

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TRABZON İLİNDE, BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN
KURUMLARA BAŞVURAN BİR GRUP HASTADA DEPRESYON
YAYGINLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Adnan BULUT

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Mehmet BEKAROĞLU

Trabzon-1995

TEZ UZM TIP S BUL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ

TABLolar LİSTESİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problem.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Depresyona Genel Bir Bakış.....	4
2.2. Depresyonun Tarihçesi.....	5
2.3. Depresyonun Etyolojisi.....	6
2.3.1. Depresyonun Oluşumuyla İlgili Biyokimyasal Görüşler.....	6
2.3.2. Psikodinamik Görüşler.....	6
2.3.3. Kognitif Teori.....	7
2.3.4. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli.....	7
2.4. Depresyonun Klinik Tablosu.....	7
2.5. Depresyon ve Somatizasyon.....	8
2.6. Depresyon ve İntihar.....	12
2.7. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	13
3. MATERYAL VE METOD.....	16
3.1. Materyal.....	16
3.2. Metod.....	16
3.2.1. Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Ocaklarının Seçimi.....	16
3.2.2. Araştırmanın Tipi Ve Örnek Seçim Tekniği.....	16
3.3. Veri Toplama Tekniği.....	17
3.4. Anket - Test Formunun Açıklanması.....	17
3.5. İstatiksel Analiz Yöntemi.....	18
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	40
7. ÖZET.....	42
8. SUMMARY.....	43
9. KAYNAKLAR.....	44
EKLER	

ÖNSÖZ

İnsan yaşamını önemli bir biçimde etkileyen ruhsal rahatsızlıkların nedenlerini öğrenmek, bu rahatsızlıkların doğasını anlayabilmek için, her yıl dünyada birçok araştırma yapılmaktadır. İşte, en sık karşılaştığımız rahatsızlık olan "ruhsal rahatsızlıkların nezlesi" olarak tanımlanan depresyon için oluşturulacak yardım ve koruyucu önlemler bağlamında bu tür çabaların önemi bir kat daha artmaktadır.

Bu araştırma ile Trabzon ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bir grup hastada depresyon prevalans oranı ve bunu etkileyen sosyodemografik değişkenler incelenmiştir.

Araştırmanın birinci bölümünde, problem, amaç ve araştırmanın önemi ortaya konmuştur. İkinci bölümde, araştırmanın teorik çerçevesi, araştırma değişkenlerinin mevcut bulguları sunulmuştur. Araştırmanın üçüncü bölümünde, araştırmanın yöntemi anlatılmıştır. Dördüncü bölümde ise araştırmanın bulgularına ve bunların yorumlarına yer verilmiştir. Son bölümde, sonuçlar ile öneriler açıklanmıştır.

Araştırmanın tüm aşamalarında değerli katkılarıyla, gerekli açıklamalarıyla destek olan tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Mehmet BEKAROĞLU'na, çok kıymetli yardımları için Hocalarım Sayın Prof.Dr. Nafiz ULUUTKU ile Doç.Dr. Sema TANRIÖVER'e ve çalışma arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo I.	Olguların Depresyon Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	20
Tablo II.	Olguların Depresyon Durumlarının Cinsiyete Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	21
Tablo III.	Olguların Depresyon Durumlarının Medeni Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	21
Tablo IV.	Olguların Depresyon Durumlarının Ekonomik Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	22
Tablo V.	Olguların Depresyon Durumlarının Eğitim Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	23
Tablo VI.	Olguların Depresyon Durumlarının Mesleklerine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	24
Tablo VII.	Olguların Depresyon Durumlarının Çocuk Sayısına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	24
Tablo VIII.	Olguların Depresyon Durumlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	25
Tablo IX.	Olguların Depresyon Durumlarının Sıgara Kullanımı Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	25
Tablo X.	Olguların Depresyon Durumlarının Aile Tipine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	26
Tablo XI.	Olguların Depresyon Durumlarının Yaşadığı Yere Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	26
Tablo XII.	Olguların Depresyon Durumlarının Bölgedeki Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	27
Tablo XIII.	Olguların Depresyon Durumlarının Stres Kaynağına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	27
Tablo XIV.	Olguların Depresyon Durumlarının Başvuru Sayısına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	28
Tablo XV.	Olguların Depresyon Durumlarının Rahatsızlık Süresine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	29
Tablo XVI.	Olguların Depresyon Durumlarının Sağlık Güvencesine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	29
Tablo XVII.	Olguların Depresyon Durumlarının Sağlık Durmunuz Nasıl Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	30
Tablo XVIII.	Olguların Depresyon Durumlarının Daha Önceden Tedavi Almalarına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	31
Tablo XIX.	Olguların Depresyon Durumlarının Düşünülen Fiziki Hastalığa Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	31
Tablo XX.	Olguların Depresyon Durumlarının Başvuru Yakınmasına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	32
Tablo XXI.	Olguların Depresyon Durumlarının Daha Önceki Hastalığına Sayı ve Göre Yüzde Dağılımı.....	33
Tablo XXII.	Olguların Cinsiyet Durumlarının Depresyon Tipine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	34

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problem

Hemen herkes, geçici süreler, hüzün-keder yönünde duygudurum dalgalanması yaşamıştır. Üzüntü, keder, ilgisizlik, isteksizlik, benzeri olumsuz duygudurum değişimleri, bu hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu duygudurumlar, hayatımızdaki herhangi bir kayba cevap olarak gelişen duygusal tepkilerdir.

Depresyon, bu duygu durumların ısrarlı olması durumudur. Toplumların endüstriyel gelişimlerine paralel olarak, depresyon epidemilerinin de gelişmekte olduğu görülmektedir. Her yıl ABD'de 11 milyon kişi depresyondan etkilenmektedir (1).

Depresyonda genel olarak 4 alanda bozukluk olduğu söylenebilir:

a) Bilişsel alanda (Umutsuzluk düşünceleri, hafıza bozuklukları, hezeyanlar).

b) Duygusal alanda (disfori, irritabilite, anhedonia).

c) Fizyolojik bozukluklar (Kabızlık, ishal, iştahsızlık, cinsel istek kaybı v.b).

d) Davranış bozuklukları (Asteni = enerji azalması, toplumdaki uzaklaşma, mutizm hali, stupor hali v.b) olur (2).

Depresyonun oluşumunu açıklamak için birkaç görüş vardır. Bazılarına göre depresyon, tamamen biyolojik yani fiziksel bir takım olayların sonucu olarak oluşmaktadır. Diğerlerine göre ise, depresyon tamamen psikolojik olaylar sonucunda oluşmaktadır. Ama en doğru açıklama, birbirleriyle etkileşen çeşitli faktörlerin sonucu olarak, depresyonun oluştuğudur. Eğer beyni tüm davranışların merkezi olarak kabul edersek; biyolojik, psikolojik ve zihinsel faktörler aynı olayın farklı tanımlama yolları olarak görülebilir. Bu

durumda, biyolojik açıklamalar depresyonun fiziksel boyutunu, psikolojik açıklamalar da bu fiziksel değişmelerin bizi nasıl etkilediğini açıklar (3).

Yukarıda söylendiği gibi depresyon sadece biyolojik nedenlerle değil, sosyodemografik değişkenlerin etkisiyle de ortaya çıkabilmektedir. Bu değişkenler yaş, cinsiyet, ekonomik durum, meslek, yaşılan yer, göç gibi faktörlerdir. Yaşla depresyon oranı değiştiiği, en yoğun olarak 25-44 yaşları arasında olduğu, sosyo ekonomik durumu düşük olanlarda daha fazla görüldüğu (4); alkol kullanımıyla depresyon arasında pozitif ilişki olduğu (5,6) vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalar, depresyonun medikal yakınması olan hastalar arasında, daha yaygın olduğunu göstermektedir (7,8).

Yine biliniyor ki depresyondaki hastalar somatik yakınmalar nedeniyle ruh sağlığı uzmanları dışındaki hekimlere de çok sık başvurumaktadırlar (9, 10). Ayrıca, sağlık örgütlenmesi iyi olan gelişmiş ülkelerde, ruhsal yakınmalar için de ilk başvuru yerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması öngörülmektedir (11).

Ülkemizde Ankara'da yapılan ve 3 sağlık ocağını içeren bir araştırmada, depresyon oranları %30.0, %17.7, %32.8 şeklinde bulunmuştur (12).

Görüldüğu gibi birincil basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda depresyon oranı yüksektir. Bu nedenle birincil basamak hizmeti veren pratisyen hekimlerin, depresyonu tanımaları için eğitimleri önemlidir. Çünkü depresyon, zaman zaman intihar gibi sonuçları olabilen, bir klinik tablodur. Depresyonlu hastaların %15'i intihara teşebbüsten 1 ay önce hekime başvurmuşlardır (13).

1.2. Araştırmanın Önemi

Depresyonluların önemli bir kısmı, ruh sağlığı uzmanı dışındaki uzmanlara ve birincil basamak hekimlere başvururlar. Ancak hastalar duygu durum belirtilerinden çok, somatik yakınmalarla hekime

gelirler. Bu nedenle birinci basamağa başvuran hastalar arasında, depresyonun yaygınlığı ve bu depresyonların kliniğinin bilinmesi gerekmektedir. Bu araştırma, bu konuda yöremizdeki önemli bir boşluğu dolduracaktır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Araştırma, birincil basamak kurumlarında depresyon sıklığını ve depresyonun sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyona Genel Bir Bakış

İnsan, yeryüzünde yaşayan diğer canlılardan farklı olarak, duygusal tepkileri yoğun ve karmaşık bir varlıktır. Bu tepkiler, insan hayatının anlamını ve amacını belirler. Bazen bir sevinç, bazen bir hüznün ya da ağlamak çok şey anlatır. Bütün bu duygusal tepkilerin yaşanmasına "duygulanım" denir. Duyguların yaşanmasına eşlik eden yüz kızarması, el titremesi, kalp çarpıntısı gibi bedensel belirtiler de heyecan olarak adlandırılır.

