibi kötü sonuçları itibarıyla özellikle duygudurum bozuklukları üzerinde hassasiyetle durmaları gerekmektedir (2-4).

Üniversitede eğitim almak amacıyla farklı şehirlerden, dolayısıyla farklı coğrafi bölgelerden gelen öğrencilerde olası bir depresif duygudurum bozukluğu atlanmamalıyken, duygudurum bozukluklarının bir kısmında mevsimsellik ve bunun gibi farklı klinik görünüşler olabileceği de dikkate alınmalıdır. Zira mevsimsellik gösteren bir duygudurum bozukluğu farklı tanı ve tedavi stratejilerine ihtiyaç duyacaktır (2,4-6).

Mevsimsel değişikliklerin canlılar üzerindeki etkisi çok uzun zamandan beri bilinmektedir. İnsanlarda mevsimlere bağlı olarak doğum ve ölüm oranları, büyüme hızı, depresyon, mani ve intihar sıklığında bu etkiyi gözlemek mümkündür. Günümüzde,

mevsimsel değişikliklerle eşzamanlı, yılın belirli dönemlerinde ortaya çıkan ve yinelenen duygudurum değişiklikleri mevsimsel duygudurum bozukluğu olarak adlandırılmakta ve bazılarına göre özgün bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaktadır (5).

Mevsimsel özellikli, özellikle de psikomotor yavaşlama ve fazla uyuma ile giden depresyonun olası bipolarite erken tanısı için önemli olduğu bilinmektedir. Depresyon kendi kendini sınırlayan bir olaydır. Doğal seyri tedavi edilmeyen olgularda 8-12 ay kadardır. Doğal seyir mevsimsel özellik gösterenlerde daha önemle dikkate alınmalıdır (7-9).

Bu araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinde mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığını araştırmak, mevsimsel değişikliklerin duygudurum ve davranışlar üzerindeki etkisini değerlendirmek, öğrenci ve eğitimcilerin konuyla ilgili bilgi düzeyini artırmak ve öğrencilerin eğitim ve yaşam kalitelerini geliştirmek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİNDE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Depresyon, birinci basamakta en sık görülen ve en çok özür lülü ğe sebep olan sorunlardan biridir. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Mental bozuklukların tanıs al ve sayıms al el kitabı, 4.baskı), tümü hastay la rutin görüş me sırasında ‘depresyon’ olarak değ erlendirilebilen ve aile hekimi tarafından dikkat edilmesi gereken mizaç bozukluklarının birçok çeş itlemesini tanımlamaktadır. Anahtar öğ eler, ç ökkün duygudurum veya zevk alınan etkinliklerin tümüne veya birço ğ una duyulan zevk ve ilginin kaybıdır. AHCRP (The Agency for Health Care Policy and Research, Sa ğ lık politikaları ve araştırma dairesi) tedavi kılavuzu, birinci basamakta Major Depresif Bozuklu ğ un nokta prevalansını %4,8 ile %8,6 arasında vermektedir. Tedavi ve dikkat gerektiren di ğ er depresyon grubu hastalıkların nokta prevalansı ise %10’dur. Ç o ğ unlukla benzer değ erlendirmeler yapılmı ş olsa da, %22,6’ya varan yüksek prevalans değ erleri de bildirilmi ş tir (2).

Amerika Birleş ik Devletleri’nde depresyonla ba ğ lantılı sa ğ lık bakımının %50’den fazlası, aile hekimleri, genel dâhiliyeciler ve di ğ er genel tıp uygulayıcıları tarafından verilirken, yalnızca yaklaşık %20’si ruh sa ğ lığı merkezlerinde gerç ekleş mektedir. Antidepresanlar ise, %80 oranında psikiyatrist dış ındaki hekimler tarafından yazılmaktadır. Major Depresif Bozuklu ğ u olan hastalar genellikle hekime, duygusal yakınmalarla de ğ il belirsiz fiziksel semptomlarla başvururlar. Birinci basamak hekimleri major depresif bozuklu ğ u olan hastaların %50’sinin tanısını atlamaktadırlar ve tanı koyduklarında da depresyon için verilen bakımın niteli ğ i ortalamanın altındadır. Major depresif bozukluk

yaşlıları gençlerden daha çok etkileyen diğer birçok kronik hastalığın aksine, yaşlı ve genci eşit olarak etkilediğinden (kadınları erkeklerden iki kat daha fazla etkiler), çalışan yaş grubu için özel bir önemi vardır (2).

Depresyon, giderek yalnızca prevalansı değil maliyeti de yüksek bir hastalık olarak kabul görmektedir. Depresyondaki birinci basamak hastaları, diğer hastalardan %50-75 daha fazla sağlık bakımı almaktadırlar. Bu bakım, ruh sağlığı tedavisine bağlı maliyet artışının %25'inden daha azını oluşturmaktadır. Maliyet sorunu, öngörülebileceği gibi bir görüşmede birden çok sorunun ya da depresyondan daha ciddi bir sorunun sunulması durumunda, depresyon tanısının belirgin şekilde daha az konması nedeniyle daha da artmaktadır. Depresyonun ilgili tıbbi kaynakları aşan bir maliyeti vardır. Depresyon, birinci basamak ortamında hipertansiyon kadar sık rastlanan ve anstabil anjina, ilerlemiş artrit ve diyabetes mellitus kadar yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Mortalite riski de kayda değerdir. Depresyondaki bir kişinin özkıyım riski toplum genelinden 100 kat kadar daha yüksek olabilir. Yalnızca bu risk bile, depresyonu her ortamda dikkate almaya değer kılar (2).

Aile Hekimliğinde Duygudurum Bozukluğu Taraması

“Doğru tanı koyup etkili bir tedavi uygulayabilecek ve hastaları gereken şekilde izleyebilecek olanakların mevcut bulunduğu klinik uygulamalarda” depresyon taramasının rutin olarak yapılması önerilmektedir. Bu öneri depresyonun birinci basamak sağlık hizmetlerinde erkenden fark ve tedavi edilmesinin; özellikle depresyon değerlendirmesinde ve tedavisinde sistematik bir yaklaşım uygulanabilen ortamlarda, morbiditeyi azalttığını gösteren araştırmalara dayanmaktadır. Depresyon taraması, rutin muayene vizitleri sırasında basit 2 soru sorularak yapılabilir:

-Son 2 hafta içerisinde moralinizin bozuk olduğunu, canınızın sıkıldığını veya umutsuzluk hissettiniz mi?

-Son 2 hafta içerisinde, bir şeyler yapmak konusunda isteksizlik veya hoşnutsuzluk hissettiniz mi?

Bu sorular, Beck Depresyon Ölçeği gibi, uygulanması daha uzun süre alan tarama enstrümanları kadar etkili gözükmektedir. “Son birkaç hafta içerisindeki duygudurumunuz veya ruhsal durumunuz nasıldı?” gibi daha açık-uçlu soruların depresyon taramasında evet/hayır soruları kadar etkili olup olmadığı incelenmemiştir. Yukarıdaki iki soru, depresyon riski yüksek olan ve özellikle daha önce depresyon anamnezi veren, açıklanamayan somatik semptomları olan; anksiyete gibi daha başka psikolojik sorunları, madde suiistimali ve kronik

ağrı söz konusu hastalarda rutin olarak sorulmalıdır. Tarama sonucu pozitif çıkan hastalarda doğru tanı için, daha ayrıntılı bir görüşme yapılması gerekir. Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu (PRIME-MD), böyle bir değerlendirmenin etkili ve geçerliliği kanıtlanmış Şekilde yapılmasına olanak veren bir yöntemdir. Depresyon değerlendirmesi hastanın önemli ilişkileri zemininde yapılmalıdır. Kişilerarası girişim bir doktorun daha fazla bilgi almasına ve hem hastayı hem kendisine başlıca destek sağlayanları içeren bir tedavi ekibi kurmasına yardımcı olur. Depresyonlu bireyin değerlendirilmesi, hastanın eşinden bilgi alınması, ilişki zorluklarının değerlendirilmesi, intihar değerlendirmesi ve stres yaratan diğer yaşam faktörlerinin ölçülmesi değerlendirme sürecinin anahtar komponentlerindedir (4).

Aile Hekimliğinde Depresyon Hastalarının Sevk Kriterleri

İntihar etme riski olan, psikotik bulguları olan, bipolar bozukluğun depresif fazı olabileceği düşünülen, temel ihtiyaçların (yemek yeme, yıkanma vb.) karşılanamayacağı kadar ağır hasta olan, tedavide 5-12 haftanın sonunda hiç iyileşme bulgusu olmayan, negativizm, mutizm, katatoni eşlik eden, alkolizm vb. ek patolojiler olan, sosyal destek sistemleri yeterli olmayan, aileye de müdahalenin gerektiği hastaların yatırılarak ve psikiyatri uzmanı gözetiminde tedavi olmak üzere ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevki uygundur (3).

Depresyon Sınıflaması

nce klinisyen muayene anındaki depresif epizodun manik/hipomanik epizodlarla giden iki uçlu duygulanım bozukluğunun depresif bir atağı olup olmadığını ayırt etmelidir. Bu ayırım çoğunlukla hastanın anamneziyle yapılabilse de bazen çok zor olabilir. Bunun için aşağıdaki ipuçları verilebilir (10).

Hasta ne kadar geçse iki uçlu duygulanım bozukluğu olma olasılığı o kadar yüksektir. İki uçlu duygulanım bozukluğunda sıklıkla aile öyküsü vardır. Depresif epizoddan önce hipomanik bir dönemin olması iki uçlu duygulanım bozukluğu lehinedir (10).

Major depresyonun tanı ölçütlerinin 2 yıl ya da daha uzun süre tam olarak karşılanması halinde kronik depresyondan söz edilir. Depresif atak doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlarsa postpartum depresyon olarak isimlendirilir (11). Melankolik (klasik) depresyonda derin bir disforik duygudurum, anhedoni, suçluluk, değerersizlik, ümitsizlik duyguları, insomnia, anoreksi ve kilo kaybı, psikomotor retardasyon veya ajitasyon vardır.

Daha geç yaşlarda başlar (40'lı yaşların ortasında) ve aile öykülerinde depresyona daha sık rastlanır. Atipik depresyonda hipersomni, hiperfaji, psikomotor ajitasyon ve anksiyeteli duygudurumu vardır. Daha genç yaşlarda (20'li yaşlarda) başlar. Atipik depresyonu olan hastalarda özellikle erkeklerde alkol, sedatif ve hipnotik ilaç kötüye kullanımı sıktır. Psikotik özellikli depresyonda çoğunlukla duygudurum ile uyumlu sanrı ve varsanılar eşlik eder. Distimi, en az iki yıl süren anhedoni, endişe, anksiyete, benlik saygısında düşme ile giden kronik bir bozukluktur. Sekonder Depresyon, tıbbi durumlar arasında en sık hipotiroidizm, malabsorbsiyon, malign tümörler, kronik böbrek yetmezliği, demans, otoimmün bozukluklar (özellikle sistemik lupus eritematozus), influenza, nörolojik bozukluklarla (inme, tümör, Parkinson ve Huntington hastalığı) birlikte görülür.

Depresif belirtilerin belirli bir mevsimde düzenli olarak başlaması ve düzelmesi şeklindeki örüntü ise mevsimsel duygudurum bozukluğu (MDB) olarak adlandırılır. Mevsimsel duygudurum bozuklukları belli bir mevsimde tekrarlayan depresyon atakları ile seyredir. İki mevsimde pik yapar: sonbahar ve ilkbahar. İlkbaharda tekrarlayan depresyonlarda melankolik semptomlar baskındır, sonbaharda tekrarlayanlarda atipik semptomlar kliniğe hâkimdir (10,11).

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA MEVSİMSELLİK

Mevsimsel değişikliklerin ruhsal durum, enerji düzeyi, uyku süresi, iştah, yemek alışkanlıkları ve sosyal yaşantıyı etkileme derecesi mevsimsellik olarak tanımlanır. Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu (MDB) ilk kez Rosenthal ve arkadaşları tarafından 1984'de bu şekilde adlandırılmış ve 1987'de DSM tanı sisteminde yer almıştır. Bu hastaların fototerapi yöntemiyle etkili biçimde tedavi edildiğinin bildirilmesiyle, hastalığın mevsimsel ve ışığa bağlı karakteri ortaya çıkmıştır (12-14).

Wehr MDB'nin heterojen bir durum olduğunu ileri sürmüştür. Wehr'e göre bazı olgular, ilkbahar-yaz aylarında başlayıp, sonbahar-kış aylarında düzelmeye gösterirler (15,16).

Bozukluğun daha çok kadınlarda görüldüğü; klinik tablonun endojen depresyonlu hastalardakine benzer şekilde çökkün duygudurum, enerji kaybı, sosyal geri çekilme, konsantrasyon güçlüğü gibi alışlagelmiş duygudurum ve bilişsel değişiklikler içerdiği; ancak diğer belirtilerin "atipik" görünümde olduğu belirtilmektedir. Atipik görünüm olarak kastedilen belirtiler uyku miktarında artış, iştah artışı ve aşırı yeme, karbonhidratlı yiyeceklere düşkünlük, kilo alma, irritabilite ve kişilerarası ilişkilerde güçlüklerdir. Bazı olgularda ise MDB tanısı konulabilecek düzeyde belirti bulunmadığı; ya yalnızca duygudurumda

değişiklikler ya da depresyona özgü bilişsel bozulması olmaksızın yalnızca atipik bedensel belirtilerin olduğu belirtilmiştir. Bu durum kış tipi MDB'den ayrı olarak "eşik-altı MDB" olarak adlandırılmıştır. Alan araştırmaları kesin bir yaygınlık oranı vermemesine karşın, sağlıklı popülasyonun yaklaşık %1-12'sinin kışları major depresyon tanısı konabilecek düzeyde duygudurum çökkünlükleri yaşadığını ortaya koymuştur. Popülasyonun diğer bireylerinde de %31-50 oranında mevsimsel değişikliklere bağlı olarak duygudurum ve davranış alanlarında güçlükler yaşandığı ve bu kişilerin %14'ünün bu değişikliklere "sorun" olarak baktığı belirtilmektedir. Başka bir araştırma, birinci basamak sağlık kurumlarına çeşitli nedenlerle başvuran hastaların %29'unun, bir depresyon yaşamaksızın, mevsimsel değişikliklere bağlı olarak sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur (5).