Kişinin belli bir süre, göreceli olarak değişmez bir biçimde içinde bulunduğu duygulanım durumuna ise duygudurum (mood) adı verilir. Duygudurum çeşitli etkenlere bağlı olarak dalgalanmalar gösterebilir. Bu da normal bir duygu durum sonucudur. Ancak bazen bu dalgalanmalar, aşırı boyutlara ulaşarak uzun süre devam eder. Gerçekte buna neden olabilecek herhangi bir olay yoktur. Bazen bir neden vardır; ancak gösterilen tepki bununla uyumlu değildir. Bazı durumlarda da açık bir neden olmaksızın, bilinçdışı bazı etkenler, aynı sonucu doğururlar. Kişinin duygularında, tepkilerinde, nedenlerle ilişkisiz, uygunsuz aksama olmaya; işlevselliğinde de bozulma meydana gelmeye başlamıştır. Bu bozukluk, depresif hastalarda gözlendiği şekilde elem-keder yönünde olabildiği gibi manik hastalarda da neşe, sevinç, coşkunluk şeklinde olabilir.

Depresyon, en yalın şekilde; kedere, eleme benzer bir duygulanım durumu diye tarif edilebilir. Klinikte "psişik depresyon" adını verdiğimiz ruhsal tabloda, genel olarak şu 3 alanda bozukluk gözlenir.

- Depresif duygudurum (Depresif mood): Burada elem, keder, umutsuzluk, kendi değerini küçümseme v.b semptomlar bulunur.

- Mental aktivitelere inhibisyon: Genel ilgisizlik ve psişik bir yorgunluk hali vardır. Ayrıca, düşünce sürecinde de bir yavaşlama olur.

- Motor, psikomotor ve fizyolojik aktivitelere inhibisyon: Fiziksel bir çöküntü, iştahsızlık, uyku bozukluğu, motor aktivitede yavaşlama mevcuttur. Postür, fleksiyon durumunda bulunabilir. Yüz hatları belirgin, ağız kenarı aşağıya doğru sarkmış olabilir. Bu görünüm "omega melankolika" diye adlandırılır (14).

Hayat boyunca böyle bir hastalığın ortaya çıkma ihtimali %10-20 arasındadır. Depresyon prevalansı ise %30-40'tır (2). Yapılan bir çalışmada majör depresyon prevalansı %5-10 arasında bulunmuştur. Medikal hastalığı olup yatan hastalarda, bu oran %15 olarak bulunmuştur (15). Major depresyon, kadınlarda %5-9, erkeklerde %3 oranında bulunmuştur (16).

2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon, çok eski çağlardan beri bilinmektedir. İlk olarak Hipokrat M.Ö. 450'lerde "melankoli" terimini kullanmıştır. Cornelius Celcus bu hastalığa "kara safranın" neden olduğunu söylemiştir. İbn-i Sina, Esquiral'da bu hastalıkla ilgilenmiştir. 1850'lerde Jean Pierre Falret "Folie circulaire", Baillarger'de "folie à double forme" deyimini kullanmışlardır. Bu deyimler manik, depresif tabloları ifade etmekteydi. 1896'da E. Kraepelin "Folie maniaco-depresif" ismi altında bugünkü manik-depresif psikoza tanımlamıştır. Freud, Abraham da bu hastalıkla ilgilenmiş ve psikodinamik açıdan açıklamaya çalışmışlardır (14).

Gillespie 1929'da, endojen ve eksojen depresyon sınıflamasını yapmıştır (14).

1960'larda "monopolar" ve "bipolar" kavramları ortaya atılmıştır. 1970'li yıllarda bipolar bozukluklar tip I ve tip II diye sınıflanmışlardır.

2.3. Depresyonun Etyolojisi

2.3.1. Depresyonun Oluşumuyla İlgili Biyokimyasal Görüşler

Noradrenalin ve noradrenerjik sistem yetersizliği, serotonin ve serotonerjik sistem yetersizliği, dopamin ve dopaminerjik sistem yetersizliği, asetil kin ve histamin reseptör uyarılması depresyonda rol oynayabilir. Ayrıca Growth hormon, Somatostatin, TSH (Tiroid stimulan hormon), TRH (Tirotropin releasing hormon), CRH (Kortikotropin releasing hormon)'un da etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Elektrolit değişiklikler, endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar, nörolojik hastalıklar, travmalar, birtakım ilaçların kullanımının da depresyona yol açabileceği sanılmaktadır. İlaçlara, reserpin, α -metil dopa, steroidler, barbituratlar, amfetaminler örnek olarak gösterilebilir (14,17).

2.3.2. Psikodinamik Görüşler

1. Klasik psikonalitik görüş:

Varolan veya olmayabilen bir sevgi nesnesi yitimi sonucu, hastada sevdiği tarafından artık terkedilmişlik duygusu uyanır. Çökkünlüklerde, sonuçta "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum" düşüncesi oluşur. Özsaygı yitimi olur. Çünkü sevgi nesnesi içe atılmıştır. Bu sevgi nesnesine karşı, ambivalans duygular vardır. Sevgi nesnesinin yitimi sonucu, ambivalans duygular aktifleşir. Katı üstbenlik yüzünden kin-nefret bireyin kendisine yönelir ve depresyon oluşur. Bu, Freud'un görüşüdür (14).

Bibring'e göre kişi özsaygısını koruyabilmek için birtakım emellere ulaşmak ister. Bunu yapamayınca depresyona girer (14).

Jacobsen ise, anne-baba ve çocuk ilişkilerinin ambivalans oluşu ile, ego gelişiminin bozulduğunu savunur. Eğer; ilerdeki dönemlerde benzer durumlarla karşılaşırsa, kişide depresyon oluşabilmektedir. Yine benzer nedenlerle, erken çocukluk döneminde denetim altına alınamayan saldırganlık duyguları, benlikte tutarsızlığa, ilişki ve

özdeşimlerde bozukluğa, sonuçta da çeşitli benlik ve üstbenlik işlevlerinin yerine getirilmesinde engellemelere neden olur (14,17).

2.3.3. Kognitif Teori

Beck ve arkadaşları (14) tarafından geliştirilmiş bir teoridir. Buna göre çökkünlüğün temelinde bilişsel bozukluklar vardır. Kişi kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar geliştirmiştir. Birey, çocukluğundan itibaren, öğrenme yolu ile, buna benzer şema olarak adlandırılan temel varsayımları ortaya çıkarmıştır. Daha sonradan buna benzer durumlarla karşılaşıncı bu olumsuz şemalar aktifleşir.

Böyle bir durumda yine refleks olarak harekete geçen negatif otomatik düşünceler vardır (Keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, küçümseme veya abartma, kişiselleştirme, hep ya da hiç biçiminde düşünme) (14,17). Böylece bu düşüncelere, sekonder bir şekilde depresif duygudurum oluşur. Kişi, bu otomatik düşüncelerin değil de depresif duygudurumun farkına varmaktadır.

2.3.4. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Daha çok bunaltı ve fobik bozukluklarda bu teori geçerlidir. Köpeklere bir yandan elektrik akımı vererek onu bir kaçınma davranışına sokarken, bir yandan da kaçabilmesi önlenirse, bir süre sonra köpek, kaçma çabalarını bırakmakta, teslim olmakta; üzüntülü, durgun, çaresiz bir görünüme girmeye başlamaktadır. Bu, insanlardaki çökkünlüğe benzemektedir. Bu görüşe göre, çökkünlük; çocukluktan beri, acılı uyarımlarla karşılaşıncı bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.

2.4. Depresyonun Klinik Tablosu

Depresif duygu durum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınamıyor olması, depresyonun anahtar semptomlarıdır.

Depresyondaki hastaların hemen hepsi, (%97'si) görevlerini yapmada zorluk çıkaran, okul ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir

enerji azlığından ve yeni tasarılar kurmak için istek azlığından yakınırılar.

Hastaların yaklaşık %80'i uyku sorunları olduğunu söylerler. Genellikle erken uyanırlar (terminal insomnia), gece sık sık uyanırlar ve sorunlarıyla ilgili olarak düşüncelere dalarlar.

Hastaların %50'sinde semptomlar diurnal değişiklikler gösterirler. Sabah semptomları daha şiddetli, akşam semptomları ise daha hafif olabilirler.

Düşüncelerini belli bir konu üzerinde odaklaştırma yeteneğinde azalma vardır (ortalama %84'ünde).

Depresyondaki hastaların yaklaşık 2/3'ü intihar etmeyi düşünürler, %10-15'i de intihar girişiminde bulunurlar. Hastalar tedaviyle düzelmeye başladıkları an, intihar girişiminde bulunabilirler (Paradoks intihar). Çünkü o anda, bunu uygulayacak gücü kendinde bulurlar.

İştah değişiklikleri, somatik yakınmalar, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, benlik saygısında düşme, çaresizlik, karamsarlık , umutsuzluk duyguları ve anksiyete diğer belirtilerdir (6).

Çocuklarda baş ağrısı, mide ağrısı, kusma, enürezis, davranış problemleri gibi belirtiler olabilir. Adölesanlarda, okul kaçağı olma, dürtüsel cinsel davranışlar, ilaç bağımlılığı, okul başarısızlığı vardır. Erkeklerde şiddet patlamaları, sadomazoşistik eylemler, obsesif davranışlar, kumar, cinsel isteksizlik, alkol kötüye kullanımı vardır. Yaşlılarda demans benzeri semptomlar (hafıza kaybı, düşünce yavaşlaması, performans zayıflığı) oluşur (17).

2.5. Depresyon ve Somatizasyon

Somatizasyon kavramı henüz çözümlenmemiş ve psikiyatri ile diğer tıp dallarının sınırında kalmış bir kavramdır.

Somatizasyon; organik bir patolojik bulgu olmaksızın somatik yakınmalar yaşama, bunlar aracılığıyla iletişimi sağlama, bunları

fiziksel bir hastalığa bağlama ve bunlar için yardım arama olarak tanımlanabilir.

Somatizasyon ve depresyon çok yakından ilişkilidir. Depresyon hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde bedenselleştirilmiştir.

Depresyonun somatik semptomları çok çeşitlidir. En yaygın semptomlar ağrı, halsizlik, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal sistem yakınmaları, pareteziler, kulak çınlaması v.b' dir. Somatik yakınmalar, kadının olumsuz duygularını dışa vurmasının toplumumuzda kabul görmeyişine, dışa yöneltilemeyen agresif duyguların işe yöneltilmesine ve somatik yakınmaların getirdiği sekonder kazançlara bağlı olabilir. Somatizasyonun ya da beden diliyle iletişim sağlama davranışının, büyük oranda sosyal ve kültürel bir olgu olduğu düşünülmektedir.