Tekrarlayan major duygudurum bozukluğu hastalarının 2/3' ünden fazlasının bireysel olarak düzensiz mevsimsel ortaya çıkış gösterdiği gerçeğine rağmen istatistiksel olarak ilkbahar ve sonbahar depresyonu için, yaz ise mani için artış gösterme zamanıdır. Çünkü mevsimsel duygudurum bozukluğu (sonbahar-kış depresyonu, ilkbahar-yaz depresyonu) tekrarlayan major duygudurum bozukluğu bulunan hastaların yaklaşık %20-25'inde mevcuttur. Mevsimsel seyrin tek uçlu depresif bozukluk ve iki uçlu depresif bozuklukta ortaya çıkmasının, genelde bu özel mevsimsel alt tiplerin karakteristik yıllık ritimlerinin sonucu olması olasıdır. Tamamlanmış özkıyım ve özkıyım girişimlerinin mevsimsel profilleri, EKT (elektrokonvülsif tedavi) uygulaması ve antidepresan reçetelendirilmesi, triptofan elde edilebilirliği (serotonin prekürsörü) major depresyonun mevsimsel başlangıcı ile çok benzerdir. Oysa duygudurum bozukluklarının kısa ve uzun süreli ilaç tedavisi depresyon ve maninin mevsimsel seyrini değiştirebilir. Diğer tarafta son yirmi yılda birçok ülkede gözlenen özkıyımlardaki azalan mevsimsel farklılık popülasyonda depresyonla ilişkili özkıyımların azalmış oranını yansıtıyor olabilir (17).

Mevsimsel değişimler yalnız insanlarda değil, yoğun bir biçimde doğa ve hayvanlarda da oluşmaktadır. Muhtemelen halk arasında yer ve iklim değiştirmenin olumlu etkilerine olan inanç bu tür olgulardan kaynaklanmaktadır. Mevsimsel depresyon yerine kış depresyonu terimi de kullanılır; hastada mevsimle doğrudan ilişkili bir psikososyal stres (mevsimsel işsizlik gibi) varsa bu tanı konmamalıdır. Bu depresyon ekvatorдан uzakta yaşayan nüfusun %6'dan fazlasını etkiler (6).

Depresif bozuklukların mevsimsel özellik göstermesi yineleme riskini arttırmaktadır. Atakların yavaş iyileşmesi, kişiliğin nörotisizm göstermesi ve hastalık süresi ile atakların aynı sayıda olması (beş yılda beş atak olması gibi) mevsimselliği gösteren belirleyicilerdir.

Siklotimik kişilik mevsimsel depresif bozukluklara yatkınlık sağlayabilmektedir. Mevsimsel depresif bozuklukla ilgili üç yıllık bir izleme çalışmasında, özellikle kış aylarında depresyonların görüldüğü, neşeli, iyimser, etkinliklere katılan bireylerde düzelmelerin daha çok olduğu saptanmıştır. Bu hastaların %30'u izleme döneminde mevsimsel özellik göstermeye devam ederken, %18'i tam düzelmeye döneme girmiştir. Birlikte uygulanan antidepressan ilaçlar, ışık tedavisi ve uyku uyandırma düzeni değişiklikleri mevsimsel duygudurum bozukluğu tedavisinde etkinliğini arttırmak için kullanılmaktadır (18,19).

Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Tanısı

Mevsimsel duygudurum bozukluğu diyebilmek için DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, gözden geçirilmiş 3.baskı)'de depresyonların yılın 60 günlük bir dönemi ile ilişkili olması koşulu bulunmaktadır. Mevsimsel özellikli atakların mevsimsel olmayanlara oranının 3:1 olması ve üç yıl içinde ikisi ardışık olmak üzere, üç atak geçirilmiş olması koşulu da getirilmiştir. Süre ölçütü gibi bazı özellikler DSM-IV ile birlikte ortadan kaldırılmış olmakla birlikte, genel anlamda DSM'nin klinikte ve araştırma alanındaki uygulama zorlukları, bu bozukluğa ilk kez isim koyan Rosenthal'in ölçütlerinin daha yoğun kabul görmesine neden olmuştur. Rosenthal'in tanı ölçütleri şöyle sıralanabilir:

1. Araştırma tanı kriterlerine (Research Diagnostic Criteria, RDC) göre major affektif bozukluk ölçütlerini dolduran hastalık öyküsü;
2. İki kez üst üste sonbahar-kış aylarında başlayıp ilkbahar-yaz aylarında düzelmeye gösteren atak geçirilmesi;
3. Başka bir birinci eksen tanısının bulunmaması;
4. Mevsimlere bağlı olarak ortaya çıkan psikososyal stres faktörünün bulunmaması (12-14).

Mevsimsel özellik, yineleyici duygudurum bozukluğu ataklarının gidişini tanımlayan bir belirleyici olarak kullanılmaktadır. DSM-IV ile DSM-III-R arasındaki fark A ölçütünde yer alan 60 günlük sürenin kaldırılmış olması ve D ölçütündeki 3:1 oranının yumuşatılmış biçimde ifade edilmesidir (13,20).

Mental Bozuklukların Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı'ya Göre Mevsimsel Yapı Belirleyicisi

A) Bipolar I ya da Bipolar II bozukluk, ya da Major Depresif Bozukluk; yineleyen tipte major depresif atakların başlangıcı ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli bir ilişki vardır. (Örneğin, Major Depresif Atak düzenli olarak sonbaharda ya da kışın ortaya çıkmaktadır). Not: Mevsimlerle ilişkili psikososyal stres etkenlerinin açık bir etkisi olduğu olguları katmayınız (örneğin, her kış düzenli olarak işsiz kalmak gibi).

B) Yılın belirli bir zamanında da tam remisyonlar (ya da depresyondan maniye ya da hipomaniye olan bir değişme) olmaktadır (örneğin, depresyon ilkbaharda ortadan kalkar).

C) Son iki yıl içinde A ve B maddelerinde tanımlanan mevsimlik ilişkiyi gösteren iki Major Depresif Atak ortaya çıkmıştır ve aynı dönemde mevsimsel ilişki göstermeyen bir atak olmamıştır.

D) Mevsimsel Major Depresif Ataklar, böyle bir bozukluğun, kişinin yaşamı boyu görülmüş olan mevsimsel olmayan Major Depresif ataklardan çok daha fazla sayıda olmuştur (20).

Sağlıklı popülasyonda mevsimsel duygudurum bozukluğu yaygınlığını saptamaya yönelik alan çalışmalarına bakıldığında kullanılan başlıca ölçek ve/veya formlar şunlardır: Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu (MGDF; Seasonal Pattern Assessment Questionnaire, SPAQ), Beck depresyon ölçeği, SIGH-SAD (Structured Interview Guide for the Hamilton-D-SAD; Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonu), HIGH-SAD (Hypomania Interview Guide for SAD) başlıca göze çarpanlardır. Yapılan çalışmalar içerisinde en sık kullanılan ölçek/form MGDF'dir (21).

Mevsimselliğin Patofizyolojisi

Mevsimsel özellikli depresyonda, sirkadiyen düzensizliğe ve sonuçta duygudurum atağının tetiklenmesine yol açan iki etiyolojik mekanizma tanımlanmıştır. Bunlar fotoperiyodik varsayım (photoperiodic hypothesis) ve faz kayması varsayımlarıdır (circadian phase shift hypothesis) (22).

Fotoperiyodik görüşe göre yaz ve kış aylarındaki gün ışığı periyodu ile gece melatonin salgınım süresindeki farklılıklar yatkın kişilerde depresyon atağı gelişmesine sebep olmaktadır. Bilindiği gibi melatonin pineal bezden salgılanır, ışık etkisi ile baskılanır ve uykuya geçişi sağlar. Melatonin reseptörleri 1 (MT1) ve 2 (MT2) gibi suprakiazmatik nükleusta yüksek

düzeylede bulunan ve sirkadiyen aktiviteyi sağlayan reseptörlere sahip G proteinine bağlanarak aktivite gösterir. Mevsimsel özellikli depresyon tanılı hastalarda ya melatonin salınımında mevsimsel olarak belirgin farklılıklar ya da kış aylarında gündüz daha fazla melatonin salınımının olduğu tespit edilmişken kontrol grubunun melatonin düzeylerinde hastalardaki gibi belirgin bir mevsimsel dalgalanma gözlenmemiştir (22).

Faz kayması varsayımında, kış aylarında güneş ışığına daha az süre ile maruz kalmanın sirkadiyen ritimde gecikmeye ve suprakiazmatik nükleus tarafından düzenlenen moleküler ritim ile uyku uyanıklık döngüsü arasındaki senkronizasyonun sağlanamamasına yol açtığı hipotezine dayanmaktadır. Sabah uygulanan ışık tedavisinin faz ilerlemesine yol açarak etkinlik göstermesi, bununla birlikte akşam uygulanan ışık tedavisinin yeterince etkin olmaması faz kayması hipotezini desteklemektedir (22).

Sonbahar mevsiminde güneş ışığından faydalanamamanın sonucunda; insanlarda beyinde bazı merkezler (*Nucleus Raphe*) uyarılamadığından serotonin yapımı çok azalır ve bu durumlarda melatonin artışı ile seyreden depresyon durumları yaşanır. Bu insanlara özellikle sonbahar mevsimlerinde imkân bulduklarında ve gördüklerinde sabah doğan ve akşam batan güneşi seyretmeleri tavsiye edilir. Bu saatlerde alçakta olan güneşe bakılabilir, zayıf olduğu için retinaya zarar vermez ve ışıklar kırılmadan göze gelir, kırılmadan gelen ışıkların daha faydalı olduğu bildirilmektedir. Oysa diğer zamanlarda görülen güneşe bakılmaz çünkü tepeye çıktıkça kuvvetlenir ve retinaya zarar verebilir, diğer şekilde algılanan ışıklar ise kırılarak gelen güneş ışığıdır. Ülkelerin yerküre üzerinde bulunuş yerlerine göre senenin belli zamanlarında insanların gördükleri güneş ışığı miktarı artarken, belli zamanlarda azalmaktadır. Azalması depresif durumlara sebep olurken; artığı durumda ise iki kutuplu hastalığı olanlarda mani ya da hipomani durumlarına kayışlarda artma olur. Uykunun mevsimsel özelliği de bulunmaktadır. Kış aylarında daha çok uykuya ihtiyaç duymamızın en büyük sebebi kış aylarında ışık azalması ile birlikte giden serotonin azalması karşısında melatoninin artmış olmasıdır. Kış dönemlerinde artan melatonin uykuyu arttırmakta ve insanlarda iştah açılmasına sebep olmaktadır (23).

Diğer yandan birçok psikiyatrik bozuklukta uykunun etkilenmesi ve bozulması söz konusu olmaktadır. Anksiyete bozuklukları en sık görülen psikiyatrik bozukluk gruplarından biridir ve sıklıkla bozulmuş uyku yakınmaları ile seyretmektedir. Duygudurum bozuklukları da toplumda oldukça yaygındır ve bipolar bozukluk ile major depresyonu içeren duygudurum bozuklukları çoğunlukla uyku sorunları ile birlikte ve bu bozuklukların tanı ölçütleri içerisinde uyku sorunları da yer almaktadır (24).

Sirkadiyen sistem ve retinohipotalamik-pineal eksen, bazı uyku ve duygudurum bozukluklarının patofizyolojilerinde rol almaktadır. Birçok psikiyatrik bozuklukta mevsimsellik bulunduğu gözlenmiş ve kış ile depresyon, ilkbahar ile mani ve çevresel aydınlanma derecesi ile özkıyım arasındaki ilişki ortaya konmuştur (25).

Epidemiyolojik veriler major depresif bozukluk yaygınlığını üreme süreçleri ile ilişkilendirir. Yaygınlıktaki kadın baskınlığı ergenlikle başlamakta, menopozla bitmektedir. Kadınlardaki depresyona daha yüksek oranda anksiyetenin eşlik ettiği, daha çok atipik özelliklerinin bulunduğu ve daha çok mevsimsel başka bir deyişle döngüsel özelliği olduğu bilinmektedir (26).

Depresyon hastalarında prolaktin seviyesi düşük, normal ve yüksek olarak bildirilirken manik hastalarda normal olarak bulunmuştur. Dopamin agonistleri ve antagonistleri ile yapılan çalışmalarda da prolaktin seviyeleri depresyonlu hastalarda normallere göre farklı izlenmemiştir. Sadece mevsimsel affektif bozukluk tanısı alan hastalarda prolaktin seviyesi hem hastalık döneminde hem de ötimik dönemde yüksek bulunmuş ve bunun bir marker olabileceği ileri sürülmüştür (27).

Ayrıca diğer hastalıkların mevsimsel alevlenmeleri beraberinde komorbit depresyonu doğurabilir. Astımın psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğini inceleyen çalışmalar da vardır. Bir çalışmada, astımlı hastalar Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiş ve astımlıların sağlıklı kontrollerden daha fazla anksiyöz ve daha fazla depresif olduğu bulunmuştur (28).

Depresyonun klinik görünümleri içinde ayaktan başvuran major depresif bozukluğu olan hastalarda atipik özellikler en yaygın olanıdır ve ayaktan başvuran ve major depresif bozukluk tanısı konan hastalarda %28-%38 arasında değişen oranlarda atipik özellikler tabloya egemendir. Mevsimsel duygudurum bozukluklarında atipik özellik gösterme oranı 2/3'e kadar çıkmaktadır. Atipik depresyonla eşanlı diğer klinik tablolar arasında mevsimsellik, tıknırcasına yeme, nevrasteni ve sosyopati bulunmaktadır. Ayrıca bipolar hastalarda da mevsimsellik sıklıkla karşılaştığımız bir durumdur (29,30).

Mevsimsel Duygudurum Bozukluğunda Tedavi

Mevsimsel duygudurum bozukluğunda antidepresanlar, uyku yoksunluk terapileri ve özellikle de fototerapi sıklıkla kullanılmaktadır. Hastalığa özgülüğü açısından fototerapi üzerinde yoğunlaşılacaktır.

Işık tedavisi uzun yıllardır mevsimsel affektif bozukluk tedavisinde kullanılmaktadır. Antidepresan ilaç tedavileri kadar etkindir ve pek çok klinisyen için bu hastalıkta ilk seçenek tedavi olarak görülmektedir. Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi mevsimsel affektif bozukluk sonbahar ve kış aylarında ortaya çıkan, hipersomni, karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi içeren iştah artışı ve kilo alımı ile seyreden ve ilkbahar ve yaz aylarında iyileşme gösteren depresif dönemler şeklinde tanımlanmaktadır. Etiyolojisinde faz gecikmesi hipotezinden söz edilmekte ve bu aylarda ışığa maruz kalınan sürelerin azalmasının tetikleyici faktör olduğu bildirilmektedir. Işık tedavisi birden fazla mekanizma ile sirkadiyen sistemi etkileyerek antidepresan etkinlik göstermektedir. Sonbahar ve kış aylarında gecenin uzaması ve ışığa maruz kalınan sürenin kısalmasına bağlı olarak melatonin salınım süresi normal salınım süresinden daha uzun süre salınmaktadır. Melatoninin uzun süre salınması ise organizmada enerji depolanması sürecini başlatarak daha fazla uyku ve gıda alımına yol açmakta, ışık tedavisi ile melatonin salınım süresi azaltılarak bu süreç tersine çevrilmektedir (22,31-33).

Mevsimsel duygudurum bozukluğu olan kişiler sıklıkla, gerek suni bir ışık kaynağının altında, gerekse güneşli iklimi olan bir yere seyahat ettiklerinde kendilerini çok iyi hissettiklerini belirtirler (34).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, 15 Nisan 2011 ile 15 Haziran 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri Bürosundan elde edilen öğrenci listelerine göre Tıp Fakültesinde okuyan 893 öğrenci arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 785 öğrenciye Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formunu (MGDF) içeren anket formu dağıtıldı (Ek-1). Bu öğrencilerden 720'si anket formunu doldurarak araştırmacıya teslim etti.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olmak, 18 yaşından büyük olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenirken, bilinen psikiyatrik hastalık tanısı olmak çalışmadan çıkarılma kriterini oluşturdu.

Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu Rosenthal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Mevsimsel duygudurum bozukluğu ve eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu yaygınlığını ölçmede kullanılan, mevsimsel değişikliklerin duygudurum ve davranışlar üzerindeki etkisini geriye dönük olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş kişinin kendisinin doldurduğu bir tanı aracıdır (5).

Ölçek 1990 yılında yazarlarından onay alınarak çeviri-geri çeviri yöntemi ile Türkçeye çevrilmiş ve Türkçe formunda yer alan her bir itemin tek tek güvenilirliği, ölçeğin toplam güvenilirliği ve uyuma yüzdesi test-retest yöntemi ile araştırılmıştır. Ölçek Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu adı ile yayınlanmıştır (21). MGDF aşağıdaki bölümleri içerir:

Demografik veriler; yaş, doğum yeri, cinsiyet, kilo, medeni durum, eğitim, meslek, kaç yıldır bölgede oturulduğuna ilişkin bilgiler.

Mevsimsel değişikliklerin şiddeti; uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah, enerji düzeyi alanları, 0-4 puan arasında (0=değişiklik yok, 1=hafif, 2=ılımlı, 3=belirgin, 4=aşırı değişiklik) derecelendirilir. Puanların toplanması ile değeri 0-24 arasında olabilen “mevsimsellik puanı (MP)” (GSS=Global Seasonality Score) hesaplanır.

Yılın aylarına bağlı değişiklikler; bu bölümde kişinin, yılın 12 ayını düşünerek, kendisini duygudurum ve davranış alanlarında değerlendirmesi istenir. Bu bölümde 10 madde yer almaktadır. Bunlar “en iyi hissetme, en kötü hissetme, çok kilo alma, çok kilo verme, çok uyuma, az uyuma, çok yeme, az yeme, çok sosyal yaşama, az sosyal yaşama”dır.

Günlük hava tercihine bağlı değişiklikler; birey bu bölümde hangi tip hava ve günleri tercih ettiğini -3 (oldukça kötü) ve +3 (mizaç ya da enerji düzeyinde belirgin artma) puanları arasında değerlendirir. Sorgulanan hava tipleri şunlardır: soğuk, sıcak, nemli, güneşli, kuru, gri-bulutlu, uzun, yüksek polen düzeyli, sisli-puslu, kısa. Ayrıca bölüm “bilmiyorum“ olarak işaretlenmeye uygun bir madde de içerir.

Kilo değişiklikleri; bireyden 1 yıllık süre içinde ortaya çıkan kilo değişikliklerini 6 başlık altında sınıflandırması istenir. Değişiklikler 0-1,5 kilo, 2-3,5 kilo, 4-5,5 kilo, 6-7,5 kilo, 8-10 kilo ve 10 kilodan fazla değişiklikler olarak sınıflandırılmıştır.

Uyku süresi; bu bölümde bireye, her mevsimde, bir gün içindeki toplam uyku miktarı (saat olarak) sorulmaktadır.

Sorun şiddeti; bireye “mevsimlerle ilişkili olarak yaşamında bir değişiklik fark edip etmediği, eğer fark etmişse bunu ne düzeyde bir sorun olarak algıladığı” sorulmakta ve sorun varsa bunu 0-5 puan arasında kodlaması istenmektedir (sorun yok, hafif, ılımlı, belirgin, şiddetli) (19).

Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu sonucuna göre mevsimsel duygudurum bozukluğu tanısı aşığıdaki kriterler ışığında konmaktadır:

Mevsimsel duygudurum bozukluğu; mevsimsellik puanları 10 ve üzerinde olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere en azından ılımlı (≥ 2) düzeyde bir sorun olarak bakan, Temmuz ve Ağustos dışında, yılın ardışık iki ayında kendini kötü hisseden bireylere bu tanı konmaktadır.

Eşikaltı mevsimsel duygudurum bozukluğu; mevsimsellik puanları 8 veya 9 olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere en azından belirgin (> 2) düzeyde bir sorun olarak bakan bireyle, mevsimsellik puanı 10 ve üzerinde olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere hafif (1) düzeyde bir sorun olarak bakan bireylere bu tanı konmaktadır (5).

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 19) paket programı (Seri No: 10240642) kullanılarak gerçekleştirildi. Veriler normal dağılıma uymadığından nonparametrik testler uygulandı. İstatistik analiz için kıkare ve Kruskall Wallis testleri kullanıldı.

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyuldu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan etik onay alındı (Ek-2).

BULGULAR

Çalışmamız, 15 Nisan 2011 ile 15 Haziran 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerini karşılayan toplam 720 katılımcı üzerinden yürütüldü. Toplam katılımcıların 31'i, psikiyatrik komorbidite veya anketin eksik doldurulması nedeniyle çalışmanın dışında bırakılarak 689 katılımcıya ait veriler analiz edildi.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların 316'sı erkek (%45,8), 373'ü kız (%54,2) olarak saptandı. Sınıflara göre katılımcıların dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Kız ve erkek öğrencilerin sınıflara göre dağılımı

	1. sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	5.sınıf	6.sınıf	Toplam
Kız	111	65	64	31	56	46	373
Erkek	69	51	64	34	49	49	316
Toplam	180	116	128	65	105	95	689

Katılımcıların yaş ortalamaları $21,58 \pm 2,4$ olarak bulunmuştur. Medeni durumları sorgulandığında, katılımcıların 6'sı evli olduğunu, 1 kişi evli ve eşiyle ayrı yaşıyor olduğunu, 2 kişi dul olduğunu, geri kalan 680 kişi hiç evlenmediklerini belirtmiştir.

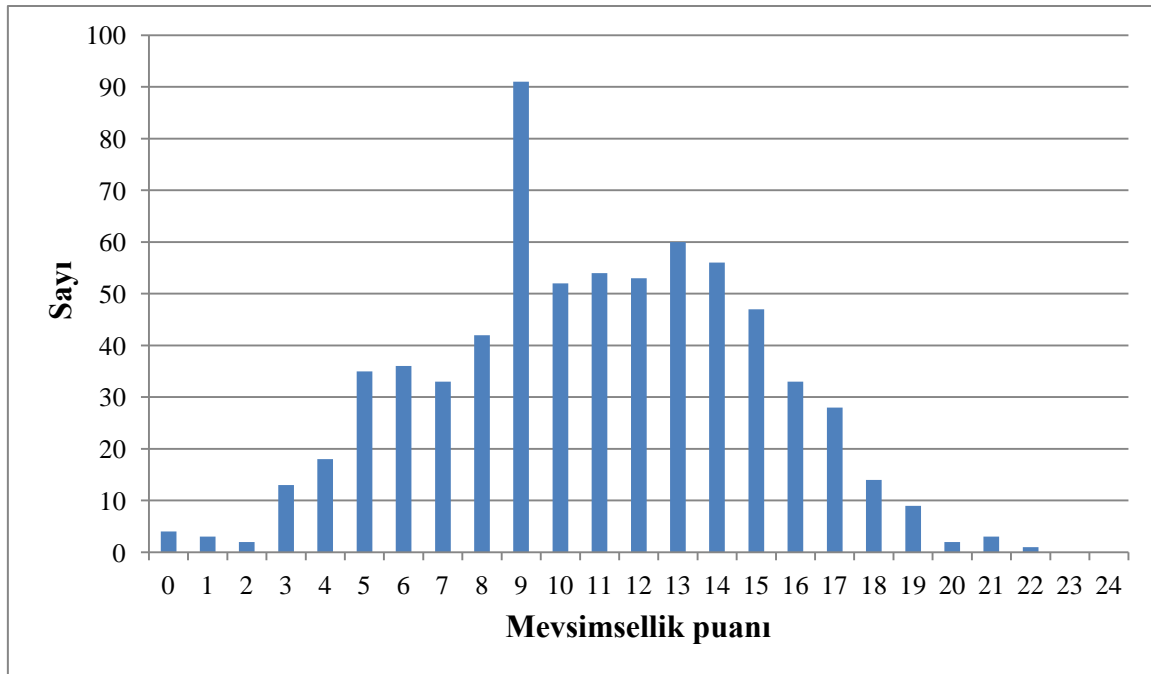
Çalışmaya katılan öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları $65,89 \pm 13,4$ kg, kızların kilo ortalaması $57,41 \pm 8,17$, erkeklerin kilo ortalaması $75,91 \pm 11,64$ olarak bulunmuştur.

Edirne'deki ortalama geçen zaman $3,95\pm 2,4$ yıl; gelinen yerde oturulan yıl ortalaması $15,49\pm 5,6$ yıl olarak saptandı. Katılımcıların doğum yeri ve Edirne'ye geldikleri yerlerin coğrafi bölgelere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların doğum yeri ve geldikleri yerin coğrafi bölgelere göre dağılımı

Bölge	Doğum yeri		Geldiği yer	
	n	%	n	%
Marmara	409	59,3	516	74,9
Ege	33	4,8	34	4,9
Akdeniz	28	4,1	26	3,8
İç Anadolu	39	5,7	25	3,6
Karadeniz	69	10,0	43	6,2
Doğu Anadolu	37	5,4	8	1,2
Güneydoğu Anadolu	12	1,7	4	0,6
Yurtdışı	62	9,0	33	4,8
Toplam	689	100,0	689	100,0

Tüm katılımcıların mevsimsellik puan ortalaması $10,84\pm 4,06$ olarak bulunmuştur. Bu oran kızlarda $11,16\pm 3,93$, erkeklerde $10,46\pm 4,18$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların mevsimsellik puanı dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.