Somatizasyon eğilimi gösteren kişilerde duygulanımsal dil, sözcüklerden çok bedensel imgelerden oluşur. Stoudemire buna "somatotimik dil" adını vermiştir.

Kültürlerin gelişiminde de duyguların dili önceleri bedenseldir. Örneğin; "yüreğim sıkıştı, göğsüm daraldı" gibi. Kültürel gelişimi sürdükçe bu dil de değişir.

Somatik yakınmalar toplumun düşük eğitim ve sosyo ekonomik düzeye sahip kırsal kesimlerinde ve köyden kente göç eden geçiş toplumu özelliklerine sahip olan kesimlerde yaygındır (18).

Çağımızın en yaygın ruhsal bozukluğu depresyondur ve depresyondaki kişilerin çoğunun, hastalıklarını bedenselleştirerek, öncelikle psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları görülmektedir. Bu nedenle, tüm hekimlerin depresyon ve somatizasyonu çok iyi tanımaları gerekir. Hastaya daha fazla zaman ayırmalıdırlar (9,10).

Çoğu depresyonlu hasta, kendisindeki duygudurum değişikliğini tanıyamaz ve tedavi kurumlarına somatik şikayetler yüzünden başvururlar. Depresyonu olan kişilerde kontrollere göre daha çok

somatik yakınma vardır ve daha fazla sayıda sağlık kurumlarına başvururlar.

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, başvuru şikayeti olarak; en fazla, başağrısı, daha sonra da kas-iskelet sistem şikayetleri, baş dönmesinin olduğu ifade edilmiştir. Başağrısı, erken tanısal bir bulgu olarak (%70'inde) görülmüştür. Gençlerde başağrısı, yaşlılarda ise kas-iskelet sistemi şikayetleri, başdönmesi siktir. Yaşlanmayla birlikte somatik şikayetlerin arttığı görülmüştür (19). Başka bir çalışmada depresse duygudurum, suçluluk, suicid düşüncelerinin yaşlı hastalarda daha az olduğu söylenmektedir. Ama yine yaşlılarda, yararsız olduğu hissi, uyku bozukluğu, hafıza şikayetleri, yorgunluk ise daha fazla bulunmuştur. Çalışmada ümitsizlik hissi, kaygı, düşük enerji, yaşlı ve gençlerde benzer şekilde bulunmuştur. Ağırılık kaybı ve kabızlık yaşlılarda fazla, intihar düşünceleri ise gençlerde fazla bulunmuştur (20). Depresyon, kronik medikal hastalığı olanlarda sık bulunmuştur. En fazla gastrointestinal sistem hastalığı olanda, daha az olarak da kas-iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalığı olanda (depresyon) bulunmuştur. Diabetes Mellitusda böyle bir ilişki bulunamamıştır (8).

Ayrıca tıbbi hastalıklarda da depresyon olabilir. Laterji, kilo kaybı, insomnia (uykusuzluk), psikomotor retardasyon gibi depresyon tanısında patognomonik olan vegetatif belirti ve bulgular, fiziksel hastalığa bağlı da olabilir. Bu nedenle depresyon tanısında, somatik-vegetatif bulgulardan çok, affektif ve kognitif semptomlar esas alınmalıdır. Primer depresyon ve sekonder depresyon ayırımında şunlar da bilinmelidir:

Depresyon

- 1- Ruhsal çöküntü,
- 2- Enerji yoksunluğu, motivasyon azlığı, birşey yapmaya ve yaşamaya değmez düşünceleri,
- 3- İlgi alanında daralma yaygınlığı,
- 4- İştah artması, azalması,
- 5- Kilo kaybı olması,
- 6- Suçluluk, yetersizlik düşünceleri,
- 7- Uyku bozukluğu, (insomnia veya hipersomnia)
- 8- Bellek bozukluğu, (azalma)

Psödo-depresyon

(Fiziksel hastalık)

- 1- Bitkinlik, yorgunluk vardır.
- 2- Enerji yoksunluğu var ama motivasyon korunmuştur (Çok istiyorum, ancak yorgunum şeklinde ifade edilir).
- 3- İlgi alanı sadece fiziksel hastalığın elverdiği alanlarla sınırlıdır.
- 4- İştah sıklıkla azalmıştır.
- 5- Kilo kaybı sıktır.
- 6- Yapması gereken işleri yapamadığı ve bunun için durumunun elvermediği düşüncelerinin olması vardır.
- 7- Bitkinlikten dolayı uyku bozukluğu olması vardır.
- 8- Bellek pek bozulmaz (organik depresyon hariç).

Fiziksel hastalığa, ikincil olarak, depresyon gelişen hastalarda öz ve soy geçmişte affektif hastalık öyküsü daha azdır.

Cinsiyet ve sosyoekonomik duruma göre farklılık daha azdır.

Somatik semptomlar, beklenenden şiddetli, sürekli ve fiziksel hastalıkla orantılı olmayıp, kognitif affektif durum ile orantılı ise, depresyon lehine değerlendirilebilir.

Tanı ve ayırıcı tanıda, somatik veya vejetatif bulgulardan çok affektif ve kognitif belirti ve bulgular yardımcıdır.

2.6. Depresyon ve İntihar

Orta ve ileri derecedeki depresyonlu hastaların en az %75'inde intihar düşüncesine rastlanır. Ciddi depresyonlarda herhangi bir andaki intihar riski %11-17 arasındadır.

Genel olarak kadınlar daha fazla intihar girişiminde (parasuicid) bulunurlar. Ölümle sonuçlanan intiharlar ise erkeklerde daha çoktur (21). Major depresyonlu hastaların %15'i intihara teşebbüs eder ve teşebbüs etmeden önceki 1 ay içinde de doktora başvururlar (13).

Birincil basamak sağlık kurumlarına başvuran ve ayaktan tedavi edilenlerin %6-8'inde major depresyon olduğu düşünülürse primer bakımın ve depresyonu tanımanın önemi daha iyi anlaşılır (22).

Medikal hastalıklar sonucunda oluşan intihar girişim oranı yüksektir. Ayrıca, bu intihar girişimleri sonucu olan ölüm oranı da yüksek bulunmuştur. Özellikle Gastrointestinal sistem kanseri olanlarda intihar insidansı en yüksektir (7). İntihar, depresyonun başlangıç döneminde ve iyileşme döneminde sıktır (14).

İntihar için risk faktörleri:

- 1- Ailede intihar etmiş diğer kişilerin bulunması,
- 2- Hastanın öyküsünde daha önceden intihar girişiminin olması,
- 3- Hasta sürekli intihar düşüncesiyle ilgileniyorsa,
- 4- Depresyona eşlik eden anksiyete veya ajitasyon varsa

5- Gelecekle ilgili beklentilerinin kaybolması

6- Ekonomik güçlükler

7- Dini inançların olmaması

8- Ciddi fiziksel hastalığın mevcudiyeti

9- 60 yaş üzeri, bekar, uykusuz, dini inancı olmayan, alkol kullanan kişiler

10- 1 yıldan fazla hipnotik ilaç kullanma (23).

2.7. Depresyonun Epidemiyolojisi

Psikiyatride epidemiyoloji, ruhsal bozuklukların yaygınlıkları, sıklıkları, zaman, yer ve kişiye göre değişimlerini saptama yanında bu bozuklukların nedenleri, seyri ve sonuçlarını da belirlemeyi amaçlamaktadır.

Türkiye’de toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10’dur. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi özel ruhsal belirtiler daha düşük yaklaşık %10 dur (23).

Risk etkenleri

Dünya’da ve Türkiye’de depresyonun toplum içindeki dağılımını belirleyen risk etkenleri aşağıda incelenmiştir.

Cinsiyet

Kadınlardaki prevalans hızları erkeklerdekine göre ortalama 2-3 kat yüksektir (4,13,14).

Yaş

Bazı çalışmalarda depresyon prevalans hızının yaşla birlikte arttığı (13,24); bazı kaynaklarysa depresyon prevalans hızının 40-60 yaş grubunda en yüksek olduğu söylenmektedir (4,12,25).

Eğitim

Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olanlarda depresyon prevalans hızının daha yüksek olacağı söylenmektedir (13).

Sosyo-ekonomik durum

Sosyo ekonomik durum ve kültürel durumun depresyonun prevalans hızına çok fazla etki etmediği söylenmektedir (4). Bazı araştırmalarda ise bunun tersi söylenmektedir (26).

Medeni Durum;

Boşanmış, ayrılmış kişilerde; insanlarla ilişkisi sınırlı olanlarda, depresyon prevalans hızı daha fazla bulunmuştur (4,17).

Bedensel hastalık, günlük yaşam aktivitesi ve depresyon;

Sağlık durumunun kötüleşmesiyle depresyonun kalıcı bulgularının varlığı arasında anlamlı bir ilişki kurulduğu ve sağlık durumunun düzelmesiyle birlikte bu bulguların önemli oranda ortadan kalktığı bildirilmektedir (27).

Sigara ve alkol kullanımı;

Sigara kullanımı ile, geç başlangıçlı depresyonun sıklığı ve şiddetinin, ilişkili olduğu söylenmektedir. Ayrıca sigara bırakmayla Major Depresyon arasında ilişki bulunmuştur (5).

A. Sağduyu ve arkadaşlarının (28) yaptığı çalışmada alkol kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Birçok çalışmada ise bu ilişki anlamlı bulunmuştur (7,9).

Stres ve depresyon arası ilişki;

Depresyonlu ve depresyonsuz hastaların kıyaslandığı bir çalışmada, depresyonlu olanlarda tanı konulmadan 6 ay kadar önceki bir zamanda diğer gruba göre daha fazla stres geçirdiği saptanmıştır (10). Eğer bir kişide depresyon varsa, ailevi problemleri, evlilik sorunları olabileceği dşnlmelidir. Ailedeki sorundan da özellikle

kadınlar etkilenir ve çocuklarıyla olan ilişkileri daha çok bozulur (17).