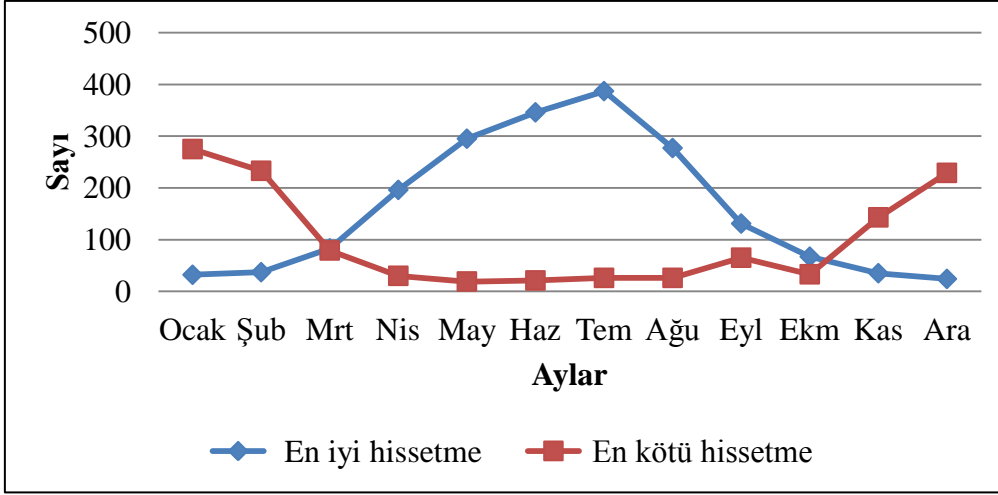
Şekil 1. Tüm katılımcıların mevsimsellik puanı dağılımı

Katılımcıların %37,2'si uyku miktarında mevsimlere göre ılımlı bir değişiklik olduğunu ifade ederken, %37'si sosyal yaşantıda mevsimlere göre belirgin değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Mevsimlere göre kilo değişikliği %38,6 oranında hafif, iştah değişikliği %32,9 oranında ılımlı olarak belirtilmiştir. Enerji düzeyinde değişiklik %35,4 oranında belirgin olarak belirtilmiştir. Mevsimlere göre uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah ve enerji düzeyi değişimleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

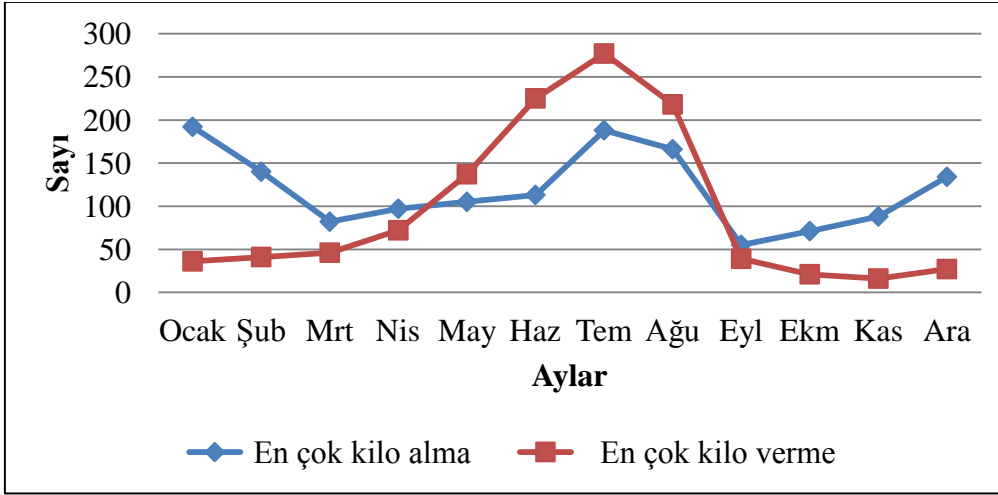
Tablo 3. Mevsimlere göre uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah ve enerji düzeyi değişimleri

	Değişiklik yok		Hafif		İlmlı		Belirgin		Aşırı	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uyku miktarı	78	11,3	256	37,2	198	28,7	142	20,6	15	2,2
Sosyal yaşantı	39	5,7	134	19,4	223	32,4	255	37,0	38	5,5
Duygudurum	56	8,1	162	23,5	251	36,4	189	27,5	31	4,5
Kilo	153	22,2	266	38,6	164	23,8	92	13,4	14	2,0
İştah	123	17,9	216	31,3	227	32,9	108	15,7	15	2,2
Enerji düzeyi	43	6,2	132	19,2	209	30,3	244	35,4	61	8,9

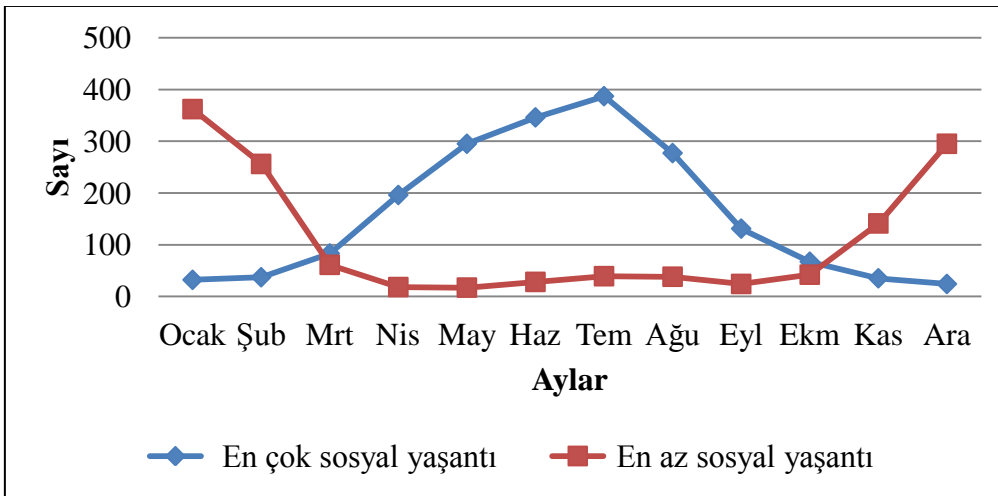
Katılımcıların kendilerini en iyi hissettikleri aylar haziran ve temmuz iken, en çok kilo aldıkları aylar aralık ve ocak, en çok sosyal yaşantı haziran ve temmuz aylarında, en az uyku aralık ve ocak aylarında, en çok yemek yeme aralık, ocak ve şubat aylarında, en çok kilo verme mayıs ve haziran aylarında, en az sosyal yaşantı aralık ve ocak aylarında, en kötü hissetme aralık ve ocak aylarında, en az yemek yeme temmuz ve ağustos aylarında, en fazla uyuma temmuz ve ağustos aylarında saptanmıştır. Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri Şekil 2-6'da incelenmiştir.



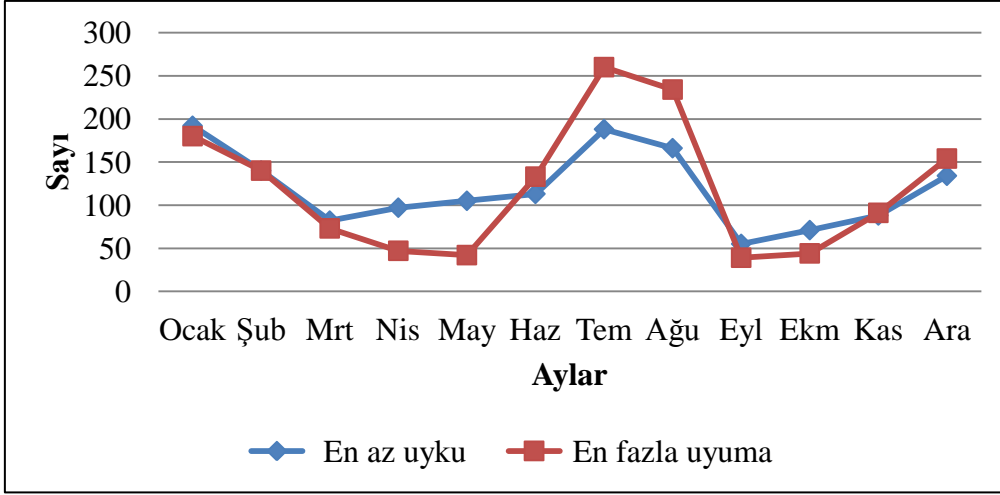
Şekil 2. Aylara göre katılımcıların kendini iyi hissetme durumları



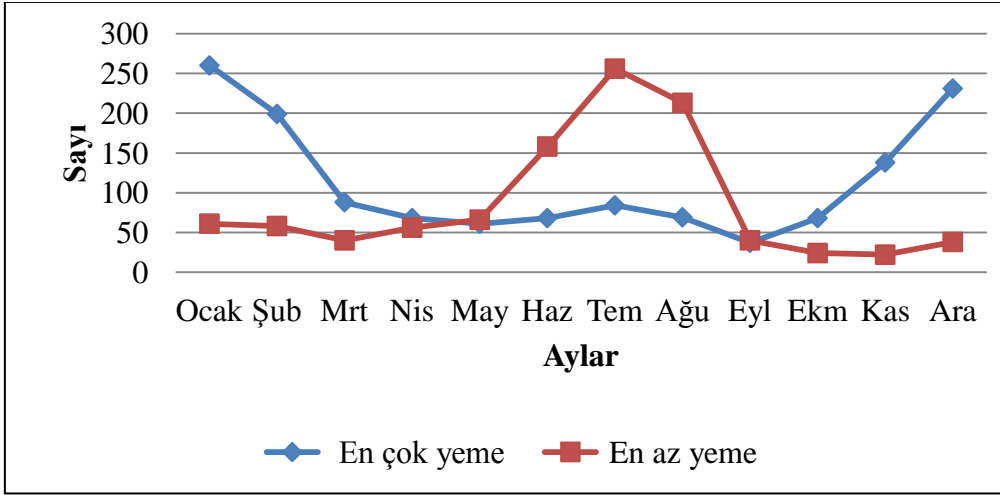
Şekil 3. Katılımcıların kilo değişimi durumlarının aylara göre dağılımı



Şekil 4. Katılımcıların sosyal yaşantı durumlarının aylara göre dağılımı



Şekil 5. Katılımcıların uyku durumlarının aylara göre dağılımı



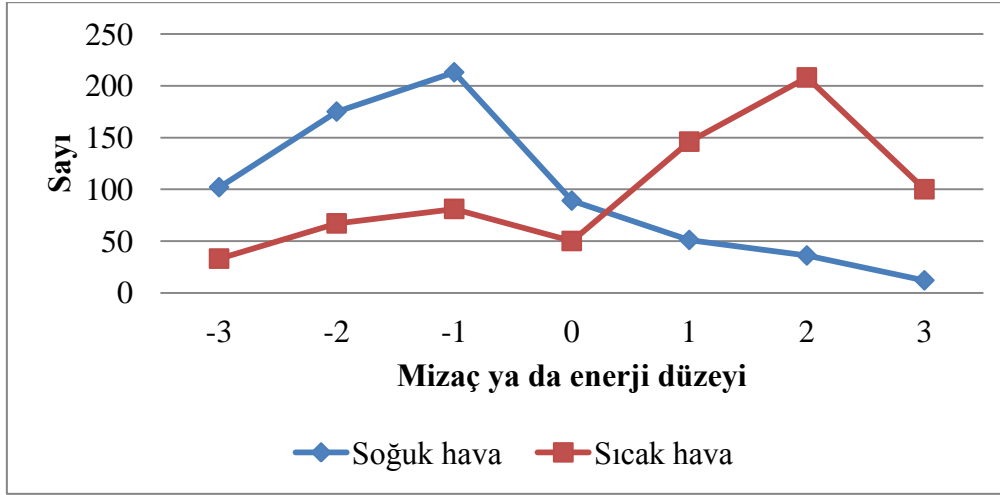
Şekil 6. Katılımcıların iştah durumlarının aylara göre dağılımı

Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri dağılımı Tablo 4’de toplu olarak verilmiştir.

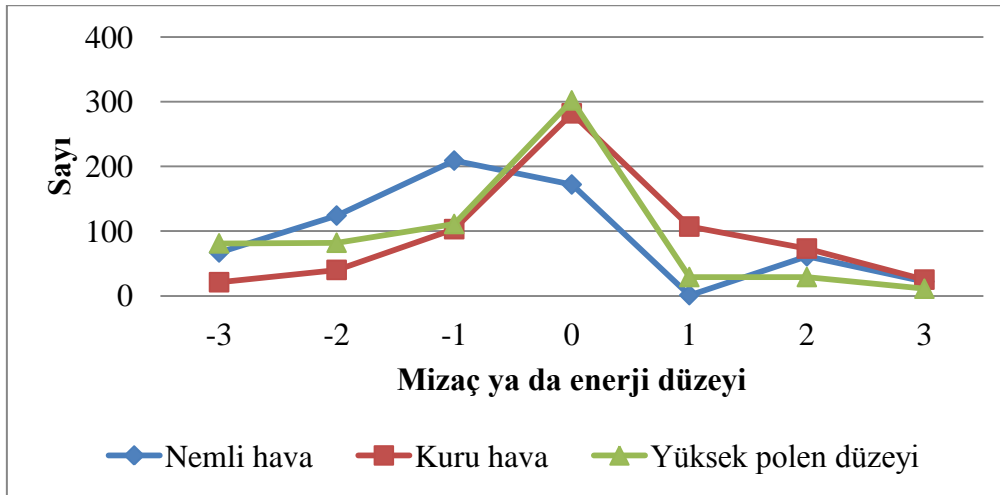
Tablo 4. Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri dağılımı

	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Hiçbiri
En iyi hissetme	32	37	83	196	295	346	387	277	131	67	35	24	26
En çok kilo alma	192	140	82	97	105	113	188	166	55	71	88	134	102
En çok sosyal yaşantı	32	37	83	196	295	346	387	277	131	67	35	24	26
En az uyku	192	140	82	97	105	113	188	166	55	71	88	134	102
En çok yeme	260	199	88	68	61	68	84	69	37	68	138	231	138
En çok kilo verme	36	41	46	72	137	225	277	218	39	21	16	27	155
En az sosyal yaşantı	362	256	61	18	17	28	39	38	24	42	141	295	89
En kötü hissetme	275	233	79	30	19	21	26	26	65	33	143	229	124
En az yeme	61	58	40	56	66	158	256	213	40	24	22	38	192
En fazla uyuma	180	140	73	47	42	133	260	234	39	44	91	154	61

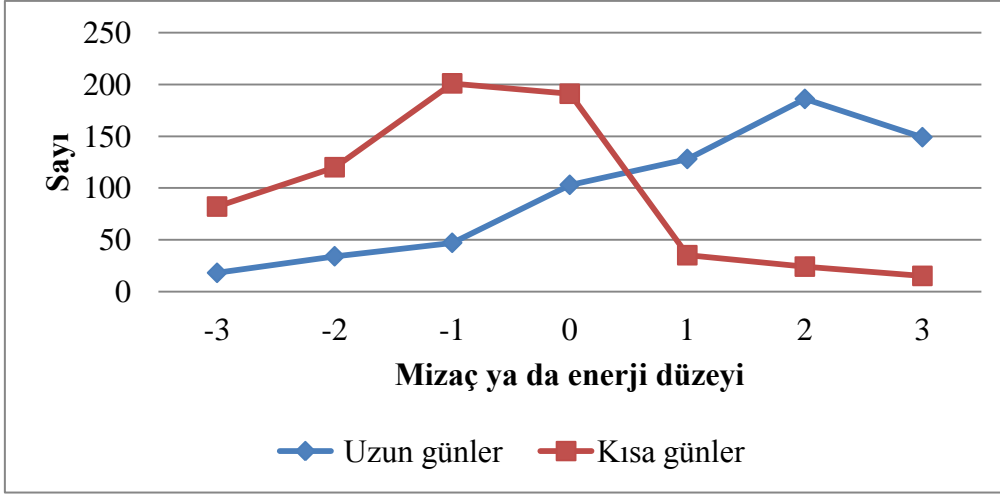
Katılımcıların sıcak hava, kuru hava, güneşli hava ve uzun günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde artış gözlenirken; soğuk hava, nemli hava, gri-bulutlu hava, yüksek polen düzeyi, sisli puslu günler, kısa günler ve yağmurlu günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde azalma gözlenmiştir. Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeyinin hava durumlarından etkilenme durumu Şekil 7-10'da incelenmiştir.



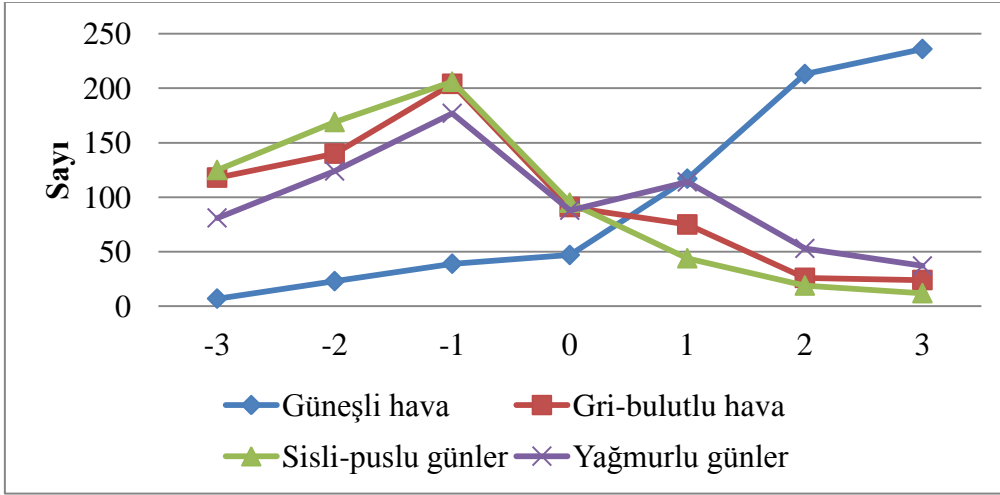
Şekil 7. Hava sıcaklığının mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



Şekil 8. Hava durumunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



Şekil 9. Gün uzunluğunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



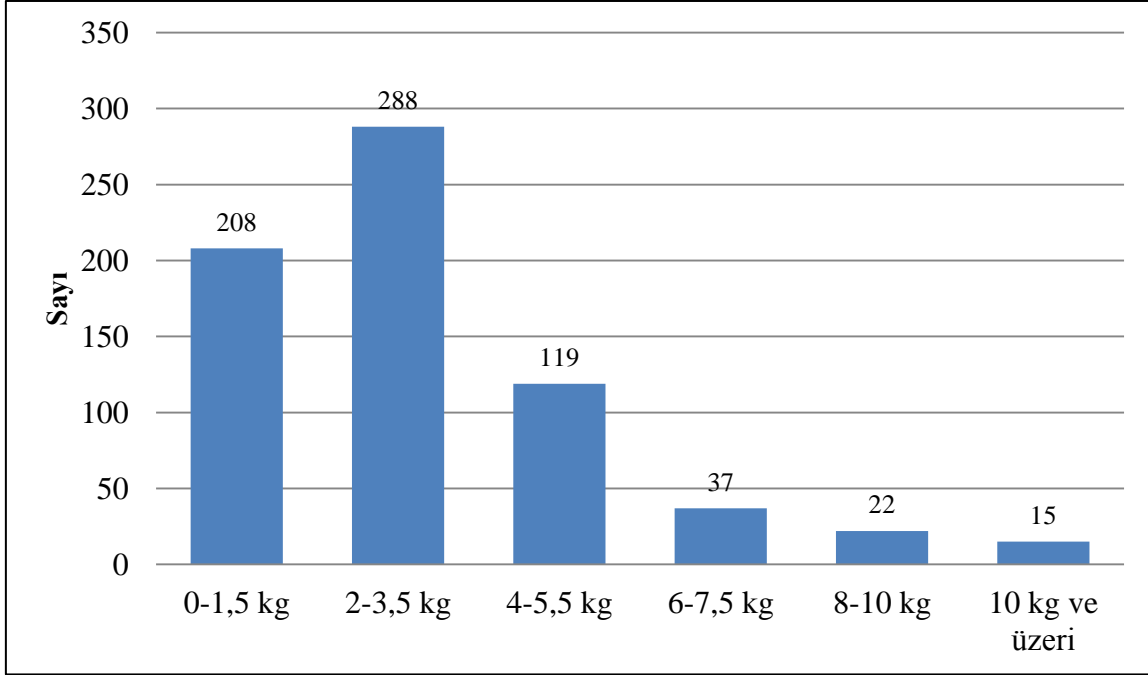
Şekil 10. Hava durumunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi

Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeylerinin hava durumundan etkilenme durumları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeyinin hava durumlarından etkilenme durumu

	Mizaç ya da enerji düzeyinde azalma			Etkisiz 0	Mizaç ya da enerji düzeyinde artma			Bilmiyorum
	Belirgin	Kısmen	Hafif		Hafif	Kısmen	Belirgin	
	-3	-2	-1		1	2	3	
Soğuk hava	102	175	213	89	51	36	12	11
Sıcak hava	33	67	81	50	146	208	100	4
Nemli hava	67	124	209	172	1	61	22	26
Güneşli hava	7	23	39	47	117	213	236	7
Kuru hava	21	40	103	282	107	73	25	38
Gri-bulutlu hava	118	140	204	91	75	26	24	11
Uzun günler	18	34	47	103	128	186	149	24
Yüksek polen düzeyi	81	82	111	302	29	29	11	44
Sisli-puslu günler	125	169	206	95	44	19	12	19
Kısa günler	82	120	201	191	35	24	15	21
Yağmurlu günler	81	124	177	88	114	53	37	15

Katılımcıların bir yıl içinde yaşadıkları kilo değişimleri ortalaması $2,16 \pm 1,14$ kg olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların %41,8'i (n=288) vücut ağırlıklarında bir yıl içinde 2 ila 3,5 kg değişim olduğunu ifade etmiştir. Bir yıl içerisinde yaşanan kilo değişimi dağılımları Şekil 11'de gösterilmiştir.

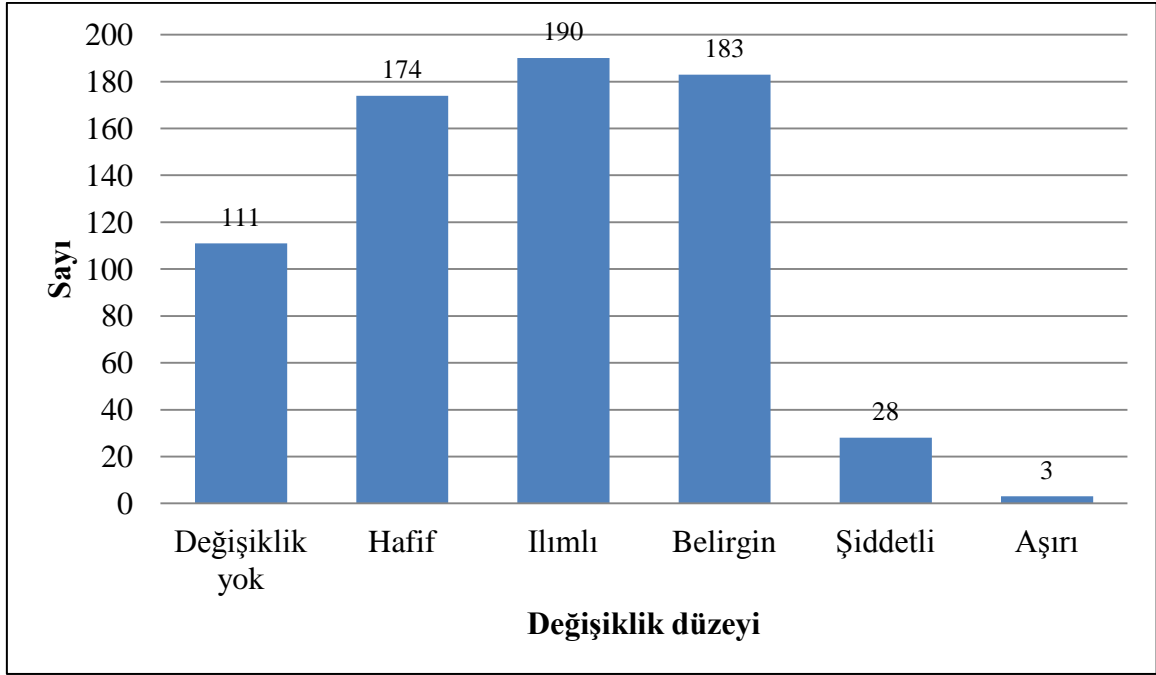


Şekil 11. Katılımcıların yıllık kilo değişimi dağılımları

Mevsime göre günlük uyku saatleri ortalamaları kış mevsiminde $7,81 \pm 1,46$, ilkbaharda $7,56 \pm 1,21$, yaz mevsiminde $8,18 \pm 1,79$, sonbaharda $7,67 \pm 1,18$ olarak bulunmuştur.

“Mevsime bağlı olarak beslenme tercihinizde değişiklik olur mu?” sorusuna 323 (%46,9) katılımcı hayır, 366 (%53,1) katılımcı evet cevabını vermiştir.

Mevsimlerle ilişkili olarak yaşamınızda değişiklikleri sorgulandığında, 111 katılımcı değişiklik olmadığını belirtirken, 578 katılımcı çeşitli düzeylerde değişiklik yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıntılar Şekil 12’de verilmiştir.



Şekil 12. Mevsimlere göre yaşam değişikliği düzeyi dağılımı

ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALAR

Katılımcıların mevsimsellik puanı ortalaması $10,84 \pm 4,06$ iken, bu oran kızlarda $11,16 \pm 3,93$, erkeklerde $10,46 \pm 4,18$ olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile mevsimsellik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$).

Katılımcıların cinsiyetleri ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,013$). Mevsimsel duygudurum bozukluğu ve eşikaltı mevsimsel duygudurum bozukluğu olasılığı kadınlarda yüksek olarak gözlenmiştir. Veriler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Cinsiyet durumları ile mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam n
	n	%	n	%	n	%	
Erkek	156	49,3	49	15,5	111	35,1	316
Kadın	144	38,6	79	21,1	150	40,2	373
Toplam	300	43,5	128	18,5	261	37,8	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.
Pearson ki kare:8,683; $p=0,013$.

Katılımcıların yaşları ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,074).

Medeni durum ile mevsimsellik durumu arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,204).

Katılımcıların vücut ağırlıkları ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,662).

Katılımcıların bir yıl içinde yaşadığı kilo değişimleri ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur (Pearson ki kare: 34,292, p<0,001). Yıllık kilo değişimi fazla olanlarda MDB ve eşik altı MDB riski artmıştır. Veriler Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7. Yıllık kilo değişimi ile mevsimsellik durumunun karşılaştırılması

Yıllık kilo değişimi	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n
0-1,5 kg	117	56,3	22	7,6	69	33,1	208
2-3,5 kg	115	39,9	59	20,5	114	39,6	288
4-5,5 kg	45	37,8	23	19,3	51	42,9	119
6-7,5 kg	10	27,0	13	35,1	14	37,9	37
8-10 kg	9	40,9	8	36,4	5	22,7	22
10 kg üzeri	4	26,6	3	20	8	53,3	15
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson kıkare:34,292, p<0,001.