Aile tipi ve Depresyon arasındaki ilişki;

Ailenin büyük olması (geniş aile) küçük psikiyatrik problemlere yönelik emosyonel desteğin olmasını sağlar. Bu, depresyon oluşmaması için pozitif bir faktördür (25).

Yaşanılan yer ve depresyon arası ilişki;

Köyde veya kırsal kesimde depresyonun az olduğu sanılıyordu. Ama Kenya'da yapılan bir çalışmada bunun doğru olmadığı sonucuna varıldı (21). Genel sonuçlarda, kırsal yörelerde depresyonun fazla olduğu sonucuna varılmıştır (4).

Göçle depresyon arası ilişki;

Bu konuda çelişkili sonuçlar vardır: Bazıları ilişki olduğunu, bazıları ise olmadığını söylemektedir (29).

Başvuru Sayısı ve Depresyon;

Mental bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğu, özellikle birinci basamak sağlık kurumlarına başvururlar. Hastaların, sıklıkla, muğlak somatik şikayetleri vardır. Ne yazık ki hastaların çoğuna depresyon tanısı konamamış ve sonuç olarak ta tedavi edilememişlerdir. Bunun en önemli nedeni birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki çalışanlara yeterince ruh sağlığı eğitimi verilememesidir. Hastalar bu sebeple sık sık kurumlara başvurmaya devam etmektedirler. Diğerlerine göre en az 2 kat fazla miktarda bu kurumlara başvurduğu tespit edilmiştir (7,23). Bu şekilde, depresyonun bir başka yönü olan ekonomik yönü ortaya çıkmaktadır. Bu yöne de dikkat edilmelidir. Tanı konamayan depresyonlu hastalar, diğerlerine göre 3 kez fazla sağlık birimlerine başvururlar ve buralarda sürekli şikayetlerinin kökeni araştırılmaya çalışılır. Bu ise çok büyük ekonomik maliyete sebep olmaktadır (13).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Materyal

Araştırma 1 Ekim 1994 - 31 Ocak 1995 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya alınacak olan hastalar Trabzon Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı, Akçaabat Merkez Sağlık Ocağı, Akçaabat Arpacılı köyü Sağlık Ocağı, Çaykara Sağlık Ocağı, Beşikdüzü Sağlık Ocağı, Akçakale Sağlık Ocağı, Söğütlü Sağlık Ocağı, Yomra Merkez Sağlık Ocağı, Arsin Merkez Sağlık Ocağı, Köprübaşı Sağlık Ocağı, Esiroğlu Sağlık Ocağı, Trabzon Merkez Konaklar beldesi Sağlık Ocağı'ndan temin edilmiştir. Çalışmaya Sağlık Ocaklarına haftanın ilk 3 günü tam gün boyunca başvuran hastaların hepsi alınmıştır. Bu gruptan ilaç yazdırmaya gelen veya sevk için gelen hastalar çıkarılmıştır. Hastaların tümü 18 yaş ve üzerindeki bireylerdir. Toplam hasta sayısı 612 idi.

Araştırmada kullanılan araç ve gereç araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.2. Metod

3.2.1. Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Ocaklarının Seçimi

Araştırmanın yapılacağı sağlık ocağı seçiminde il merkezi, ilçe ve köy sağlık ocaklarının temsil edilmesi ve ulaşım kolaylıklarının bulunması esas alındı. Bu nedenle, hasta grubumuz, araştırmanın yapıldığı dönemde Trabzon ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaları bütünüyle temsil etmediğinden, "Trabzon ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bir grup hasta" nitelmesi yapıldı.

3.2.2. Araştırmanın Tipi ve Örnek Seçim Tekniği

Betimleyici - Tanımlayıcı bir araştırmadır. Kesitsel olarak anket ve test formları uygulanarak yapılmıştır.

Araştırmada materyal bölümünde belirtilen S. Ocakları, ulaşımı kolay olan S. Ocakları arasından kur'a ile tesbit edilmiş, ancak çalışmayı kabul etmeyen hekimlerin bulunduğu Sağlık Ocağı, çalışmadan çıkarılmıştır. Hangi Sağlık Ocağından ne kadar hasta alınacağına o sağlık ocağında yıllık muayene edilen hasta sayısına göre karar verilmiştir. Eğer yıllık muayene edilen hasta sayısı fazlaysa araştırmaya alınacak hasta sayısı da fazla olmuştur.

3.3. Veri Toplama Tekniği

Araştırma için farklı yayınlardan yararlanmak suretiyle, psikiyatri anabilim dalı öğretim üyelerinin görüşleri alınarak anket formu hazırlanmış ve uygulanacak testlere karar verilmiştir.

Uygulanan anket, test form örneği ekte sunulmuştur (EK I).

Sağlık Ocaklarına merkezden başlanılarak gidilmiştir. Hasta grubunun büyük çoğunluğuyla bizzat görüşülmüş, diğer kısmıyla ise Sağlık Ocağı hekimi görüşmüştür. Sağlık Ocağı hekimi bu uygulamadan önce anket-test formu uygulaması konusunda bilgilendirilmiştir. Hastaların tümüne formun niye doldurulduğu, amacının ne olduğu açıklanmıştır.

3.4. Anket - Test Formunun Açıklanması

Anket formunun baş kısmında örneğe giren kişinin adı-soyadı belirtilmiştir. Bunu takiben kişiyi tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerini belirten sorular vardır. Cevaplandırma öncesi form hastaya açıklanmıştır (EK I). Major depresyon tanı kriterleri için DSMIII-R major depresif bozukluk kriterleri ele alınarak de Jonghe ve Huyser tarafından geliştirilen (30) görüşme çizelgesi kullanılmıştır. Bu araştırmada Major depresyon tanısı koyabilmek

için birinci bulgunun (hemen hergün gün boyu süren depresif duygu durum) mutlak olması koşuluyla en az 5 bulgunun varolması gerekmektedir. Gene aynı kaynaktan yararlanarak olguların, diurnal değişiklik, reaktivasyon varlığı, hastalık öncesi kişilik yapısı, bozuklukta yineleme olup olmadığı, bozukluğunun mevsimsel özellik gösterip göstermediği ve süregen özellikte olup olmadığı sorgulanmıştır. (EK I).

Eğer depresif duygudurum ve yanında en az 2 semptom varsa ve bunlar yaklaşık 2 yıldır sürüyorsa, distimi tanısı konmaktadır.

Eğer bu 2 özgül duygudurum bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozukluklar varsa, burada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk tanısı konmaktadır.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, (H.D.D.Ö) (4) depresif bir tabloda olabilecek öğeleri içeren ve depresyonun şiddetinin ölçülmesini sağlayan depresyon değerlendirme ölçeğidir. Uygulayıcının gözlemine dayanan objektif bir testtir. Testin uygulanması sonucunda elde edilen değer gözönüne alınarak, 0-13 puan depresyon yok, 14-27 puan hafif depresyon, 28-41 puan orta depresyon, 42-53 puan ağır depresyon olarak nitelendirilir. Hamilton depresyon ölçeği, genel nüfusta depresyonun değerlendirilmesi için en iyi skala olmasıyla birlikte, değerlendirilmesi ve uygulanmasının kolay olması ve depresyon tablosundaki gelişmeleri açık biçimde ortaya koyabilmesi bakımından avantajlara sahiptir. Bunun yanında tanısız yaklaşıma kolaylık sağlaması, değerliliği, duyarlılığı ve geçerliliği nedeniyle özellikle olan çalışmalarında kullanılması en uygun depresyon ölçeği olduğu bildirilmektedir. Hamilton Depresyon ölçeği EK II'de sunulmuştur.

3.5. İstatiksel Analiz Yöntemi

Araştırmada farklı etmenler arasındaki ilişkiler Khi-Kare testi ile kontrol edilmiştir. Ayrıca ilişkilerin derecesi saptanmıştır.

Kullanılan formüller

$$X^2 = \sum \frac{(G - B)^2}{B}$$

Formülde $X^2 =$ Khi-Kare

G = Her bir gözdeki gözlenen frekans

B = Her bir gözdeki beklenen frekans

Yanılma olasılığı $\alpha = 0.05$ olarak seçilmiştir.

Elde edilen X^2 değeri, serbestlik derecesi (S.d) = (Satır sayısı - 1)(Sütun sayısı - 1) için X^2 kritik değerler tablosuna bakılarak anlamlı olup olmadığına karar verilir (31).

4. BULGULAR

Araştırmada elde ettiğimiz bulgular aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Olguların depresyon durumlarının yaş gruplarına göre sayısı ve yüzde dağılımı Tablo I'de sunulmuştur.

Tablo I. Olguların Depresyon Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Yaş	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
18-29	58	34.0	146	71.5	204	33.4
30-49	79	29.2	154	66.0	233	38.1
50 ve st	54	21.2	121	70.8	175	28.5
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 2, \quad S.d = 2, \quad P > 0.01$$

Buna göre depresyonlu grup ile depresyonsuz grup arasında yaş bakımında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Olguların depresyon durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo II'de sunulmuştur.

Tablo II. Olguların Depresyon Durumlarının Cinsiyete Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Cinsiyet	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadın	130	39.2	202	60.8	332	54.2
Erkek	61	21.8	219	78.2	280	45.8
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 21.4, \quad S.d = 1, \quad P < 0.01$$

Depresyonlu grupta depresyonsuz grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Depresyonlu grupta kadınlar %39.2'lik bir oranla erkeklerdeki %21.8 orandan anlamlı derecede yüksektir.

Olguların depresyon durumunun medeni duruma göre sayı ve yüzdesi Tablo III'te verilmiştir.

Tablo III. Olguların Depresyon Durumlarının Medeni Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Medeni Durum	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bekar	35	23.7	113	76.3	148	24.2
Evli	135	31.6	293	68.4	428	69.9
Eşi ölmüş	20	58.9	14	41.1	34	5.5
Eşinden ayrılmış	0	0.0	0	0.0	0	0,0
Eşi tarafından terkedilmiş	1	50.0	1	50.0	2	0.4
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 16.7, \quad S.d = 3, \quad P < 0.05$$

Medeni duruma göre depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında anlamlı bir farklılık vardır. Özellikle eşi ölmüş olanlarda depresyon oranı %58.9 gibi daha da yüksek bulunmuştur.