Katılımcıların okudukları sınıf ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında, devam edilen sınıf ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Veriler Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların sınıfları ile mevsimsellik durumunun karşılaştırılması

Kaçınıcı Sınıf	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n
1	68	37,8	41	22,8	71	39,4	180
2	53	45,7	26	22,4	37	31,9	116
3	56	43,7	18	14,1	54	42,2	128
4	36	55,4	7	10,8	22	33,8	65
5	46	43,8	15	14,3	44	41,9	105
6	41	43,2	21	22,1	33	34,7	95
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson ki kare:14,255,p=0,162.

Katılımcıların Edirne’de yaşama süreleri ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,087).

Katılımcıların fakültede geçirdikleri süre ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,149).

Katılımcıların doğdukları coğrafi bölge ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu. İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde doğanlarda MDB oranı en yüksek iken; Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde doğanlarda eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu riski yüksek; Ege, yurtdışı ve Doğu Anadolu bölgelerinde doğanlarda risk en düşük olarak bulunmuştur. Veriler Tablo 9’da özetlenmiştir.

Katılımcıların doğum yerlerinin Edirne’ye olan mesafesi ile mevsimsellik varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (p=0,623). Veriler Tablo 10’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Doğduğu bölge ile mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

Doğduğu Bölge	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam n
	n	%	n	%	n	%	
Marmara	169	41,3	77	18,8	163	39,9	409
Ege	18	54,6	7	21,2	8	24,2	33
Akdeniz	8	28,5	8	28,5	12	43,0	28
İç Anadolu	15	38,5	11	28,2	13	33,3	39
Karadeniz	23	33,3	15	21,8	31	44,9	69
Doğu Anadolu	19	51,4	3	8,1	15	40,5	37
Güneydoğu Anadolu	4	33,3	3	25	5	41,7	12
Yurtdışı	44	70,9	4	6,5	14	22,6	62
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson ki kare: 34,824, p=0,002.

Tablo 10. Doğum yeri uzaklığı ile mevsimsellik varlığının karşılaştırılması

Doğum yeri uzaklığı	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam n
	n	%	n	%	n	%	
0-300km	221	45,0	87	17,7	183	37,3	491
300-600km	47	37,9	28	22,6	49	39,5	124
600 üstü km	32	43,2	13	17,6	29	39,2	74
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson ki kare: 2,624, p=0,623.

Katılımcıların Edirne'ye geldikleri coğrafi bölge ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu (p=0,019). MDB oranları Güneydoğu ve İç Anadolu bölgelerinden; eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu oranları Akdeniz, Güneydoğu ve Karadeniz bölgelerinden gelenlerde en yüksek iken yurtdışı, Ege ve

Doğu Anadolu bölgesinden gelenlerde en düşük olarak bulundu. Veriler Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11. Geline coğrafi bölge ile mevsimsellik durumunun karşılaştırılması

Geldiği Bölge	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam n
	n	%	n	%	n	%	
Marmara	221	42,8	95	18,4	200	38,8	516
Ege	17	50	8	23,5	9	26,5	34
Akdeniz	8	30,8	7	26,9	11	42,3	26
İç Anadolu	8	32,0	8	32,0	9	36,0	25
Karadeniz	15	34,9	9	20,9	19	44,2	43
Doğu Anadolu	5	62,5	0	0	3	37,5	8
Güneydoğu Anadolu	1	25	1	25	2	50	4
Yurtdışı	25	75,7	0	0	8	24,3	33
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson kıkare:27,055, p=0,019.

Katılımcıların geldikleri yerde yaşamış olma süreleri ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (p=0,183). Katılımcıların geldikleri yerin Edirne’ye olan mesafesi mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p=0,648). Veriler Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Geline yerin uzaklığı ile mevsimsellik varlığının karşılaştırılması

Geline yerin uzaklığı	Mevsimsellik yok		MDB		Eşikaltı MDB		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n
0-300km	253	44,6	101	17,8	213	37,6	567
300-600km	32	38,1	20	23,8	32	38,1	84
600 üstü km	15	39,5	7	18,4	16	42,1	38
Toplam	300	43,5	128	18,6	261	37,9	689

MDB: Mevsimsel duygudurum bozukluğu.

Pearson ki kare:2,480, p=0,648.

TARTIŞMA

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların cinsiyetleri 316 erkek (%45,8), 373 kız (%54,2) olarak saptandı. Çalışmamız örgün-karma eğitim yapan bir fakültenin öğrencileri ile yapıldığından kadın erkek oranlarının birbirine yakın olması buna uygundur.

Katılımcıların cinsiyetleri ile mevsimsellik puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda mevsimsellik puanı ortalaması $10,84 \pm 4,062$ olup, bu puan kızlarda $11,16 \pm 3,93$; erkeklerde $10,46 \pm 4,18$ 'dir. Kuloğlu ve ark. (35) tarafından Elazığ'da 260 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan çalışmada mevsimsellik puanı $12,24 \pm 7,32$ olup; erkeklerin mevsimsellik puanı ortalaması, kızlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Noyan ve ark. (5) tarafından İzmir'de 271 kişide yapılan çalışmada mevsimsellik puanı ortalaması $8,21 \pm 4,45$ bulunmuş, kadınlarda ($8,54 \pm 4,45$) erkeklerden ($7,75 \pm 4,43$) daha yüksek olarak bulunmuştur. Dam ve ark. (36) tarafından 1998 yılında Danimarka'da 1794 kişi üzerinde yapılan çalışmada mevsimsellik puanı kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Kegel ve ark. (37) tarafından Grönland'da dört farklı enlemde yapılan çalışmada mevsimsellik puanı ortalaması 4,7 olup, kadınlarda 5,65; erkeklerde 3,76 olarak bulunmuştur. Bu ortalama istatistiksel anlamlı olarak kadınlarda daha yüksektir. Ercan ve ark. (38) tarafından İstanbul'da 422 kişide yapılan çalışmada mevsimsellik puanı $9,01 \pm 4,5$ (kadınlarda $9,31 \pm 4,5$, erkeklerde $8,63 \pm 4,59$) saptanmıştır. Kadınlarla erkekler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yöney ve ark. (39)'nın 228 tıp fakültesi öğrencisinde yaptıkları çalışmada mevsimsellik puanı $11,7 \pm 4,1$ olup, kadınların ortalaması ($12,4 \pm 3,7$) erkeklerinkinden ($11,0 \pm 2,6$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Mevsimsellik puanı mevsimsel duygudurum bozukluğu tanısında önemli bir

kriter olduğundan, cinsiyet arasındaki bu fark mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığında anlamlıdır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Çalışmamızda MDB ve eşikaltı MDB sıklığının kadınlarda yüksek olduğu gözlemlendi. Hegde ve Woodson (40)'un 1996 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 409 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların mevsimsel duygudurum değişikliğini anlamlı oranda daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Steinhausen ve ark. (41) tarafından 2008 yılında İsviçre'de 844 kişiyle yapılan çalışmada MDB oranı ortalama %7,8; eşikaltı MDB oranı ortalama %33,04 olarak bulunmuş; MDB oranı erkeklerde %5,95, kadınlarda %9,84 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kasper ve ark. (42) tarafından 1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 416 kişi ile yapılan çalışmada MDB oranı %4,3, eşikaltı MDB oranı %13,5; kadın/erkek oranı 3,5/1; eşikaltı MDB'da 1,2/1 olarak ölçülmüştür. Booker ve Hellekson (43)'un 1992 yılında Alaska'da 145'i erkek, 138'i kadın 283 kişide yaptıkları çalışmada, MDB kadınlarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ercan ve ark. (38) tarafından yapılan çalışmada MDB oranı %12,3 bulunmuş, bu oran kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (kadınlarda %14,8, erkeklerde %9,1). Bütün duygudurum bozuklukları gibi MDB durumunda da kadın cinsiyet mevsimsel duygudurum bozukluğu açısından risk altındadır. Yukarıda da örneklendirildiği gibi, yapılan birçok çalışmada bu durumla uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır.

Katılımcıların 6'sı evli olduğunu, 1 kişi evli ve eşiyle ayrı yaşıyor olduğunu, 2 kişi dul olduğunu, geri kalan 680 kişi hiç evlenmediklerini belirtmiştir. Medeni durum ile mevsimsellik durumu arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan popülasyonun yaş ortalamasının düşüklüğü ve öğrenci olmaları çoğunluğunun bekâr olmasını açıklamaktadır.

Çalışmamıza katılanların yaş ortalamaları $21,58 \pm 2,4$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda yaş ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan popülasyonun üniversite öğrencileri olması yaş ortalamasının temel nedenidir. Çalışmaya dâhil edilme kriterlerindeki farklılıklar diğer çalışmalardaki farklı yaş ortalamalarını açıklamaktadır. Muscettola ve ark. (44) tarafından 1994 yılında İtalya'da 543 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada ortalama yaş 49,6 olarak ölçülmüş, daha küçük yaşların mevsim değişimlerine karşı daha hassas olduğu bulunmuştur. Hegde ve Woodson (40)'un 1996 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 409 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada ortalama yaş 29,7 olarak bulunmuş; gençlerin anlamlı oranda yaşlılardan daha fazla mevsimsel

duygudurum değişikliği gösterdiği; 30-39 yaş arası grubun daha yaşlı gruplardan mevsimsel uyku, beslenme, kilo, yeme alışkanlığı değişikliğini daha çok yaşadıkları gösterilmiştir. Dam ve ark. (36) tarafından 1998 yılında Danimarka'da 1794 kişi üzerinde yapılan çalışmada mevsimsellik açısından yaş ve cinsiyette anlamlı fark bulunmamıştır. Ercan ve ark. (38) tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 30,2±8,5 olarak bulunmuş, MDB olanların yaş ortalaması daha düşük (27,6±6,22) bulunmuştur. Bu çalışmalarda da görüleceği üzere daha genç bireylerde genel olarak mevsimsellik daha fazla yaşanmaktadır. Yaşam şartlarındaki görece hızlı değişim, vücutlarındaki hormonal farklılaşma, savunma ve uyum mekanizmalarındaki yetersizlik, hayatla ilgili tecrübe-yaşanmışlık eksiklikleri ve muhtemel ekonomik olanaksızlıklar gençleri duygudurum açısından daha labil kılmaktadır ve gençlerdeki mevsimsellik bu şekilde açıklanabilir.

Katılımcıların kilo ortalamaları 65,89±13,4 kg olarak ölçülmüştür. Kızların kilo ortalaması 57,41±8,17; erkeklerin kilo ortalaması 75,91±11,64 olarak iki ayrı başlıkta değerlendirilebilir. Vücut ağırlığı ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Imai ve ark. (45) tarafından 2001 yılında Japonya'da 3237 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada ortalama vücut kitle indeksi 20,1 olarak ölçülmüş ve mevsimsellik açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılanların fakültede geçirdikleri yıl ortalaması 3,31 yıl; Edirne'de geçirdikleri yıl ortalaması 3,95 yıl; gelinen yerde oturulan yıl ortalaması 15,49±5,6 yıl olarak saptanmıştır. Devam edilen sınıf ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Edirne'de yaşanan süre ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Fakültede geçirilen süre ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Gelinen yerde yaşamış olma süresi ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Low ve Feissner (46)'in Kuzey New England'da yaşayan 76 öğrenci ile 1998 yılında yaptığı çalışmada okuldaki yıl ile MDB arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Rosen ve ark. (47) tarafından 1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 27 ve 42,5 kuzey enlemleri arasında 1671 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada şehirler arasında enerji seviyesi ve yemek yeme bakımından anlamlı fark yokken; uyku uzunluğu, duygudurum değişimi ve kilo değişimi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Mevsimsellik ve yaşam süreleri arasında anlamlı bir bağlantıya rastlanmamış olunması; çalışmamıza katılanların öğrenci olmaları dolayısıyla görece kısa bir süredir Edirne'de yaşıyor olmaları ve geldikleri yer ile Edirne'deki günlük güneş alma

sürelerinin ülkenin coğrafi yapısı bakımından benzerlik gösteriyor olması nedenleri ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılanların mevsimlere göre günlük uyku saati ortalamaları; kışları 7,81 saat; ilkbaharda 7,56 saat; yaz aylarında 8,18 saat; sonbahar aylarında 7,67 saat olarak bulunmuştur. Kuloğlu ve ark. (35) tarafından Elazığ'da 260 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan çalışmada öğrenciler %62,5'inin uyku sürelerinin mevsimlerden ılımlı ve daha fazla derecede (2 puan ve üstü) etkilendiklerini ve en az yaz aylarında (%10,6) uyuduklarını bildirmişlerdir. Mersch ve ark. (48) tarafından 2002 yılında Hollanda'da 45 kış depresyonu ve 37 sağlam kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada MDB olan hastaların uyku saatleri 9,04 saat olarak ölçülmüş ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MDB olan hastaların birçok günlük aktivitesinde, diğer insanlara kıyasla oldukça fazla bir mevsimsellik gözlenmektedir. Uyku saatlerindeki değişim MDB'nun bu doğal yapısıyla açıklanabilir. Ayrıca çalışmamıza dâhil edilen kişilerin öğrenci olmaları ve ülkemiz şartlarında da yazların tatil olması nedeniyle, günlük aktivitelerde farklılık yaşanıyor olabilir. Mevsimlerin kendi özel şartları dolayısıyla insanlara yaptığı tesirlerin yanında, insanların mevsimlere göre farklı aktivitelerde bulunmaları da bu duruma etki ediyor olabilir.

Kilo değişim oranları ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Yıllık kilo değişim oranı fazla olanlarda MDB ve eşik altı MDB riski artmıştır. Brewerton ve ark. (49) tarafından 1992 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 41 yeme bozukluğu olan kişi üzerinde yapılan çalışmada tüm yeme bozukluklarında sosyal aktivite, kilo kaybı, uyku değişimleri, enerji düzeyi, duygudurum ve yeme alışkanlıklarında mevsimsel değişiklikler kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Kuloğlu ve ark. (35) tarafından Elazığ'da 260 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan çalışmada öğrencilerin %56,3'ü vücut ağırlıklarının, %58,6'sı iştahlarının mevsimlerden ılımlı ve daha fazla derecede (2 puan ve üstü) etkilendiklerini bildirmişlerdir. Bu değişimler de daha önce belirtildiği gibi zaten MDB'nin komponentleri arasındadır. Kilo değişimi de MDB doğal seyri içinde mevsimselliği ön plana geçen bir konudur. Bizim çalışmamızın sonuçları da diğer çalışmalar gibi bu durumla uyumludur.

Mevsimsellikten etkilenen diğer durumlar gözden geçirildiğinde, çalışmamıza katılanların %37'si sosyal yaşantıda mevsimlere göre belirgin değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Mevsimlere göre kilo değişikliği %38,6 oranında 'hafif'; iştah değişikliği ise %31,3 oranında 'hafif' ve %32,9 oranında 'ılımlı' olarak tarif edilmiştir. Enerji düzeyinde değişiklik %35,4 oranında 'belirgin' olarak belirtilmiştir. Kuloğlu ve ark. (35) tarafından yapılan

çalışmada öğrencilerin %65,7'si ruhsal durumlarının, %78,2'si sosyal faaliyetlerinin, %56,3'ü vücut ağırlıklarının, %62,5'i uyku sürelerinin, %58,6'sı iştahlarının, %62,4'ü enerji durumlarının mevsimlerden 'ılımlı' ve daha fazla derecede (2 puan ve üstü) etkilendiklerini bildirmişlerdir. Ercan ve ark. (38) tarafından İstanbul'da 422 kişide yapılan çalışmada katılımcıların %32,9'u uyku miktarlarının, %61,8'i sosyal yaşantılarının, %58,3'ü enerji düzeylerinin mevsimlerden ılımlı ve daha fazla etkilendiğini belirtmişlerdir. Yöney ve ark. (39)'nın 228 tıp fakültesi öğrencisinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %71,1'i ruhsal durumlarının, %82,0'ı sosyal faaliyetlerinin, %45,2' si vücut ağırlıklarının, %60,5'i uyku sürelerinin, %57,0'i iştahlarının, %76,8'i enerji durumlarının mevsimlerden 'orta' ve daha fazla derecede etkilendiğini bildirmişlerdir. Wirz-Justice ve ark. (50) tarafından İsviçre'de 980 katılımcıyla yapılan çalışmada; MDB+eşikaltı MDB olanlarda yıl boyunca iştah değişikliklerinin diğer insanlardan anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur. Bu kişilerde kış mevsiminde karbonhidrat alımı anlamlı olarak yüksektir ve uyku süreleri daha fazladır.

'Mevsimlerle ilişkili olarak yaşamınızda değişiklik olur mu?' sorusuna katılımcıların 111'i 'değişiklik yok', 174'ü 'hafif', 190'ı 'ılımlı', 183'ü 'belirgin', 28'i 'şiddetli', 3'ü 'kısıtlayıcı' cevabını vermiştir. Ercan ve ark. (38) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların 293 (%69,4)'ü mevsimlerle ortaya çıkan değişiklikleri sorun olarak algıladığını belirtmiştir. Bu katılımcıların 43 (%33,3)'ü bu değişiklikleri belirgin ve şiddetli bir sorun olarak algıladığını belirtmiştir.

Katılımcıların kendilerini en iyi hissettikleri aylar haziran ve temmuz iken, en çok kilo aldıkları aylar aralık ve ocak, en çok sosyal yaşantı haziran ve temmuz aylarında, en az uyku aralık ve ocak aylarında, en çok yemek yeme aralık, ocak ve şubat aylarında, en çok kilo verme mayıs ve haziran aylarında, en az sosyal yaşantı aralık ve ocak aylarında, en kötü hissetme aralık ve ocak aylarında, en az yemek yeme temmuz ve ağustos aylarında, en fazla uyuma temmuz ve ağustos aylarında saptanmıştır. Katılımcıların sıcak hava, kuru hava, güneşli hava ve uzun günlerde mizaç ve enerji düzeyinde artış gözlenirken; soğuk hava, nemli hava, gri-bulutlu hava, yüksek polen düzeyi, sisli puslu günler, kısa günler ve yağmurlu günlerde mizaç ve enerji düzeyinde azalma gözlenmiştir. Kuloğlu ve ark. (35) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar kendilerini en iyi yaz (%57,3) ve ilkbahar (%27,8) aylarında hissettiklerini en çok yaz (%54,9) ve ilkbahar (%24,1) aylarında sosyal faaliyette bulduklarını, en az yaz aylarında (%10,6) uyduklarını, güneşli havalarda kendilerini daha iyi hissettikleri, sisli-puslu ve gri bulutlu havalarda kötü hissettiklerini bildirmişlerdir. Ercan ve ark. (38) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar kendilerini en iyi ilkbahar ve yaz

aylarında hissettiklerini, en kötü sonbahar ve kış aylarında hissettiklerini, en çok ilkbahar ve yaz aylarında sosyal faaliyette bulduklarını, genellikle güneşli havalardan olumlu, gri-bulutlu havalardan olumsuz etkilendiklerini bildirmişlerdir. Kış aylarında meteorolojik şartlar dolayısıyla azalan fiziksel hareketlilik ve görece artan ev içi yaşam, kilo alımını, sosyal yaşamdaki gerilemeyi açıklamaktadır. Günlük yaşamın doğal seyrine bağlı duygudurum değişiklikleri, birçok insanda mevsime bağlı çalışma şartları dolayısıyla değişkenlik gösterebilmektedir.

Katılımcıların doğdukları bölge ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde doğanlarda mevsimsellik en yüksek iken; Akdeniz ve Karadeniz Bölgelerinde doğanlarda eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu riski yüksek; Ege, yurtdışı bölgelerinde doğanlarda risk en düşük olarak bulunmuştur. Doğum yerlerinin mesafesi ile mevsimsellik varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır. Katılımcıların geldikleri bölge ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. MDB oranları Güneydoğu ve İç Anadolu'dan; eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu oranları Akdeniz, Güneydoğu ve Karadeniz bölgelerinden gelenlerde en yüksek iken yurtdışı, Ege ve Doğu Anadolu bölgesinden gelenlerde en düşük olarak bulunmuştur. Geline mesafe ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Imai ve ark. (45) tarafından 2001 yılında Japonya'da 3237 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada kuzey ve güney şehirleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Muscettola ve ark. (44) tarafından 1994 yılında İtalya'da 543 kişi üzerinde yapılan çalışmada yüksek enlemlerin ve sosyokültürel değişkenlerin etkili olduğunu söylemek için açık kanıt bulunmamıştır. Rosen ve ark. (47) tarafından 1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 27 ve 42,5 kuzey enlemleri arasında 1671 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada şehirler arasında enerji seviyesi ve yemek yeme bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Mevsimlerden etkilenme %24,2 New York (kuzey), %13,5 Sarasota (güney) anlamlı farklı bulunmuş. Bu özellikler kuzeydeki New York'ta fazla iken, güneydeki Sarasota'da az olarak ölçülmüş. Mevsimsellik puanı kuzeyde güneydekinden anlamlı oranda fazla değişiklik göstermiştir. MDB oranları %1,4 ile %9,7 arasında değişirken, eşikaltı MDB %2,6 ile %12,4 arasında bulunmuştur. En kötü hissetmeye kış mevsimi diyenler New York'ta %46,9, Sarasota'da %17,6 olarak ölçülmüştür. Low ve Feissner (46)'in 18-22 yaş arası Kuzey New England'da yaşayan 76 öğrenci ile 1998 yılında yaptığı çalışmada, güneyden gelen öğrencilerde mevsimselliğin anlamlı oranda arttığı gözlenmiştir. Kegel ve ark. (37) tarafından Grönland'da dört farklı enlemde yapılan çalışmada

mevsimsellik puanı enlem arttıkça artmış, anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Aynı çalışmada MDB oranı %9 olup, dört enlem bölgesi arasında güneydeki Nuuk'da %6,9 iken kuzeydeki bölgelerde artmıştır. Elbi ve ark. (51) tarafından Türkiye'de dört farklı enlemde, sekiz ilde 1749 katılımcıda yapılan çalışmada, MDB sıklığı Edirne'de %3,97, aynı enlemdeki Trabzon'da %3,64 olarak bulunmuştur. Birçok çalışmada öne çıkan sonuç yaşanan yerler arasında enlem farklılığı arttıkça yaşam koşullarının da ciddi değişiklikler gösterdiği çalışmalarda sıklıkla kuzey enlemlerinde duygudurumun daha fazla mevsimsellik gösterdiği düşünülmektedir. Bu da gerek fiziki şartlar, gerekse MDB patofizyolojisinde vurgulanan ışıktan yeterince faydalanamama teorisi ile uyumludur. Ülkemiz gibi kuzey-güney mesafesi fazla olmayan ve aynı kuşak içinde kalan yerlerde yapılan çalışmalarda, duygudurumla mevsimsellik arasında bağlantı olmaması öngörülebilir bir durumdur. Fakat çalışmamızda gelen mesafe ile mevsimsellik arasında bağlantı bulunmazken, katılımcıların doğdukları bölge ve geldikleri bölgelerle mevsimsellik arasında bağlantı bulunmuştur. Her ikisinde de Ege bölgesi ve yurtdışından gelenlerin ve oralarda doğanların MDB oranları en düşüktür. Yurtdışından gelen katılımcıların büyük çoğunluğu yakın Balkan ülkelerinden gelmektedir. Bu sonuçlar, coğrafi şartlardan ve mesafeden ziyade Edirne ile benzer kültürel yaşama sahip yerlerden gelenlerin uyumlarının daha kolay olduğu ve dolayısıyla duygudurumlarında daha az mevsimsellik olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Mevsimsel değişikliklerin öğrencilerin yaşam şekilleri ve duygudurumlarında etkili olduğu, kendilerini en kötü kış aylarında hissettikleri, sosyal yaşantılarının kış aylarında en az olduğu gerçeği eğitim ve öğretimin yoğun olduğu dönemlerle birlikte göz önüne alındığında, rehberlik faaliyetleri ve öğrencilerin sosyal yaşantılarına yönelik etkinlikler açısından dikkate alınmalı ve bu yönde düzenleyici çalışmalar yapılmalıdır.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde mevsimsel duygudurum bozukluğu yaygınlığını araştırmak amacıyla 689 katılımcı ile yapılan çalışmamızda ulaşılan sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya katılan 689 öğrencinin 316'sı (%45,8) erkek, 363'ü (%54,2) kız idi. Yaş ortalamaları $21,58 \pm 2,4$ olarak bulundu.
2. Çalışmaya katılan öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları $65,89 \pm 13,4$ kg, kızların kilo ortalaması $57,41 \pm 8,17$, erkeklerin kilo ortalaması $75,91 \pm 11,64$ olarak bulundu.
3. Mevsimsellik puanı ortalaması $10,84 \pm 4,06$ olarak bulundu. Bu oran kızlarda $11,16 \pm 3,93$, erkeklerde $10,46 \pm 4,18$ olarak bulundu.
4. Katılımcıların %18,5'inde MDB saptanmış olup ve bu oran kızlarda %21,1, erkeklerde %15,5 olarak bulundu. Eşikaltı MDB oranı ise %37,8 iken, kızlarda %40,2, erkeklerde %35,1 oranında saptandı. MDB ve eşikaltı MDB oranları kızlarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
5. Katılımcıların kendilerini en iyi yaz aylarında hissettiği, kendilerini en kötü kış aylarında hissettiği, sosyal yaşantılarının en çok yaz aylarında olduğu, en az kış aylarında olduğu bulundu.
6. Katılımcıların yıllık kilo değişim oranları ile MDB ve eşikaltı MDB arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Kilo değişim oranı yüksek olanlarda MDB ve eşikaltı MDB oranı yüksektir.

7. Katılımcıların doğdukları bölge ile MDB ve eşikaltı MDB oranları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde doğanlarda MDB sıklığı yüksek iken, Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde doğanlarda eşikaltı MDB sıklığı yüksektir.
8. Katılımcıların Edirne'ye geldikleri bölge ile MDB ve eşikaltı MDB arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. MDB oranları Güneydoğu ve İç Anadolu'dan; eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu oranları Akdeniz, Güneydoğu ve Karadeniz bölgelerinden gelenlerde daha yüksek bulundu.
9. Katılımcıların öğrenci olmaları, mevsimsel değişikliklerin öğrencilerin yaşam şekilleri ve duygudurumlarında etkili olduğu, kış aylarında eğitim programlarının yoğun olması ile birlikte göz önüne alındığında rehberlik faaliyetlerinde bu yönde düzenlemeler yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

ÖZET

Günümüzde, mevsimsel değişikliklerle eşzamanlı, yılın belirli dönemlerinde ortaya çıkan ve yinelenen duygudurum değişiklikleri, mevsimsel duygudurum bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Bu araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinde mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığını araştırmak, mevsimsel değişikliklerin duygudurum ve davranışlar üzerindeki etkisini değerlendirmek, öğrenci ve eğitimcilerin konuyla ilgili bilgi düzeyini artırmak ve öğrencilerin eğitim ve yaşam kalitelerini geliştirmek amaçlanmıştır.