Olguların depresyon durumunun ekonomik duruma göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo IV'de gösterilmiştir.

Tablo IV. Olguların Depresyon Durumlarının Ekonomik Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Ekonomik Durum	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düşük	87	46.8	99	53.2	186	30.4
Orta	102	25.5	298	74.5	400	65.3
Yüksek	2	7.7	24	92.3	26	4.3
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 33.8, \quad S.d = 2, \quad P < 0.05$$

Depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında ekonomik durum yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo IV'de de görüleceği gibi en fazla depresyon %46.8 oranıyla ekonomik durumu düşük olanlarda mevcuttur.

Olguların depresyon durumunun eğitim durumuna göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo V'te sunulmuştur.

Tablo V. Olguların Depresyon Durumlarının Eğitim Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Eğitim Durumu	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
OKYD	73	42.2	100	57.8	173	28.3
OKY	12	26.7	33	73.3	45	7.3
İlkokul	66	34.6	125	65.4	191	31.2
O.Okul	12	22.3	42	77.7	54	8.8
Lise	18	19.6	74	80.4	92	15.1
Y.okul	10	17.6	47	82.4	57	9.3
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 25, \quad S.d = 5, \quad P < 0.01$$

Gruplar arasında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır. Özellikle Okuryazar olmayanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (%42.2).

Olguların depresyon durumunun mesleklerine göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo VI'da sunulmuştur

Tablo VI. Olguların Depresyon Durumlarının Mesleklerine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Meslek	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İşsiz	8	44.5	10	55.5	18	2.9
Öğrenci	11	18.1	50	81.9	61	9.9
İşçi	7	29.2	17	70.8	24	3.9
Memur	20	17.4	95	82.6	115	18.7
Ev hanımı	118	42.5	160	57.5	278	45.5
Serbest	8	20.0	32	80.0	40	6.5
Emekli	9	23.1	30	76.9	39	6.6
Çiftçi	10	26.4	28	73.6	38	6.2
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 37, \quad S.d = 7, \quad P < 0.01$$

Gruplararasıda anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle evhanımlarında bu oran daha yüksektir (%42.5).

Olguların depresyon durumunun çocuk sayısına göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo VII'de gösterilmiştir.

Tablo VII. Olguların Depresyon Durumlarının Çocuk Sayısına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Çocuk Sayısı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1-4	131	28.3	332	71.7	463	75.6
5 ve üstü	60	40.3	89	59.7	149	24.4
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 8.7, \quad S.d = 1, \quad P < 0.01$$

Depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında çocuk sayısı yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle çocuk sayısı 5 ve daha fazla olan kişilerde depresyon oranı daha da fazla bulunmuştur.

Olguların depresyon durumunun alkol kullanma durumuna göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo VIII'de verilmiştir.

Tablo VIII. Olguların Depresyon Durumlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Alkol Kullanımı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	8	42.2	11	57.8	19	3.1
Yok	183	30.1	410	69.9	593	96.9
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 1.03, \quad S.d = 1, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Olguların depresyon durumunun sigara içimine göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo IX'da sunulmuştur.

Tablo IX. Olguların Depresyon Durumlarının Sigara Kullanımı Durumuna Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Sigara Kullanımı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	47	30.8	106	69.2	153	25.0
Yok	144	31.4	315	68.6	459	75.0
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 0.03, \quad S.d = 1, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Olguların depresyon durumunun aile tipine göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo X'da verimiştir.

Tablo X. Olguların Depresyon Durumlarının Aile Tipine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Aile Tipi	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çekirdek Aile	138	31.7	298	68.3	436	71.2
Geniş Aile	53	30.2	123	69.8	176	28.8
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 0.14, \quad S.d = 1, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Olguların depresyon durumunun yaşadığı yere göre sayı ve yüzde olarak dağılımı tablo XI'de verilmiştir.

Tablo XI. Olguların Depresyon Durumlarının Yaşadığı Yere Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Yaşadığı Yer	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Köy	80	33.1	162	66.9	242	39.6
Kasaba	58	24.6	178	75.4	236	38.5
Kent	52	38.9	82	61.1	134	21.9
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 8.7, \quad S.d = 2, \quad P < 0.05$$

Depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Özellikle kent bölgesinde daha da yüksek bulunmuştur (%38.9 oranıyla)

Olguların depresyon durumunun bölgedeki duruma göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XII'de verilmiştir.

Tablo XII. Olguların Depresyon Durumlarının Bölgedeki Duruma Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Bölgedeki Durum	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yerli	171	32.0	365	68.0	536	87.5
Göç (Y.işi)	20	27.1	54	72.9	74	12.0
Göç (Y.dışı)	0	0.0	2	100.0	2	0.5
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 0.82, \quad S.d = 2, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Olguların depresyon durumunun yakında geçirilen stres kaynağına göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII. Olguların Depresyon Durumlarının Stres Kaynağına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Yakında Geçirilen Stres Kaynağı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	100	53.0	89	47.0	189	30.8
Yok	91	21.6	332	78.4	423	69.2
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 60, \quad S.d = 1, \quad P < 0.01$$

Depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında yakında geçirilen stres kaynağı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Depresyonlu grupta diğer gruba göre yakında daha çok stresle karşılaşmıştır.

Olguların depresyon durumunun daha önceki başvuru durumuna göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XIV'de verilmiştir.

Tablo XIV. Olguların Depresyon Durumlarının Başvuru Sayısına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Başvuru Sayısı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç başvurmamış	110	29.6	262	70.4	372	60.7
1 kez başvurmuş	20	27.1	54	72.9	74	12.1
2 veya daha fazla başvurmuş	59	36.0	105	64.0	164	27.2
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 3, \quad S.d = 2, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.

Olguların depresyon durumunun rahatsızlık süresine göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XV'de verilmiştir.

Tablo XV. Olguların Depresyon Durumlarının Rahatsızlık Süresine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Rahatsızlık Süresi	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0-1 ay	99	28.6	248	71.4	347	56.6
1-6 ay	17	28.8	42	71.2	59	9.6
6-12 ay	4	14.9	23	85.1	27	4.4
12 ay ve üstü	71	39.7	108	60.3	179	29.4
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 10.7, \quad S.d = 3, \quad P < 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle rahatsızlık süresi 12 ay ve üstünde olanlarda bu oran daha belirgindir (%39.7).

Olguların depresyon durumunun sağlık güvencesine göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XVI'de verilmiştir.

Tablo XVI. Olguların Depresyon Durumlarının Sağlık Güvencesine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Sağlık Güvencesi	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	127	27.8	330	72.2	457	74.6
Yok	64	41.3	91	58.7	155	25.4
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 9.8, \quad S.d = 1, \quad P < 0.01$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle sağlık güvencesi olmayanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (%41.3).

Olguların depresyon durumunun sağlık durumunuz nasıl sorusuna verdikleri cevaba göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XVII'de verilmiştir.

Tablo XVII.Olguların Depresyon Durumlarının Sağlık Durmunuz Nasıl Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Sağlık Durumu	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İyi	125	28.1	321	71.9	446	72.8
Orta	60	38.8	95	61.2	155	25.3
Kötü	6	54.6	5	45.4	11	1.9
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 10.4, \quad S.d = 2, \quad P < 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Sağlık durumunuz nasıl sorusuna kötü cevabını verenlerde daha fazla depresyon bulunmuştur (%54.6).

Olguların depresyon durumunun daha önceden tedavi alma durumuna göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XVIII'de verilmiştir.

Tablo XVIII. Olguların Depresyon Durumlarının Daha Önceden Tedavi Almalarına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Daha Önceden Tedavi Alma Durumu	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Almış	84	35.0	156	65.0	240	39.2
Almamış	107	28.8	265	71.2	372	60.8
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 2.6, \quad S.d = 1, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Olguların depresyon durumunun düşünülen fiziki hastalığa göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XIX'de verilmiştir.

Tablo XIX. Olguların Depresyon Durumlarının Düşünülen Fiziki Hastalığa Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Düşünülen Fiziki Hastalık	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Romatizmal Hast.	18	25.0	54	75.0	72	11.7
C.V.S	11	28.3	28	71.7	39	6.3
Endokrin Hast.	3	50.0	3	50.0	6	0.9
G.İ.S	21	35.6	38	64.4	59	9.6
Nörolojik Hst	16	59.3	21	40.7	37	6.1
Cilt Hst.	17	23.0	57	77.0	74	12.1
G.Ü.S Hst.	15	44.2	19	55.8	34	5.5
K.B.B	21	13.7	133	86.3	154	25.1
Göz	3	21.5	11	78.5	14	2.2
Diğer Hst.	66	53.7	57	46.3	123	20.0
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 62.04, \quad S.d = 9, \quad P < 0.01$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle Nörolojik Hastalığı olanlarda depresyon daha fazla oranda bulunmuştur (%59.3).

Olguların depresyon durumunun başvuru yakınmasına göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XX'de verilmiştir.

Tablo XX. Olguların Depresyon Durumlarının Başvuru Yakınmasına Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Başvuru Yakınması	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Baş ağrısı	64	34.8	120	65.2	184	30.0
Nefes Darlığı	6	27.3	16	72.7	22	3.5
Göğüs ağrısı	1	20.0	4	80.0	5	0.8
Öksürük	20	22.5	69	77.5	89	14.5
Ateş	2	16.7	10	83.3	12	1.9
Karın Ağrısı	16	28.6	40	71.4	56	9.1
İshal Kabızlık	2	33.4	4	66.6	6	0.9
Baş dönmesi	5	29.5	12	70.5	17	2.7
Ciltte kaşıntı dök.	23	27.4	61	72.6	84	13.8
İdrara çıkarken yapma	10	31.3	22	68.7	32	5.3
Kulak ağrısı	4	21.1	15	78.9	19	3.1
Diş ağrısı	1	20.0	5	80.0	6	0.9
Gözde yanma batma	5	35.0	9	64.2	14	2.3
Çarpıntı	6	54.6	5	45.4	11	17.0
Travma	-	0.0	1	100.0	1	0.1
Halsizlik, çabuk sinirleme	26	48.2	28	51.8	54	8.8
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 19.4, \quad S.d = 15, \quad P > 0.01$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Olguların depresyon durumunun dah önceki hastalığı durumuna göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XXI'de verilmiştir.

Tablo XXI. Olguların Depresyon Durumlarının Daha Önceki Hastalığına Sayı ve Yüzde Göre Dağılımı

Daha Önceki Hastalığı	Depresyon				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anksiyete	48	66.6	24	33.4	72	11.7
Depresyon	8	38.1	13	61.9	21	3.4
Şizofreni	3	60.0	5	40.0	8	1.3
Yok	132	25.8	381	74.2	513	83.6
Toplam	191	31.3	421	68.7	612	100.0

$$X^2 = 50.03, \quad S.d = 3, \quad P < 0.01$$

Gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Özellikle daha önceden anksiyetesi olanlarda %66.6 gibi yüksek oranda depresyon bulunmuştur.

Olguların cinsiyetlerinin depresyon tipine göre sayı ve yüzde olarak dağılımı Tablo XXII'de verilmiştir.

Tablo XXII. Olguların Cinsiyet Durumlarının Depresyon Tipine Göre Sayı ve Yüzde Dağılımı

Hastalığın Cinsi	Cinsiyet (Depresyonlu)				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
M. Depresyon	24	60.0	16	40.0	40	20.9
Başka türlü adlandırılmayan depresyon	10	77.0	3	23.0	13	6.8
Distimi	96	69.6	42	30.4	138	72.3
Toplam	130	68.1	61	31.9	191	100.0

$$X^2 = 2, \quad S.d = 2, \quad P > 0.05$$

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

5. TARTIŞMA

DSMIII-R Major Depresif bozukluk tanı kriterleri esas alınarak de Janghe ve Huyser (30) tarafından geliştirilen görüşme çizelgesiyle ve Hamilton Depresyon Ölçeğiyle (4), yapılan görüşmelerde 612 hâstayla görüşülmüştür. Hastaların %31.3'ü depresyon tanısı almıştır. Bu 2 grup (depresyonlu grup ve depresyonsuz grup) arasında yapılan kıyaslamada cinsiyet, çocuk sayısı, stres kaynağı, medeni durum, rahatsızlık süresi, daha önceki ruhsal hastalığı, yaşadığı yer, ekonomik durum, eğitim durumu, sağlık durumu, sağlık güvencesi, meslek, fiziki hastalık yönünden anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Yaş, bölgedeki durum, aile tipi, alkol-sigara kullanımı, tedavi alması, başvurma sayısı, başvuru yakınması yönündense gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Ayrıca hastalığın türünün, cinsiyet yönünden kıyaslaması yapılmıştır. Burda da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Bulgularımızın sonuçları, mevcut kaynakların ışığı altında aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmamızda sağlık ocaklarına muayene için gelen hastalarda depresyon prevalans oranı %31.3 olarak bulunmuştur. Literatürde de benzer sonuçlar vardır. El Rufoie ve arkadaşlarının çalışmasında %12-56 (9), Zung ve arkadaşlarının çalışmasında (20) %30, Sen ve arkadaşlarının çalışmasındaysa (25) %5-25 oranı bulunmuştur. Bu sonuçlar depresyonun özellikle birincil basamak sağlık kurumlarında ne kadar yüksek oranda olduğunu ve bu kurumlarda depresyonu tanımanın ne kadar önemli olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda yaş grupları bakımından depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde ise bazı kaynaklarda 40-60 yaş grubunda depresyonun yoğunlaştığı (4,12,25), bazı kaynaklardaysa yaş arttıkça depresyon oranının da arttığı söylenmektedir (13,24). Yaşlılarda yalnızlık, ölüme yakınlık, işlevlerini yeterince yerine getirememek yüzünden depresyon oranı artmış olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet bakımından depresyonlu grup ve depresyonsuz grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde sonuçlar bulunmuştur. Major Depresyon prevalansı, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat fazladır. Ayrıca kadınlar, erkeklere göre, risk olarak da daha hassastır. (4,13,22). Bu farklılık biyolojik farklılığa bağlı işbölümüne, tarihsel süreç içinde gelişen psikososyal cinsiyet rollerine ve kültürel etkenlere bağlı olabilir.

Çalışmamızda medeni durum yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle eşi ölen hastalarda en fazla depresyon görülmüştür. Bu sonuç literatürle uyumludur. Eşinden ayrılmış, boşanmış, eşi ölmüş veya eşiyle ilgili başka sorunu olanlarda depresyon daha fazladır (4,17,26).

Araştırmamızda ekonomik durum bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuç bir kaynaktan sonuçla uyumlu (13), bir diğeriyle ise uyumsuzdur (32). Kimi araştırmacı, ekonomik düzeyi yüksek olanların isteksizlikten yalnızlıktan yakındığını, düşük olanlarınsa umutsuzluk, suçluluk duyduklarını, geleceğe kötümser baktıklarını ve bu sebeplerden dolayı da depresyonun oluştuğunu söylemekte (32).

Çalışmamızda, eğitim durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle okur-yazar olmayanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bazı kaynaklardaki sonuçlarla uyumlu (13,33), bir diğer kaynaktaki sonuçla ise uyumsuzdur (32).

Çalışmamızda, mesleki duruma göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Özellikle ev hanımlarında depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu, cinsiyetlerinin bayan oluşuyla ilgili olabilir. Bayanlarda da depresyon, önceden de belirtildiği gibi yüksektir (4,13,22). Bir kaynaktaki ise depresyonun işsizlerde daha fazla olduğu söylenmiştir (34).

Çalışmamızda çocuk sayısına göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Özellikle çocuk sayısı 5 ve daha fazla olanlarda depresyon oranı yüksek bulunmuştur. Bu, bir kaynaktaki sonuçla uyumlu (26), bir kaynaktaki çocuk sayısı fazla olan ailelerde emosyonel desteğin fazla olacağı ve buna bağlı depresyonun az olacağı şeklindeki sonuçla ise uyumsuzdur (25, 33).

Çalışmamızda alkol kullanımı bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde ise bunun tersi sonuçlar vardır (17, 28).

Çalışmamızda, sigara kullanımı bakımından, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde ise bu ilişkiyi anlamlı bulan sonuçlar vardır (5).

Çalışmamızda, aile tipine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde geniş ailede depresyon oranının az olacağı söylenmektedir (25).

Araştırmamızda, hastaların yaşadığı yer bakımından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle kentte yaşayan insanlarda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ise bunun tersi bir sonuç vardır (4,21). Çalışmamızda, hastaların çoğunun kent kökenli oluşu araştırmamızın sonucunda etkili olmuştur.

Çalışmamızda, hastaların bölgedeki durumları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Eldeki bilgilerde birbirine zıt sonuçlar vardır (3,35).

Çalışmamızda, hastaların yakında geçirdikleri stres durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastalar

depresyona yakalanmadan bir süre önce genellikle bir stres faktörüyle karşılaşmışlardır. Literatürde de benzer sonuçlar vardır (10,17,25,36).

Çalışmamızda, hastaların başvuru sayıları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürde ise depresyon vakalarının diğerlerine göre daha fazla sayıda başvurduğu söylenmektedir (9,13,25).

Araştırmamızda hastaların rahatsızlık süreleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Özellikle rahatsızlık süresi 12 ay ve üstünde olanlarda depresyon oranı daha fazladır. Bu literatürdeki sonuçlarla uyumludur (7,8,37). Rahatsızlık bir stres faktörü olduğundan sonuçlar mantıklıdır.

Çalışmamızda, hastaların sağlık güvencesi bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayanlarda depresyon oranları yüksek bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayanların genelde sosyo-ekonomik düzeyi de düşüktür. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda da depresyon oranının yüksek olduğu bilinmektedir (13). Dolayısıyla bu 2 sonuç ta birbiriyle uyumlu olacaktır. Ayrıca sağlık güvencesi olmayanların daha çok birincil basamak sağlık kurumlarına başvuracağı düşünülürse, araştırmamızdaki sonucun bir nedeni de böylece anlaşılabilir olur.

Çalışmamızda, hastaların: "sağlık durumunuz nasıl ?" Sorusuna verdikleri cevaba göre, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu soruya kötü cevabını verenlerde depresyon oranı fazla bulunmuştur. Depresyondaki kişiler herşeyi olduğu gibi sağlık durumunu da kötü görecektirler. Sağlık durumunu kötü görenler de sağlık kurumlarına daha çok başvuracaklardır (9,13,25).

Araştırmamızda daha önceden herhangi bir tedavi alıp almama durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmamızda, hastalarda düşünülen fiziki rahatsızlık bakımından, gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle nörolojik rahatsızlığı olanlarda depresyon oranı daha fazladır. Literatürde de benzer sonuçlar vardır. Fiziki hastalığı olan kişilerde, normal kişilere kıyasla daha fazla depresyon bulunmuştur. (7,8).

Araştırmamızda, başvuru yakınması bakımından, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürde tersi bir sonuç vardır. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada depresyonlularda en sık şikayet olarak baş ağrısı bulunmuştur (19).

Çalışmamızda, hastaların daha önceki ruhsal hastalıkları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Daha önceden hastalarda anksiyete varsa, sonradan kişide depresyon görülme oranı daha fazladır.

Çalışmamızda hastalığın tipine göre erkek-kadın arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Depresyon; birey ve toplum sağlığı açısından özel bir önem taşımaktadır. Çünkü; yaygın olarak görülmektedir. Yüksek tekrarlama oranı ve yüksek intihar riski vardır. Yaşam kalitesini ileri derecede olumsuz yönde etkiler ve önemli medikal, ekonomik, psikososyal sorunlara yolaçar. Buna karşılık, iyi tanınıp uygun tedavi verildiğinde, depresyon büyük oranda iyileşmekte ve iyi olan hastalarda önemli bir iz (ya da sekel) bırakmamaktadır. Pek çok depresif hasta toplumda tanınmayıp yanlış tanı ve tedavi uygulandığından (gizli psikiyatrik morbidite) bu tür sorunlarda birikim olmaktadır. Depresyonda ruhsal sorunların yanısıra pek çok somatik sorun da birlikte bulunduğundan bu hastaların pek çoğu psikiyatrist yerine, genel pratisyen ve psikiyatri dışındaki ilgili uzmanlara başvurmaktadır. Bu durum tüm hekimlere depresyonu iyi tanıma ve gerektiğinde tedavi edebilme sorumluluğunu yüklemektedir. Toplumdaki hasta sayısı ve ülkemizdeki psikiyatrist sayısı da gözönüne alındığında bu durum ayrıca bir zorunluluk haline gelmektedir. Birçok hekim, bu konuda başarılı bir tedavi (özellikle farmakoterapi) yapabilir.

Bu nedenle, bu çalışma düşünülmüştür. Çalışmada sınırlı bir örneklem kullanılarak, sosyo-demografik faktörler depresyon bağlamında incelenmiştir.

Birincil basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalardan depresyon tanısı alanlar, depresyon tanısı almayanlarla, sosyo-demografik değişkenler yönünden kıyaslanmıştır.

Söz konusu değişkenlerden cinsiyet, çocuk sayısı, stres kaynağı, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, sağlık durumu,

sağlık güvencesi, meslek, fiziki hastalık ele alındığında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Burada $P < 0.01$ ve 0.05 olarak alınmıştır.

Buna karşın; yaş, bölgedeki durum, aile tipi, alkol, sigara kullanımı, tedavi alması, başvurma sayısı, başvuru yakınması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Ülkemizde şimdiye değin yapılan araştırmalar sınırlı sahada, farklı tanı ölçütleriyle yapılan kesitsel betimleyici epidemiyolojik çalışmalardır. Artık daha geniş sahayı içine alan araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Araştırma, birincil basamak sağlık kurumlarında depresyon sıklığını ve depresyonun sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada, Trabzon yöresinde merkez, ilçe merkezi ve köylerinde ulaşımı kolay olan sağlık ocakları arasından kur'a ile tespit edilen sağlık ocaklarından faydalanılmıştır. Ancak çalışmayı kabul etmeyen hekimlerin çalıştığı sağlık ocakları çalışmadan çıkarılmıştır. Toplam 12 Sağlık Ocağından, 612 tane 18 yaş üzerinde olan hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalar, sadece muayene için gelmiş olanlardan oluşuyordu. İlaç yazdırma, sevk için gelenler alınmamıştır. Sağlık Ocağından kaç hasta alınacağına, o sağlık ocağında muayene edilen yıllık hasta sayısına göre karar verilmiştir. Araştırma, betimleyici-tanımlayıcı bir araştırmadır. Kesitsel olarak anket ve test formları uygulanmıştır.

Araştırmamızda, gruplar arasında cinsiyet, çocuk sayısı, stres kaynağı, medeni durum, rahatsızlık süresi, daha önceki ruhsal hastalığı, yaşadığı yer, ekonomik durum, eğitim durumu, sağlık durumu, sağlık güvencesi, meslek, fiziki hastalık yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yaş, bölgedeki durum, aile tipi, alkol-sigara kullanımı, tedavi alması, başvurma sayısı, başvuru yakınması yönündense gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunamamıştır.

8. SUMMARY

DEPRESSION PREVALENCE AND IT'S RELATIONS WITH SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES IN A GROUP PATIENTS APPLIED TO PRIMARY HEALTH ESTABLISHMENT IN TRABZON

The Research was planned to find relationship between sociodemographic variables and depression prevalence in primary health care.

The primary health establishment in centre of Trabzon, Centre of administrative districts and villages were chosen by Pot (Totally 12 primary health establishment). But some Primary health establishments were taken out, because physicians did not want. Totally 612 patients were included to the study. All of the patients were older than 18 age. Patients were chosen among those who they came only for examination. Patient number was adjusted according to number of applicants to primary health establishment. The present study was done by using questionnaires and tests in the sectional form. Signifant differences between patients with depression and without depression for sex, child number, stres source, marital status, disease, live place, economic status, education status, health state, health guarantee, career, physical disease were found. while not found for age, regional state, family type, alcohol and cigarette use, medical treatment, apply for number, apply for complaint.

9. KAYNAKLAR

1. Agency for health care policy and Research Rockville: Depression in primary care: Guideline Overview. Journal of the National Medical Association, Vol. 85, No.7: 501-503.
2. Işık E: Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. İstanbul, 1991, s. 19-21.
3. Blackburn I.M: Depresyon ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi Yayınları, İstanbul, 1992, s. 9-11.
4. Kaplan H, Sadock B: Synopsis of Psychiatry. 1990, s.51-520.
5. Breslay N: Nicotine dependance and major depression. Arch gen Psychiatry, Vol. 50: 31-35, Jan 1993.
6. Köroğlu E: Depresyon Monografları Serisi 1. s. 19-23, 1993.
7. Mackenzie T, Popkin M: Suicide in the medical patient. J. Psychiatry in Medicine, Vol. 17 (1): 3-12, 1987.
8. Coulehan J, Schulberg H, Block M, Janosky J, Arena V: Depressive symptomatology and medical co-morbidity in a primary care clinic. J. Psychiatry in Medicine, Vol. 20 (4): 335-347, 1990.
9. El-Rufaie E, Albar A, Al-Dabai B: Identifying anxiety and depressive disorders among primary care patients: A pilot study. Actapsychiatr scand, Vol 77: 280-282, 1988.
10. Lemelin J, Hotz S, Swensen R, Elmslie T: Depression in primary care. Canadian Family Physician, Vol. 40: 104-108, Jan 1994.
11. Goldberg D.P, Bridges K: Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. Journal of Psychosomatic research, Vol. 32: No.2 137-144, 1988.

12. Üstün B. ve arkadaşları: Birincil sağlık hizmeti içindeki ruh sağlığı. *Düşünen Adam*, Vol. 7(4): 9-19, 1994.
13. Zung W, Broadhead W, Roth M: Prevalance of depressive symptoms in primary care. *The Journal of Family Practice*, Vol. 37, No.4: 337-343, 1993.
14. Işık E: *Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani*. İstanbul, 1991, s. 53-63.
15. Katon W, Roy-Bryne P: Antidepressants in the medically ill: diagnosis and treatment in primary care. *Clinical Chemistry*, Vol. 34/5: 829-836, 1988.
16. Öztürk O: *Affektif Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara, 1988, Sayı ve Yüzde.208.
17. Davis T, Nathan R, Cash M: Diagnosing depression in primary care: A Practical, interdisciplinary review and a call for change. *Southern Medical Journal*, Vol. 79, No.10: 1273-1279, Oct 1986.
18. Çevik A. ve arkadaşları: Depresyon ve somatizasyon. *Psychomed*, cilt 1, sayı 2, s. 45-48, 1995.
19. Ierodiakonou C, Iacovides A: Somatic Manifestations of depressive patients in different psychiatric settings. *Psychopathology*, Vol.20: 136-143, 1987.
20. Von Korff M, Shopino S, Burke J, Teitlebaum M, Skinner E, German P, Turner R, Klein J, Burns B: Anxiety and depression in a primary care clinic. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 44: 152-156, Feb 1987.
21. Dhadphale M, Psych F, Cooper G, Cartwright-Taylor L: Prevalance and presentation of depressive illness in a primary health care setting in Kenya. *Am J. Psychiatry*, 146:5:659-661, May 1989.

22. News and Nots: New Federal Guidelines Seek to Help Primary Care Providers Recognize and Treat Depression-Hospital and Community Psychiatry, Vol. 44, No.6: 598-601, June 1993.

23. Işık E: Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. İstanbul, 1991, s. 36-38.

24. Oxman T, Barrett J, Barrett J, Gerber P: Psychiatric symptoms in the elderly in a primary care practice. General Hospital Psychiatry, Vol. 9: 167-173, 1987.

25. Sen B, Williams P: The Extent and nature of depressive phenomena in primary health care. British Journal of Psychiatry, Vol. 151: 486-493, 1987.

26. Küey L, Güleç C: Depresyon Monografaları Serisi 2. s. 53-64, 1993.

27. Ormel J, Van Korff M, Van Den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T: Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. American Journal of Public Health, Vol 83/3: 385-390, March 1993.

28. Copelan J: Yaşlılarda depression. Türk Psikiyatri Dergisi, Vol. 3 (1): 3-7, 1992.

29. Köknel Ö: Depresyon. İkinci Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989, s.71-81.

30. De Jonghe F, Huyser J: Manual for the diagnosis of major depression. Benecke Consultants 1992.

31. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V: Biyoistatistik, Hatiboğlu Yayınları, 1989.

32. Köknel Ö: Depresyon. İkinci Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989, s.148-149.

33. Küey L: Depresyonun toplum içi görünümü. Depresyon, III. Anadolu Psikiyatri Günleri, Birinci baskı. Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları -1, Trabzon, Haziran 1995, s.23-35.

34. Köknel Ö: Depresyon. İkinci Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989, s.126.

35. Köknel Ö: Depresyon. İkinci Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989, s.140-155.

36. Iliffe S, See Tai S, Haines A, Booroff A, Goldenberg E, Morgan P, Gollivan S: Assesment of elderly people in general practice. 4. Depression, functional ability and contact with services. British Journal of General Practice, Vol.43: 371-374, 1993.

37. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin E: Disability and depression among high utilities of health care. Arch Gen Psychiatry, Vol. 49: 91-99, 1992.

EK-1

- Adı Soyadı :
Yaş :
Cinsiyet : Erkek () Kadın ()
1- Medeni Durumu :
Bekar () Evli () Eşi ölmüş () Eşinden ayrılmış ()
Eşi tarafından terkedilmiş ()
2- Meslek :
3- Eğitim :
Okuryazar Değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Y.Okul ()
4- Çocuk Sayısı :
5- Sigara Kullanımı : Var () Yok ()
6- Alkollü içki kullanımı : Var () Yok ()
7- Ekonomik Durumu : Düşük () Orta () Yüksek ()
8- Bölgedeki Durumu : Yerli () (3 yıl)
Göç () (Yurt içi)
Göç () (Yurt dışı)
9- Yaşadığı Yer : Köy () Kasaba () Kent ()
10- Aile bireylerinin sağlık güvencesi varmı ? Var () Yok ()
() SSK () Bağ-Kur () Yeşil kart
() Emekli Sandığı () Özel Sigorta
11- Aile tipi : Çekirdek Aile () Geniş Aile ()
12- Başvuru yeri : Köy sağlık ocağı () Merkez sağlık ocağı ()
13- Başvurma yakınması (Üç tane) :
-
-
-
14- Yakınmaları ne kadar süreden beri var ?
0-1 ay () 1-6 ay () 6-12 ay () 12 ay ve üstü ()
15- Bu rahatsızlığı için daha önce başvurmuş mu ?
Hayır () 1 Kez () 2 veya daha fazla ()
16- Tedavi almış mı ? Evet () Hayır ()
17- Şu anda ilaç kullanıyor mu ? Evet () Hayır ()
18- Düşünülen fiziki hastalık : Romatizmal hastalıklar ()
Kardiovasküler hastalıklar ()
Endokrin hastalıklar ()
Gastrointestinal sistem hastalıkları ()
Nörolojik bozukluklar ()
Cilt hastalıklar ()
Genitoüriner sistem hastalıklar ()
KBB hastalıkları ()
Göz hastalıkları ()
Diğer dahili hastalıklar (Anemi, KOAH,vb.) ()
19- Daha önce geçirdiği ruhsal hastalık var mı ?
Var () Yok ()
20- Varsa hastalığın adı ve kullandığı ilaçlar :
21- Şu anda tedavi gördüğü bir ruhsal hastalık var mı ?
22- Varsa adı ve kullandığı ilaçlar:

23- Sağlık durumunuzu nasıl görüyorsunuz ?

İyi () Orta () Kötü ()

24- Şu anki yaşantınızdan ne kadar memnunsunuz

İyi () Orta () Kötü ()

25- Yakında geçirilen stres kaynağı :

Somatik

- () Akut hastalıklar
- () Kronik hastalıklar
- () Bedensel özür
- () Kronik ilaç-madde kullanımı

Psikososyal stres

- () Evlilik ve karşı cinsle ilişkiler (Nişanlanma, evlenme, uyuşmazlık, ayrılma, boşanma)
- () Yakın ölümü (eş, çocuk, ana-baba)
- () Ana-babalık (ana-baba olma, çocukla sürtüşme, çocuğun hastalığı, doğum)
- () Diğer kişiler arası ilişkiler (arkadaş, komşu, ortak ile sorunlar)
- () Mesleki (iş, okul ve ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik)
- () Yaşam koşulları (oturulan yerde yapılan değişiklik, göç, tatil)
- () Parasal (yetersiz gelir, gelir düzeyinde değişiklik)
- () Yasal (tutuklanma, hapis edilme, dava, duruşma)
- () Gelişimsel (yaşam döngüsünün evreleri, ergenlik, erişkinliğe geçiş, yaşlanma, menapoz)
- () Benlik saygısına yönelik saldırı (tecavüz, işkence, dayak, hakaret)
- () Cinsel sorunlar
- () Doğal felaketler, kazalar (deprem, sel, trafik kazası)
- () Diğer (.....)

DEPRESYON İÇİN TANISAL KRİTERLER

1- Hemen hergün gün boyu süren depressif duygu durum :

1- Kendinizi üzüntülü, hayal kırıklığına uğramış hissediyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

2- Kendinizi hemen hergün, günün büyük bir kısmında böyle hissediyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

3- 2. şıkkın cevabı evet ise bu durum ne kadar süredir var ? En az iki hafta mı ?

Evet () Hayır ()

2- Hemen hergün gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgi de belirgin azalma ve zevk almama :

1- Günlük yaşamınızda ; işinizde, arkadaşlarınızla, zevklerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

2- Bu durum en az iki haftadır sürüyor mu ?

Evet () Hayır ()

3- Yaşamınızdaki olağan şeylerden zevk alıyor musunuz ? Örneğin güzel hava, alışkanlıklar, iş, ev halkı, çocuklar, ziyaretler, sevilen eğlenceler, okuma, TV seyretme gibi.

Evet () Hayır ()

4- 3. şıkkın cevabı hayır ise süresi en az iki hafta mı ?

Evet () Hayır ()

3- İştah ve kilo kaybı veya artması :

1- İştahınızda azalma var mı ? Evet () Hayır ()

2- Varsa süresi ?

3- İştahınızda artma var mı ? Evet () Hayır ()

4- Kilo kaybı veya kilo artması var mı ? (Önceki ağırlığınızın en az %5'i oranında artma veya azalma olacak)

Evet () Hayır ()

5- 4. şıkkın yanıtı evet ise süresi en az iki hafta mı ? Evet () Hayır ()

4- Uykusuzluk ve aşırı uyku :

1- Sabahları genelde uyandıığınız saatten en az 2 saat önce uyanıyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

2- Yattıktan sonra hemen uyuyabiliyor musunuz ? Evet () Hayır ()

3- Uyurken sık sık uyanıyor musunuz ? Evet () Hayır ()

4- Uyurken sık sık uyanıyor musunuz ? Evet () Hayır ()

5- Günlük uyku oranınız arttı mı ? Evet () Hayır ()

6- Yukarıda belirttiğimiz durumlar hemen her gece oluyor mu ?

Evet () Hayır ()

5- Hemen hergün psikomotor retardasyon ya da ajitasyon :

1- Kendinizi sıkıntılı, huzursuz hissediyor musunuz ? Veya oda içinde anlamsız dolaştığınız veya yerinizde duramadan dolaştığınız oluyor mu ?

Evet () Hayır ()

2- Hareketlerinizin, konuşmalarınızın, düşünce hızınızın yavaşladığını söyleyebilir misiniz ?

Evet () Hayır ()

3- Yukarıda belirtilen durumlar sürekli mi ? Evet () Hayır ()

6- Yorgunluk ve enerji kaybı :

1- Günlük işlerinizi, çalışmalarınızı yaparken halsizlik duyuyormusunuz ?

Evet () Hayır ()

2- İşlerinizi yaparken, çalışırken çabuk yoruluyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

3- Bu durum sürekli mi ? Evet () Hayır ()

7- Değersizlik ya da durumuyla uygun olmayan suçluluk duyguları :

1- Kendinizi değersiz, işe yaramaz, yararsız hissediyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

2- Geçmişte yaptığınız şeylerden dolayı kendinizi suçluyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

3- Kendinizin günahkar olduğunu düşünüyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

4- Yukarıda belirtilen durumlar sürekli mi ? Evet () Hayır ()

8- Düşünme, konsantrasyon, karar vermede güçlük :

1- Günlük yapacağınız işler hakkında karar vermekte güçlük çekiyor musunuz ? Örneğin ne giyeceğiniz, alış-verişte ne alacağınız, ne yemek yapacağınız vs.

Evet () Hayır ()

2- Okuduğunuz gazeteye, televizyona veya yaptığınız işe dikkat etmek de zorlanıyor musunuz ?

Evet () Hayır ()

3- Yukarıda belirtilen durumlar sürekli mi ? Evet () Hayır ()

9- Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri :

1- Ölmeyi istediğiniz bir kazada ölmeyi, yaşamınızın bitmesini istediğiniz ve ölmek için planlar yaptığınız veya kendinizi öldürme girişiminde bulunduğunuz oldu mu ?

Evet () Hayır ()

2- Bu düşünceler sürekli mi, en azından sık sık aklınızdan geçiyor mu ?

Evet () Hayır ()

EK SORULAR

10- Kendinizi ne zaman kötü hissediyor sunuz ?

1- Sabahleyin

2- Öğleden sonra-akşamleyin

3- Değişiklik yok

11- Bazı hoşlandığınız şeylerle karşılaşınca kısa bir süre olsa da kendinizi iyi hissediyor musunuz ? Örneğin arkadaşlarınız, çocuklarınız veya akrabalarınız ziyaretinize gelince veya telefonla görüşünce.

Evet () Hayır ()

12- Hastalanmadan önce hoş ve doyurucu bir yaşamınız mı vardı. Yoksa diğer insanlarla ilişkilerinizde güçlükler, yakınmalar ve sorunlar oluyor muydu ?

Evet () Hayır ()

13- Geçen 5 yıl içinde yukarıda sayılan şekilde bir dönem geçirdiniz mi ?

Evet () Hayır ()

14- Bütünüyle iyileştiniz mi ?

Evet ()

Hayır ()

15- İyileşme döneminiz en azından 2 ay sürdü mü ?

Evet ()

Hayır ()

16- Bu dönemde bir tedavi aldınız mı ?

Evet ()

Hayır ()

17- Geçmişte yukarıda belirtilen şekilde 3 veya daha çok dönem geçirdiniz mi ?

Evet ()

Hayır ()

18- Bu dönemler genellikle yılın aynı aylarında mı oluşuyordu ?

Evet ()

Hayır ()

19- Şimdiki rahatsızlığınız süresi ne kadar, en az 2 yıl (kronik) mı ?

Evet ()

Hayır ()

Hastanın Adı :

Doktorun Adı :

Hastanın Numarası: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Hamilton Depresyon Skalası (HAM)

10

Gün [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Ay [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Yıl [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Her maddede, hastayı en iyi karakterize eden cevabı belirleyen numarayı daire içersine alın

Depresif ruh hali

(Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

Suçluluk duyguları

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

İntihar

0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir)

Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

Geceyarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (Herhangi bir neden olmaksızın)

Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarak hergün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

Retardasyon

(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.
4. Tam stuporda

Ajitasyon

0. Yok
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

Psşik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete	0. Yok 1. Hafif 2. İlimli 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli	Anksiyete'ye eşik eden şu gibi fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme Sık idrara çıkma Terleme
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0. Yok 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.	
13. Somatik semptomlar Genel	0. Yok 1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.	
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları v.b.)	0. Yok (libido kaybı, adet bozuklukları) 1. Hafif 2. Şiddetli 3. Anlaşılamadı.	
15. Hipokondriyaklık	0. Yok. 1. Kuruntulu. 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyaklık delüzyonları.	
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A. Tedavi öncesinde (anamnez bulgular) 0. Kilo kaybı yok. 1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.	
	B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda. 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama. 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama 2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama.	
17. Durumu hakkında görüşü	0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklimi, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.	

Bütün maddelerin tamamen cevaplandırılıp cevaplandırılmadığını kontrol ediniz.

Düşünceler:

Değerlendirme:

0-13 = Depresyon Yok 14-27 = Hafif Depresyon 28-41 = Orta Depresyon 42-53 = Şiddetli Depresyon.