15 Nisan 2011-15 Haziran 2011 tarihleri arasında,Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine demografik özellikleri ve mevsimlerle ilişkili yaşam değişikliklerini sorgulayan bir anket formu uygulanmıştır. Çalışmada 689 öğrenciye ait veriler kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığının %18,5, eşikaltı mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığının %35,1 olduğu, kızlarda erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yıllık kilo değişimi, doğum yeri ve Edirne'ye geldikleri coğrafi bölge yönünden de mevsimsel duygudurum bozukluğu ve eşikaltı mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığı istatistiksel anlamlı olarak farklı bulunmuştur.

Araştırmada öğrencilerin %83,8'i mevsimlerle ilişkili olarak yaşamlarında değişiklik olduğunu, bunların %31,7'i belirgin, %4,8'ü şiddetli ve %0,5'i kısıtlayıcı bir sorun olarak algıladığını belirtmiştir. Öğrencilerin kendilerini en iyi yaz aylarında hissettikleri, sosyal yaşantılarının en çok yaz aylarında olduğu, kendilerini en kötü kış aylarında hissettikleri, sosyal yaşantılarının en az kış aylarında olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin havalara göre mizaç ya da enerji düzeylerinde değişiklik olduğu, güneşli hava, sıcak hava ve uzun günlerde

artış gözlenirken, soğuk hava, yağmurlu günler ve sisli puslu günlerde azalma olduğu saptanmıştır.

Bu bilgiler ışığında öğrencilerin duygudurum değişikliklerinin dikkate alınması ve gerekirse bu yönde düzenlemeler yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Duygudurum, Mevsimsellik, Tıp öğrencileri

SEASONAL AFFECTIVE DISORDER AMONG MEDICAL STUDENTS

SUMMARY

Recurrent mood changes occurring in certain times of the year in concordance with seasonal changes are classified as seasonal affective disorder. The aim of this research is to determine the frequency of seasonal affective disorders, to evaluate the impact of seasonal changes on mood and behavior and thus to improve the knowledge of the educators and students on the topic and the quality of life and education of the students.

A questionnaire investigating the demographical features and seasonal life changes has been applied to the students of Trakya University Medical Faculty between 15 April 2011 and 15 June 2011. Data of 689 students has been analyzed.

The frequencies of seasonal affective disorder and subsyndromal seasonal affective disorder were 18.5% and 35.1%, respectively, which were higher among female than male students. There were statistically significant relationships between seasonal affective disorder-subsyndromal seasonal affective disorder and annual weight changes, place of birth and geographical region students came from.

83.8% of the students stated that they had seasonal life changes, of which 31.7% was marked, 4.8% severe and 0.05% disabling. It is determined that the students feel best in summer, socialize most in summer, feel worst in winter, and socialize least in winter. There was a change in mood or energy level according to weather conditions, which elevates during sunny, hot, and long days, whereas it reduces in cold, rainy and foggy-smoggy days.

In the light of this knowledge, it would be beneficial to take the mood changes of the students in consideration and to apply mood lifting arrangements if necessary.

Keywords: Mood, Seasonality, Medical students

KAYNAKLAR

1. Evans P, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I et al. (Çeviri: O. Başak). Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa tanımı. TAHUD Yayınları-3, İstanbul, 2003:s:8-11
2. Moe KO, Privitera C. Psikososyal bozukluklar (çeviri: G. Dişçigil). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current Aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2007. s.599-609.
3. Bilgel N. Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi,2006: s. 597.
4. Yaman H. Aile Yönelimli Birincil Bakım. İkinci Basım. İstanbul: Yüce Yayım, 2007:348-9.
5. Noyan MA, Karababa AO, Veznedaroğlu B, Elbi H, Korukoğlu S. İzmir'de yarı-kırsal bir bölgede mevsimsel duygudurum bozukluğunun yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(3):169-74.
6. Aşkın R. Depresyonun Klinik Altıipleri. Duygudurum Bozuklukları Dizisi. 2000;1(2):53-63.
7. Dağdeviren N, Oral ET, Dedeoğlu S. Bipolar Affektif Bozuklukta Mevsimsellik. Düşünen Adam 1998;11(4): 53-5.
8. Yüksel N. Dirençli Depresyonların Tedavisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 1998;1(2):115-9.
9. Sayın A, Aslan S. Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2005;16(4):276-83.
10. Ceylan ME, Yazan B. Depresyonun Biyolojik Tedaviler. Psikiyatri Dünyası 1998;2:60-7.
11. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2):65-7.
12. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y et al. A description of the syndrome and preliminary finding swith light therapy. Arch Gen Psychiatry 1984;41(1):72-80.
13. Leonhardt G,Wirz-Justice A, Kräuchi K, Graw P, Wunder D, Haug HJ. Long- term follow up depression seasonal affective disorder. Comp Psychiatry 1994;35(6):457-64.

14. Jakobsen FM, Wehr TA, Sack DA, James S, Rosenthal NE. seasonal affective disorder: a review of the syndrome and its public health implications. Am J Public Health 1987; 77(1):57-60.
15. Wehr TA, Rosenthal NE. Seasonality of affective disorder. Am J Psychiatry 1989;146(7):829-39.
16. Wehr TA, Giesen HA, Schulz PM, Anderson JL, Joseph-Vanderpool JR, Kelly K et al. Contrast between symptoms of summer depression and winter depression. J Affect Disord 1991;23(4):173-83.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi,2007: s. 1580.
18. Ateşçi FÇ. Depresyonun Seyri. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2000;1(2):99-103.
19. Güdücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. Turk Psikiyatri Derg 2005;16(4):245-51.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (çeviri editörü: E. Köroğlu). Ankara:Hekimler Yayın Birliği;1998:515-6.
21. Noyan MA, Elbi H, Korukoğlu S. Mevsimsel gidiş değerlendirme formu (MGDF): Güvenilirlik araştırması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(2):69-77.
22. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(3):368-86.
23. Uğur MT, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. STE sempozyum dizisi İstanbul, 2008;62:59-84.
24. Çalıyurt O, Çakır Edis E, Altıay G. Akut Tam Uyku Yoksunluğunun Enerji Metabolizması Üzerine Etkileri. Nöropsikiyatri Arşivi 2011;48(1):17-21.
25. Çalıyurt O. Duygudurum Bozuklukları ve Biyolojik Ritm. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2001;1(5):209-14.
26. Kesebir S, Etlik Aksoy A. Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(3):281-307.
27. Oğuz A, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları etiyojisinde diğer nörotransmitter sistemler. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2003;1(7):312-9.
28. Özen Ş, Tanrikulu AÇ, Eren Dağlı C, Özkan M. Astımlı hastalarda mevsimsel duygudurum değişikliği, genelleşmiş ve obsesif anksiyetenin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri 2004;5(1):22-7.
29. Aydemir Ö. Atipik depresyon. Klinik Psikiyatri 2004;7 Ek 2:49-53.
30. Vahip S. Bipolar depresyon. Klinik Psikiyatri 2004;7 Ek 1:41-4.
31. Vahip S. Araştırmalardan klinik uygulamaya bipolar depresyon tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999;9:213-21.
32. Akyar M, Akdemir N. Yaşlı Bireylerde uyku sorunlarının çözümünde ışık tedavisinin kullanımı. Akad Geriatri 2011;3:71-5.
33. Ekinci M, Okanlı A, Gözüağca D. Mevsimsel depresyonlar ve başatme yolları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(1):109-12.

34. Taneli B, Taneli Y, Taneli T. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte bulunmaları ve psikofarmakolojik tedavi yaklaşımı. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5(4):115-29.
35. Kuloğlu M, Atmaca M, Ünal A, Tezcan AE. Tıp fakültesi öğrencilerinde duygudurum ve mevsimsellik. *Fırat Tıp Dergisi* 2001;2(3):252-7.
36. Dam H, Jakobsen K, Mellerup E. Prevalence of winter depression in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(1):1-4.
37. Kegel M, Dam H, Alı F, Bjerregaard P. The prevalence of seasonal affective disorder (SAD) in Greenland is related to latitude. *Nord J Psychiatry* 2009;63(4):331-5.
38. Ercan Ş, Topçuoğlu V, Yöney H. Mevsimsellik ve mevsimsel duygudurum bozukluğu. *Türk Psikiyatri Derg* 1997;8(1):55-60.
39. Yöney TH, Taybılı B, Göktepe EO. İstanbul'da üniversite öğrencilerinde ruhsal durum ve davranışlarda mevsimsellik. *Düşünen Adam* 1995;8(1):38-42.
40. Hegde AL, Woodson H. Prevalence of seasonal changes in mood and behavior during the winter months in central Texas. *Psychiatry Res* 1996;62(3):265-71.
41. Steinhausen HC, Gundelfinger R, Metzke CV. Prevalence of self reported seasonal affective disorders and the validity of the seasonal pattern assessment questionnaire in young adults Findings from a Swiss community study. *J Affect Disord* 2009;115(3):347-54.
42. Kasper S, Wehr TA, Bartko JJ, Gaist PA, Rosenthal NE. Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(9):823-33.
43. Booker JM, Hellekson CJ. Prevalence of seasonal affective disorder in Alaska. *Am J Psychiatry* 1992;149(9):1176-82.
44. Muscettola G, Barbato G, Ficca G, Beatrice M, Puca M, Aguglia E et al. Seasonality of mood in Italy: role of latitude and sociocultural factors. *J Affect Disord* 1995;33(2):135-9.
45. Imaia M, Kayukawab Y, Ohtab T, Lib L, Nakagawa T. Cross-regional survey of seasonal affective disorders in adults and high-school students in Japan. *J Affect Disord* 2003;77(2):127-33.
46. Low KG, Feissner JM. Seasonal affective disorder in college students: prevalence and latitude. *J Am Coll Health* 1998;47(3):135-7.
47. Rosen LN, Targum SD, Terman M, Bryant JM, Hoffman H, Kasper SF et al. Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. *Psychiatry Res* 1990;33(2):131-44.
48. Mersch PPA, Vastenburger VC, Meesters Y, Bouhuys AL, Beersma DGM, van den Hoofdakker RH et al. The reliability and validity of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire: a comparison between patient groups. *J Affect Disord* 2004;80(2,3):209-19.
49. Brewerton TD, Krahn DD, Hardin TA, Wehr TA, Rosenthal NE. Findings from the seasonal pattern assessment questionnaire in patients with eating disorders and control subjects: effects of diagnosis and location. *Psychiatry Res* 1994;52(1):71-84.
50. Wirz-Justice A, Graw P, Krauchi K, Wacker HR. Seasonality in affective disorders in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108 Suppl. 418: 92-5.

51. Elbi H, Noyan A, Korukoğlu S, Ünal S, Bekaroğlu M, Oğuzhanoğlu N et al. Seasonal affective disorder in eight groups in Turkey: a cross-national perspective. *J Affect Disord* 2002;70(1):77–84.

EKLER

Ek-1: Anket formu

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

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
MEVSİMSSEL DUYGUDURUM BOZUKLUĞU**

Arş. Gör. Dr. Atilla Atalar

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Tıp fakültesi öğrencilerinde mevsimsel duygudurum bozukluğu”nu saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül yada ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

MEVSİMSEL DUYGUDURUM DEĞİŞİKLİK ANKETİ

- Yaşınız:
- Doğum yeriniz:
- Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
- Kilonuz: _____ kg.
- Medeni durumunuz: 1. Evlenmemiş 2. Evli 3. Ayrı/Boşanmış 4. Dul
- Kaçıncı sınıfta okuyorsunuz?
- Fakültede kaçınıcı yılınız?
- Kaç yıldır Edirne'de oturuyorsunuz?
- Edirne'ye nereden geldiniz?
- Edirne'ye geldiğiniz şehirde kaç yıldır oturuyordunuz?
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?
0. Hayır 1. Evet (Belirtiniz: _____)
- Halen bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?
0. Hayır 1. Evet (Belirtiniz: _____)
- Aşağıdaki özellikleriniz mevsimlere göre ne kadar değişmektedir?

	Değişiklik yok	Hafif	İlmlı	Belirgin	Aşırı
A. Uyku miktarı	0	1	2	3	4
B. Sosyal yaşantı	0	1	2	3	4
C. Duygudurum	0	1	2	3	4
D. Kilo	0	1	2	3	4
E. İştah	0	1	2	3	4
F. Enerji düzeyi	0	1	2	3	4

16. Bir yıllık süre içinde kilonuz ne kadar değişir?

1) 0-1,5 kg

4) 6-7,5 kg

2) 2-3,5 kg

5) 8-10 kg

3) 4-5,5 kg

6) 10 kg üzeri

17. Mevsimlere bağlı olarak beslenme tercihlerinizde değişiklik olur mu? (Evet ise belirtiniz.)

0) Hayır

1) Evet: _____

18. Mevsimlere göre günlük ortalama kaç saat uyursunuz?

A. Kış: ____ st.

B. İlkbahar: ____ st.

C. Yaz: ____ st.

D. Sonbahar: ____ st.

19. Mevsimlerle ilişkili olarak yaşamınızda bir değişiklik fark ediyor musunuz?

(Eğer fark ediyorsanız bunu ne düzeyde bir sorun olarak algıladığınızı belirtiniz.)

O Hayır

(0)

O Evet:

O Hafif (1)

O İlimli (2)

O Belirgin (3)

O Şiddetli (4)

O Kısıtlayıcı (5)

EK-2: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu etik onay formu.

**T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye**

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜBADK 2011/82				
	PROTOKOL ADI	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Mevsimsel Duygu durum Bozukluğu				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 071 16	Tarih: 23.03.2011				
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Atilla ATALAR'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye vefvaya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsingki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistika. D.	K	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fiğen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan