



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

BURSA İLİ İÇERİSİNDE ACİL SERVİSTE ÇALIŞMAKTA OLAN
HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DEPRESYON
OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Serap KATI

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2018



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

BURSA İLİ İÇERİSİNDE ACİL SERVİSTE ÇALIŞMAKTA OLAN
HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DEPRESYON
OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Serap KATI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN

Bursa-2018

İÇİNDEKİLER

| | |
|--------------------------------------|-----|
| ÖZET | ii |
| SUMMARY..... | iii |
| GİRİŞ | 1 |
| I. Depresyona Giriş..... | 2 |
| II. Depresyonun Tarihçesi | 4 |
| III. Depresyon Epidemiyolojisi | 8 |
| IV. Depresyon Sınıflaması..... | 9 |
| V. Depresyonun Etiyolojisi..... | 15 |
| VI. Depresyonda Risk Etkenleri..... | 20 |
| VII. Depresyonda Klinik | 26 |
| VIII. Depresyonda Tedavi..... | 31 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 43 |
| BULGULAR..... | 45 |
| TARTIŞMA ve SONUÇ | 55 |
| KAYNAKLAR | 65 |
| EKLER | 75 |
| TEŞEKKÜR..... | 78 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 79 |

ÖZET

Bu çalışma acil servis hekimleri arasında Bursa ilindeki kamu hastanelerinde planlanmıştır. Bu kapsamda 120 pratisyen hekim, 56 asistan hekim ve 35 uzman hekim olmak üzere toplam 211 hekime ulaşılmış ve oluşturulmuş olan anket formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilmeye klinik uygunluğu sağlayan hekimlerin tamamen gönüllülük esası baz alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen hekimler örneklem dahiline alınmamıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hekimlerin %47.39'u minimal, %29.86'sı hafif, %19.91'i orta ve %2.84'ü şiddetli düzeyde depresyon olasılığına sahipti. Araştırmada acil servisteki göreve göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görüldü. Bununla birlikte meslekteki çalışma süresine göre de depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görüldü. Buna göre 1 yıldan az mesleki tecrübeye sahip olgularda %54.2'si minimal, %37.5'i hafif, %4.2'si orta ve %4.2'si şiddetli düzeyde depresyon olasılığı saptandı. 11 yıl ve üzeri olguların %76.9'u minimal, %15.4'ü hafif, %7.7'si orta düzeyde depresyon olasılığına sahipti. Çalışmamıza göre gelir seviyesine ilişkin yeterlik algısı hekimlerin depresyon düzeyinde anlamlı farklılık yaratan bir diğer unsurdu. Son olarak yapılan işten duyulan memnuniyet durumuna göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görüldü.

Sonuç olarak; Bursa ili içerisinde çalışmakta olan acil servis hekimlerinin depresyon düzeylerinin, sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesinin hedeflendiği çalışmamızda, acil servis hekimlerimizin depresyon olasılığında mesleki tecrübe, gelir düzeyi ve yapılan işten duyulan memnuniyetin önemli faktörler olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Acil servis hekimleri, depresyon, Beck Depresyon Ölçeği.

SUMMARY

Assessing the Sociodemographic Characteristics and the Probability of Depression of Doctors Working in Emergency Services in Bursa.

This study was planned among public hospitals in Bursa province among the emergency service doctors. Within this scope, a total of 211 medicines, 120 practitioners, 56 resident doctors and 35 specialist doctors were reached and filled out the questionnaire form. The resident doctors who provided clinical compliance without being included in the survey were based on voluntary basis. Doctors who did not want to participate in the study were not included in the sample.

According to findings obtained from the study, 47.39% of the doctors were mild, 29.86% were mild, 19.91% were moderate and 2.84% had severe depression possibility. There was, however, a significant difference in depression levels according to the duration of work in the profession. According to this, 54.2% of the cases with less than 1 year of professional experience had minimal, 37.5% of mild, 4.2% of moderate and 4.2% of severe depression whereas in 11 years and above group; 76.9% of the cases had minimal, 15.4% had mild and 7.7% had moderate depression possibility. The level of income was another factor that made a meaningful difference from the depression level of the doctors. Finally, there was a significant difference between the levels of depression according to the state of affirmation of the work done.

In conclusion; In our study in which the evaluation of the depression levels of the emergency doctors working in Bursa province according to their sociodemographic characteristics was aimed, it was determined that the emotional experience, income level and satisfaction with the work done were important factors in the depression probability of our emergency doctors.

Keywords: Emergency doctors, depression, Beck Depression Scale.

GİRİŞ

İnsanın fiziksel sağlıklılığı kadar psikolojik sağlıklılığı hayat kalitesini dolayısıyla verimliliği etkileyen en önemli parametrelerden birisidir. Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde; düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk; değersizlik, haz yoksunluğu, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren kompakt bir hastalıktır (1). Günümüz koşullarında ise sağlıklı olmak denince DSÖ' nün yaptığı tanımda psikolojik yönden de iyi olmak gerekliliği vurgulanmıştır.

Depresyon günümüzde sıklıkla karşılaştığımız psikiyatrik bir sorundur (2). Depresyon yaygınlığı sağlık çalışanlarında azımsanmayacak boyuttadır (3). Fransa'da 1200 sağlık çalışanıyla yapılan çalışmada toplumdan daha sık olduğundan bahsedilmektedir (4,5).

Acil servisler kaotik, kalabalık, stres altında sağlık hizmetinin sağlanmaya çalışıldığı birimlerdir. Acil serviste sayıca fazla hasta bakmanın yanı sıra bu hastaların çoğunlukla hızla müdahale edilmesi gereken hastalık grupları olması hekimin stresini arttırıcı rol oynamaktadır. İş yerindeki stres, düzeni bozulan aile ve sosyal yaşantı acil servis hekimlerinin yıpranmasına zemin hazırlayan birçok stresör faktör vardır (6). Acil servis hekimleri için de acil servisteki süreç oldukça streslidir. Fazla sayıda hasta bakma, hasta ölümleri, uyku düzenindeki bozulma ve uzun çalışma saatleri öncelikli stresör faktörler olarak belirlenmiştir (7,8). Literatürde ülkemizdeki bazı illerde, acil servis çalışanlarında depresyonu araştıran az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu noktadan hareketle Türkiye'nin dördüncü büyük ili olan Bursa'daki kamu hastaneleri acil servis hekimlerine yönelik bir çalışma yapılmasına karar verilmiştir. Çalışmamızda acil servis hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve depresyon sıklığı ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

I. Depresyona Giriş

Depresyon sözlük anlamı olarak uyarılara karşı duyarlılığın azalması, girişim gücünün ve kendine güvenin yiterek umutsuzluğun, karamsarlığın güçlenmesi biçiminde beliren ruhsal bozukluktur. Depresyonun Türkçe karşılığı çökkünlük veya ruhsal çöküntü halidir (9) Sözcüğün etimolojisine bakılınca 'depressus' sözcüğünden köken aldığı görülür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ye göre dünya nüfusunun ortalama %3-5'inde depresyon görülmektedir (10). Oldukça sık görüldüğünden psikiyatristler tarafından ruh sağlığının soğuk algınlığı olarak ifade edilmektedir (1). Depresyon yaygın görülmesi, yüksek kronikleşme ve yinleme oranı, yüksek intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal sağlık sorunudur (11). Duygu durum bozukluğu olarak tanımlanan depresyon, kişinin iç dünyasında yaşadığı bireylerin hal ve hareketlerini ve çevreyi algılamasında değişikliklere yol açan baskın ve kesintisiz duygu halidir. Yaşanılan bu sürecin kesintisiz olma durumu önemlidir. Çünkü her bireyin duygudurumunda dalgalanmalar olduğu bilinir. Depresyon sürecinde aranılması gereken özellik içsel olarak deneyimlenen bireyin davranışlarında ve etrafındaki olayları algılamasında oluşan sürekli ve baskın negatif duygudurumdur (12). Depresyonda genel olarak çökkünlük, tükenmişlik, yaşam enerjisinde ve alınan keyifte azalma, iştahta azalma, kötümserlik, karamsarlık, suçluluk hissi, konsantrasyon ve özgüvende azalma, aşırı uyku ve/veya uykusuzluğa eğilim, suicidal düşünceler, cinsel istekte azalma, sosyal izolasyon görülür (13). Kişinin kendine olan saygısı oluşan keyif ve ilgi azalması depresyon şiddeti ile korele olarak azalır bu da kendini aşağılamaya ve sosyal izolasyona neden olur (14,15).

Depresyon her ne kadar psikolojik bir hastalık ise de fizyolojik bulguları da kaçınılmaz olarak mevcuttur. Depresyona çökkün duygulanım hali ile beraber düşüncede, konuşmada ve harekette yavaşlama, durgunluk, yorgunluk, dikkat eksikliği, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygusu ile cinsel isteksizlik, iştahta azalma, hareketlerde yavaşlama gibi fizyolojik özellikler de eşlik eder. Depresyon ciddi, sürekli ve karmaşık ruhsal hastalık tablosudur (16,17).

Genel olarak majör depresyon, klinik depresyon olarak da bilinir. Major depresyonun dünyada yaygınlığı %3 - %5.8 arasında değişmektedir. Türkiye' de bu duruma bakılınca Türkiye Ruh Sağlığı ve Profili Çalışmasıyla genel popülasyonda %4; kadınlarda %5.4 ve erkeklerde %2.3 olduğu bildirilmiştir (20). Psikolojik durumu saptamaya yarayan testler sonucu da en fazla karşılaşılan psikolojik bozukluk depresyondur (18). Günümüz koşullarında klinik ortamlarda ve toplumda depresyona dair yapılan çalışmalarda depresyon durumunun 20. yüzyılın 2. yarısından sonra kişilerde gelişme riskinin arttığı ve görülme yaşının düştüğü bildirilmiştir (21,22). Bu artışla ilgili nedenlere henüz açıklık getirilememiştir. Genetik yapıda bu artışı açıklayabilecek değişiklikler oluşmadığından olasılıkla çevresel etmenlere bağlı geliştiği düşünülmektedir (22). Oldukça sık görülen, yineleyen bu hastalığın diğer kronik hastalıklar kadar kişiye zarar verdiğini söylemek elbette yanlış bir ifade olmayacaktır. Günümüzde depresyon üzerinde çalışılan bir konu olduğu gibi insanlık tarihi kadar eski bu durumla ilgili geçmişte çalışmalar yapılmıştır. Depresyon üzerinde oldukça fazla çalışmalar yapmış olan Beck'de bu duruma bilişsel kuram ile açıklık getirmeye çalışmış ve depresyonu anormal bilişsel aktivitelerin ortaya çıkardığı zihinsel bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini karamsar görme durumundan bu kuramda da bahsedilmiştir (19). Depresyon özellikle etiyolojisi açısından günümüzde birçok yönden hala aydınlatılmaya ihtiyaç duyan bir sendromdur. Bu yönde yapılacak araştırmalar geleceğe ışık tutacaktır.

Özetle depresyon ataklarla seyreden ve en eski dönemlerden bu yana tanınan bir sendromdur (23). Yaygın, sürekli bir keder, umutsuzluk, suçluluk, mutsuzluk, hüznün gibi duyguları içeren olumsuz duygusal bir yaşantıdır ancak bu durumlar işlevsel olarak da bozulmaya sebep olur (24). Depresyon sık görülmesi, kronikleşme eğilimi, bu sürece bağlı özkıyım ve sonucunda ölüm riski nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur.

II. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon; ruhsal çökme, çökkünlük, kederli hissetme, fizyolojik, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmakla beraber esasen kelimenin kökeni olarak Latince “depressus” tan gelmektedir (25). Yazılı kaynaklarda 17. Yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmakta ise de aslında antik çağlardan itibaren depresyon örneklerine ait kayıtlar bulunmaktadır. Tarih öncesi dönemlerde yaşadığı bilinen mitolojik olarak efsaneleşmiş Niobe günümüze ağlayan kaya şekliyle sembolleşerek ulaşmıştır. Manisa'nın Spil Dağı eteklerinde yer alan Niobe günümüze dek korunmuş ve muhtemel stuporlu bir depresyon olgusudur (26). Niobeyi değerlendirebilmek için kısaca hikayesine göz atmak gerekir. Niobe, Lydia kralı Tantolos'un kızı, Thebai kralı Amphion'un ise karısıdır. Niobe 6 kız, 6 erkek olmak üzere 12 çocuğa sahiptir ve iki çocuğu olduğunu söyleyerek küçümsediği Hera'yı öfkelenir. Hera, çocukları olan Artemis ve Apollon'dan; Niobe'yi cezalandırmalarını ister. Apollon ve Artemis de, oklarıyla Niobe'nin bütün çocuklarını öldürür. Niobe, çocuklarının cesetleri başında günlerce ağlar. Sonunda Tanrı Zeus, Niobe'nin haline acır ve ıstırabına son vermek için, onu ağladığı yerde taş haline getirir (27). Bu hikaye ile yaşadığı duygudurumu depresyon olarak nitelendirmek mümkündür. Bir başka mitolojik kahraman ise Helen'dir. Troyalı Helen'in keder ve üzüntüleri azaltmak için “nepenthes” adlı bitkiden elde edilen bir morfin türevini antidepresan amaçlı kullandığı bildirilir. Bu belki de depresyonun kaydedilmiş en eski farmakolojik tedavisidir (28). Homeros'un İlyada destanında kral Ajax'ın aşırı hareketli durumu ile düş kırıklığı, çökkünlükleri, hızlı döngüsel geçişlerinden ve intihar etmesinden bahsedilir ki bu da olasılıkla hızlı siklus gösteren manik-depresif duruma örnektir (29).

Tarih öncesi çağlardan bu yana bahsedilen depresyon olgusu, 16. yüzyıla kadar dini inanışlar çerçevesinde hakimiyet kazanmıştır. Ruhsal hastalıkların ortaya çıkışının şeytani güçlerin egemenliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

M.Ö. 4. yüzyıla da Hipokrat ile beraber depresyonu adlandırma ve sınıflandırma çalışmaları başlamıştır (30). Hipokrat depresyonu melan yani

“kara” ve koli yani “safra” sözcüklerinin birleşiminden oluşan “karasafra” şeklinde belirtmiş ve böylece akıl hastalığının doğa üstü güçler nedeniyle değil dalakta fazlaca üretilen safradan kaynaklanabileceğini ifade etmiştir. Melankoliyi durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, kaygı ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu şeklinde tanımlamıştır (31).

M.S. 1. yüzyılda Aretaeus ise melankoliyi kara safranın diafragmadan yukarı doğru çıktığı ateş olmaksızın görülen bir mental hastalık şeklinde ifade etmiştir. Hipokondrium olarak bilinen bu bölgeden bahsedilmesi son derece önemlidir çünkü melankolik kimselerdeki somatizasyona işaret eder. Bu kimselerde kabuslar, korkular, nefret, insanlardan uzaklaşma, ağlama, hayattan yakınma ve ölme isteği görülür diyerek melankolinin kapsamını da belirtmiştir. Farklı yönleriyle aynı hastalık süreci olduğuna deyinerek mani ve melankoli arasında ilişkiyi gösteren ilk kişi olmuştur. Aynı zamanda maninin her zaman melankolinin bir sonucu olmadığını da söylemiştir (28).

Modern psikoterapi özelliklerine benzeyen önerilen tedavileri içeren bir yaklaşım ise yunan filozofu Soranus tarafından uygulanmıştır. Soranus hastalarına tiyatro izletmiş hatta oyunda aktif rol almalarını sağlayarak onların sosyal hayata adapte olabilmelerini sağlamıştır. Ayrıca Soranus sanrıları ve suicidal eğilimleri de tanımlamıştır (31).

Aristo ve Galen ile birlikte ise depresyonun hormonal veya beyin fonksiyonları gibi fizyolojik bozukluk ile oluşabileceği kavramları gündeme gelmiştir (32,33).

Çin tıbbına gelince melankolinin karşılığı olarak ‘yasın hüznü’ kelimeleri kullanılmış eksite hastaların tüm abartılı davranışlarını dışa vurmalarına izin verilerek bunların olumlu duyguları harekete geçireceğine inanılmıştır. Çin Tıbbında depresyon için yaşamsal hava dolaşımında bozulma, aşırı yas ve hastanın kontrol edemediği çaresizlik durumları ifadeleri 14. yy’dan 20. yy’a dek kullanılmıştır (28).

Ortaçağda Türk ve Arap dünyasında ise İbni Sina depresyon hakkında çalışmalar yapmıştır. İbni Sina ruhu beden hareketlerini yönlendiren bedenden ayrılması sonrası canlılığın yitdiği manevi bir varlık olarak tanımlamıştır. Duygular ve hareketler arası bağlantının sınırlar aracılığıyla

sağlandığını, ruhsal değişiklikler esnasında nabız değişikliklerinin olabildiğini vurgulayarak bir anlamda analitik tedavi yaklaşımını kullanmıştır.

Sinirler aracılığıyla oluşan bu iletişimden kastın modern tıp karşılığı olarak nörotransmitter öncüsü olabileceğini söyleyebiliriz. (26) İshak İbni İbrahim ise genetik faktörler ve depresyon ilişkisinden bahsetmiştir. Melankolinin, babanın zarar görmüş sperminin neden olduğu özel mizaç türlerinde oluşan aşırı zihinsel yorgunluğun uyku-uyanıklık döngüsünü bozması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (26).

16. yüzyılda Vesalius ilk anatomik diseksiyonu gerçekleştirdikten sonra kilise tarafından öldürülmüştür. Ancak klinik anatomiye olan bu ilgi Plater' in ufkunu açmıştır. Vesalius'un izinden giderek akıl hastalarında klinik anatomi çalışmaları yürütmüş ve ilk kez merkezi sinir sisteminin depresyondan sorumlu olabileceğini ifade etmiştir. Yine de ortaçağın karanlık Avrupa'sında depresyonun spiritüel durumlarla birlikte anılmasından daha öteye gidilememiştir.

Richard Burton (1577-1640) "Melankolinin Anatomisi" adlı duygudurum bozukluklarına ilişkin ilk İngilizce metin olma özelliğini taşıyan kitabında melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirti, bulgu ve ayırıcı tanıları belirtmiş ve bugünkü tanıma yakın bir semptom kümesinden bahsetmiştir. Hüzün, karamsarlık, korku, kaygı durumlarını depresyon durumu için tanımlarken suçluluk duygusundan çok az bahsetmektedir. Tanımlamaları bu kadar iyi yapabilmesinin kendisinin de melankolik olmasına bağlanmaktadır (29). 17. yüzyılın sonunda melankolinin oluşum mekanizmasında humoral yaklaşım etkisini yitirmiş ve Thomas Willis (1621-1675) kimyasal olarak vücut sıvılarındaki aşırı tuzlanmanın depresyona yola açtığını ileri sürmüştür. Bu Galenik görüşün devamı niteliğindedir.

Batıda modern psikiyatrinin babası olarak tanınan Pinel de melankoliyi ruhun yoğun duygulara dayanıksızlığı ile açıklamıştır (26).

18. yüzyılda William Cullen ve Hoffman depresyonu vücut sıvılarındaki akımın bozulması ile açıklamıştır. Depresyonda santral sinir sisteminin önemli rolü olduğunu ileri sürmüşlerdir (26).

19. yüzyılın sonuna doğru mental depresyon kelimesi melankoli yerine kullanılmaya başlanmıştır. Delasiauve (1860), William Gull (1868) ve Savage'in (1898) depresyon tanımında ruhsal bir düşkünlük hali, cesaret eksikliği, karamsar düşüncelere eğilim, heyecansal fonksiyonda düşüklük, genel hareketlerde azalma yer almaktadır (26).

Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) depresyonu bir semptom olarak değil depresif durumlar başlığı içinde bir kategori olarak kullanmış ve böylece ilk kapsamlı duygudurum sınıflamasını yapmıştır. Depresyonda ana patolojinin duygudurumda çökkünlük ve fiziksel, zihinsel süreçlerde yavaşlama olduğunu belirtmiştir. 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuştur (34).

20. yüzyılda ise psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibi birbirleriyle rekabet eden farklı kuramsal bakış açılarının getirdikleri ile depresyon hakkındaki bilgilerimiz giderek artmış ve yüzyılın ikinci yarısından sonra gelişen teknolojinin katkısı ile genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalarla psikiyatrik bozukluklar yepyeni bir boyut kazanmıştır. Artık santral sinir sisteminin depresyon ve manideki rolü belirginleşmiştir. 1955 yılında Brodie ve Shor'un serotonin ve LSD arasındaki ilişkiyi; 1963 yılında McLennan'ın asetilkolin sinapslarını tanımlamıştır. 1938'te dopa dekarboksilazın bulunmasıyla monoaminler hakkında bilgiler giderek artmıştır. Larry Siever ve Kenneth Davis (1985) noradrenerjik dengedeki bozulma modelini geliştirmişlerdir. 1980'lerde yapılan birçok nöroendokrin çalışma ile glukokortikoid ve mineralokortikoid reseptör işlevlerindeki bozulma ve bunun patofizyolojik, terapötik sonuçları gözlenmiştir. 20. yüzyılın ikinci yarısında nörofizyolojik yaklaşımlarda depresyona önemli katkılarda bulunmuştur. 1963 yılında Alec Coppen ve arkadaşları duygudurum bozukluklarında sinir hücrelerinde sodyum konsantrasyonu ve taşınmasında anormalliklerin, kararsız bir nöronal aşırı uyarılabilirlik halinin gelişmesinde rol oynadığı ve bunun depresyon ve maninin oluşumunda rol oynadığını belirtmişlerdir. Modern anlayış psikolojik ve biyolojik modeller arasında bağlantı kurmaya çalışmaktadır (26).

20.yüzyıl psikiyatrisi genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik yenilikler, teknolojinin ilerlemesi ile gelişen ilaç biliminin de yüksek katkıları sayesinde yeni bir boyut kazanmıştır (30).

Ve son olarak depresyonun sınıflandırılmasıyla ilgili olarak 2013 yılının Mayıs ayında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM'nin son sürümü olan DSM V kullanıma girmiştir. Duygudurum bozukluğu başlığı altında depresyon ve mani tiplerine yer vermiş, bunların tanı ölçütlerini sıralamıştır (35).

III. Depresyon Epidemiyolojisi

Major depresyon sıklıkla görüldüğü yaş aralığı açısından orta yaş hastalığıdır. Major depresyon için 18-44 yaşlarındaki bireyler risk grubunda yer almaktadır. 65 yaş ve üstündeki bireylerde ise major depresyon riski en düşük düzeydedir (40). Başlangıç yaşı da otuzlu yaşların başı ve ortaları arasındadır (47).

Major depresyonun başka rahatsızlıklarla birlikteliği sıktır. Major depresyona eşlik eden psikiyatrik hastalıklar panik atak, agorafobi, sosyal fobi, anksiyete, post travmatik stres bozukluğu ve madde kötüye kullanımınıdır (40). Bu rahatsızlıklar içerisinde anksiyetenin depresif bozuklukla birlikte görülme olasılığı daha da yüksektir (48). Bir başka araştırmada araştırmacılar depresif bozukluğu olan hastaların yarısından fazlasının aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu olduğunu, anksiyete bozukluğu olanların ise yarısından fazlasının depresif bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (49).

Major Depresyonda genetik yatkınlık, zorlu yaşam olayları, sosyal desteğin düşük olması, daha önceden major depresyon öyküsünün olması, travmatik olaylar, kişilik, ebeveyn kaybı ve cinsiyet önemli etkenler arasında yer almaktadır (50). Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun genetik riskinin %33 olduğunu göstermektedir (51).

Depresyon prevalansı yıllar içerisinde de artış göstermektedir (52). Amerika Birleşik Devletlerinde; 40000'den fazla kişiyi katıldığı 1991/1992'de ve 2001/2002'de gerçekleştirilen çalışmalarla depresyon prevalansları karşılaştırılmıştır. Major depresyonun prevalansının, bu zaman diliminde iki

katına çıktığı ifade edilmiştir. Elbette bu katlanmada depresyon tanısındaki modifikasyonlar da göz önüne alınmalıdır (53). Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda %10, hastanede yatan hastalarda %15 olarak tespit edilmiştir (54).

Ülkemiz için epidemiyolojik verilere bakacak olursak Türkiye’de depresyon prevalansı %10 dolayındadır. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise yaklaşık %10 prevalans hızına sahiptir. Kronik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (55). Yine Türkiye de 1995 yılında yapılan bir başka çalışmada ülkemizdeki depresyon yaygınlığı yaklaşık %7 değerlendirilmiş ve bu oran diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur (56). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesine yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Projesi çerçevesinde en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak depresyon belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 7479 kişni katılımıyla gerçekleşen ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ çalışmasında da yaygınlık %4 olarak belirlenmiştir. Ağrı bozukluğu dışlandığında en sık rastlanan ruhsal bozukluk majör depresyondur (57).

Tablo-1: Depresyonda Sıklık (63)

| Depresyon Alt tipleri | Yaşam Boyu Prevelans | Yüzde |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Major Depresyon Bozukluk | 5-17 | 12 |
| Distimik Bozukluk | 3-6 | 5 |
| Minör Depresif Bozukluk | 10 | |
| Tekrarlayıcı Kısa Depresif Bozukluk | 2,6- 7,8 | |

IV. Depresyon Sınıflaması

Psikiyatrik bozukluklardaki sınıflama sistemi üzerindeki çalışmalar 1840’lardan günümüze kadar uzanmaktadır. Tek kategorisi “delilik” olanlar ile başlayan sınıflamalar, günümüzde birçok ana ve alt başlığa sahiptir. Tanı kategorilerindeki artışa rağmen, bazı bozuklukları birbirinden ayırt etme konusunda zorluklar yaşanmaktadır (58).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Tanı ve İstatistik Elkitabı (DSM- I)’nı (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) ilk kez 1952’de

yayımladı. DSM- I'de ruhsal bozukluklar birer tepki (reaction) olarak sınıflandırılmıştır. Örneğin bunaltı tepkisi, şizofrenik tepkiler gibi. DSM- I'in yönetsel eksikliklerini farkederek Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 1968'de yayımladığı DSM- II'de dinamik psikiyatriye ağırlık veren tutumundan uzaklaşarak tepki (reaction) teriminden vazgeçmiştir. 1980'de yayımlanan DSM- III ile ilk kez, ruhsal bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında, araştırmalara dayanan tanı ölçütleri (diagnostic criteria) getirildi. DSM- III 1987'de gözden geçirilerek DSM- III- R adıyla yeniden yayımlandı. DSM- III ve ardından DSM- III- R ile psikiyatrik tanıların standartlaşması yönünde önemli adımlar atılmış oldu (59).

Dünya Sağlık Örgütü ise bütün tıbbi hastalıkları içeren, Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması ismi verilen bir sınıflama geliştirmiştir. ICD'nin, ruhsal bozuklukları tanımlayıp sınıflandıran bölümleri, daha çok Avrupa psikiyatrisinin etkisiyle hazırlanmıştır. ICD- 10 (1992) ve DSM- IV (1994) sınıflandırmaları birbirine oldukça yakınlaşmış, böylece dünya ölçeğinde, ortak bir sınıflamaya doğru yol alınmıştır (60).

DSM- IV yakın zamana dek kullanılmıştır ve 17 ana kategoride 200'ün üzerinde ruhsal bozukluğu sınıflandırmaktadır (60).

DSM- V 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulmuştur. DSM- V 20 ana kategoride 200'ün üzerinde ruhsal bozukluğu sınıflandırıyor (61). DSM- V'te DSM- IV- TR'deki "Duygudurum Bozuklukları (Mood Disorders)" bölümü kaldırılarak onun yerine "İki uçlu ve İlgili Bozukluklar (Bipolar and Related Disorders)" ve "Depresif Bozukluklar (Depressive Disorders)" biçiminde iki ayrı bölüm konulmuştur. DSM- V'e "Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu (Disruptive Mood Dysregulation Disorder)" ve "Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu (Premenstrual Dysphoric Disorder)" isimli iki depresif bozukluk daha eklenmiştir ve "Distimik Bozukluğun" ismi "Sürekli Depresif Bozukluk (Persistent Depressive Disorder)" olarak değiştirilmiştir (62).

Tablo-2: ICD ve DSM- V Deprosyon Sınıflaması Karşılaştırması (61)

| ICD-10 | DSM-V |
|---|--|
| Depresif Nöbet Tekrarlayıcı Depresif Bozukluk | Majör Depresif Bozukluk |
| Süreğen Duygudurum Bozukluğu | Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi) |
| Başka duygudurum Bozukluğu Belirlenmemiş Duygudurum Bozukluğu | -Premenstrüel Depresif Bozukluk -Madde/ İlaçla Ortaya Çıkan Depresif bozukluk -Başka Tıbbi Durumdan Kaynaklanan depresif Bozukluk -Başka Belirlenmiş Depresif Bozukluk - Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği bozukluğu |

IV.A. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

Çoğunlukla 10 yaşından önce başlayan, en az 1 yıl süre ile ortalama olarak haftada 3 kez ya da daha fazla görülen, sözel ya da davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan durumla bağdaşmayacak düzeyde ağır ve yineleyici öfke patlamaları ile seyreden ruhsal bir rahatsızlıktır.

IV.B. Major Depresif Bozukluk

Birbiri ardına gelen iki haftalık dönem boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir. Semptomlardan biri mutlaka depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır. Bulguların tanımlandıkları dönem içerisinde bir maddenin ya da bir sağlık durumunun etkisi olmamalıdır.

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

- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Düşük enerji, bitkinlik, içsel güç yoksunluğu veya yokluğu
- Konsantrasyon bozulma, karasızlık
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri, intihar denemesi

- İştah kaybı ya da kilo değişikliği (1 ay içerisinde kiloda %5 artma veya azalma gözlenebilir.)

- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon (62).

Eğer belirtiler ağır ise belirtildiği üzere belirtilerden biri zevk alamama veya çökkünlük olmak koşuluyla 9 belirtinin en az 5 tanesinin olması durumunda 1 haftalık süreçte görülmesiyle de tanı konabilir. Ancak bu istisnai durum ağır depresif olgular için geçerlidir. Tanı sadece duyguduruma bakılarak konulmaz. Belirtilerin kişinin günlük yaşamını, işlevselliğini belirgin biçimde bozması gerekir. Depresyon tablosu klinik uygulamada çok geniş bir belirti yelpazesi sergiler. Bu yelpaze mutsuzluk, isteksizlik gibi duygulanım dalgalanmalarından, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu psikotik tablolara kadar uzanabilir. Endişe durumunun baskın olması halinde hastalar gergin ve olağandışı derecede huzursuz hissederler. Korkunç bir şey olabileceği için endişe duyar ve buna bağlı korku hissederler. Melankolik durumun daha baskın olması halinde hastalar neredeyse tüm faaliyetlerde zevk almaz veya genellikle keyif verici uyaranlara cevap vermezler. Umutsuz olabilir, aşırı ve uygunsuz suçluluk duygusu çekebilir veya sabah erken uyanışlar, belirgin psikomotor gerilik veya ajitasyon, belirgin anoreksiya veya kilo kaybı yaşayabilirler. Atipik depresyonda olumlu olaylara tepki olarak hastanın ruh hali geçici olarak aydınlanır (örn. Çocuklar tarafından yapılan bir ziyaret). Ters vejetatif belirtiler izlenebilir, kilo alma veya artan iştah ve aşırı uyuma gibi. Alınan eleştiri veya redde aşırı tepki izlenebilir. Felçvari yorgunluk hissi genellikle ekstremitelerde ağırlık hissi olabilir (64). Psikotik tipte hastalarda sanrılar ve/veya halüsinasyonlar vardır. Bu sanrılar sıklıkla utanç verici rahatsızlıklar, affedilmesi imkansız günahlar ya da suçlar işlemekle ilgilidir. Halüsinasyonlar işitilebilir (örneğin kınama sesleri gibi) veya görsel olabilir. Yalnızca sesler açıklanırsa, seslerin gerçek halüsinasyonlar oluşturup oluşturmadığına dikkatli olunması gerekir.

Katatonik tipte hastalar ciddi psikomotor gerilik gösterirler, aşırı amaçsız faaliyet gösterirler. Peripartum başlangıcı olan majör depresyonda ise gebelikte ya da doğumdan sonra 4 hafta içinde depresif durum başlar. Psikotik özellikler mevcut olabilir; genellikle, bebeği öldürmek için komut

halüsinasyonları veya bebeğin sahip olduğu sanrıları içeren psikotik ataklar ile ilişkilendirilir. Depresyon mevsimsel değişim gösterebilir. Depresif durum yılın çoğunlukla sonbahar ya da kışa rastlayan döneminde olur (62). Depresyonun ağırlık olarak değerlendirilmesinde ise hafif-orta depresyon denildiğinde; intihar düşüncesinin olmaması, halüsinasyon olmaması, gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olması, hastaneye yatış gerektirmeden tedavi edilebilir olması anlaşılmalıdır.

IV.C. Süreğen Depresif Bozukluk (Distimik)

Çökkün duygudurum varlığı en az 2 yıllık süre boyunca kronik olarak günün önemli bir kısmında olmalıdır. Bununla beraber çökkün duygudurum dönemlerinin içsel enerji azlığı, iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, özgüven eksikliği, konsantre olamama veya karar vermede zorluk çekme, çaresizlik durumlarından en az ikisini içermesi gerekmektedir (61).

IV.D. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Semptomları luteal fazın son haftasında başlar, menstruasyondan birkaç gün sonra sona erer ve bu dönem içerisinde çökkün duygudurum, anksiyete, emosyonel labilite, ilgi kaybı ortaya çıkar (61).

IV.E. Maddenin / İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk

Alkol ve opiyat bağımlılığı, amfetamin ve kokain yoksunluğu depresyona neden olabilmektedir. Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygudurumdur. Oral kontraseptifler, Rezerpin, metildopa beta blokerler, antineoplastik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri, ranitidin, Simetidin, Vinkristin, vinblastin, prokarbazin, L- asparaginaz, amfoterisin B, interferon, ACE inhibitörleri, antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler, antiepileptikler, antihistaminikler, antibiyotikler, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi ilaçlara bağlı depresyon nedenleri arasındadır (61).

IV.F. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Kanser, fibromiyalji, diyabet, Vasküler hastalıklar (SVO, inme), demans, koroner arter hastalıkları, kronik yorgunluk sendromu, hipotiroidi, cushing hastalığı, serebral kanserler, addison hastalığı, kafa travması, hiperaldosteronizm, Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları, paratiroid hastalıkları, epilepsi, tiroid bozuklukları, huntington hastalığı, B12 ve folik asit eksikliği, hidrosefali, C vitamini eksikliği, migren, niasin eksikliği, multipl skleroz, tiamin eksikliği, narkolepsi, AIDS, kardiyovasküler hastalıklar, wilson hastalığı, klinefelter sendromu, porfiriler, postoperatif hastalıklar, romatoid artrit, böbrek yetmezlikleri, üremi, sjögren sendromu, sistemik kanserler, sistemik lupus eritematozus ve temporal arterit gibi tıbbi durumlara bağlı depresyon açığa çıkabilir (61,65).

IV.G. Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk (Other Specified Depressive Disorder)

Diğer depresif bozuklukların tüm kriterlerini karşılamayan ancak klinik olarak önemli derecede sıkıntı veya işlevsellik kaybına neden olan bir depresif bozukluğa sahip semptomların kümeleri, diğer depresif (tanımlanmış veya belirtilmemiş) bozukluk olarak sınıflandırılır.

Başka bir duygudurum bozukluğu için kriterleri hiç karşılaşmamış olan kişilerde 4 veya 4'ten fazla depresif belirtiliyle tekrarlayan veya uzun süre devam eden dönemlerle seyreden ancak başka birinin tanısı için yetersiz semptomlar içeren depresif bozukluktur (61).

IV.H. Belirlenmemiş Depresif Bozukluk (Unspecified Depressive Disorder)

Tanımlanmamış bir depresif bozukluk, çeşitli ruh hali bozukluklarından semptomların bir kısmını veya tamamını sergileyen bir hastalıktır. Bu karıştırma ve semptomların eşleştirilmesi belirtilmemiş depresif bozukluğu teşhis etmek biraz daha zor hale getirir. Bu nedenle, belirtilmemiş depresif bozuklukların tedavisi zor ve farklı olabilir. Belirlenmemiş depresif

bozukluk belirti açısından değişkenlik gösterse de diğer depresyon türlerinin içerdiği tüm riskleri içerir. Belirlenmemiş depresif bozuklukla ilgili en büyük sorun net olarak bir kategoriye sığmamasıdır. Bu nedenle teşhis, tedavi olumsuz şekilde etkilenebilir. Bu duygudurum şeklinin şiddetli semptomları arasında intihar düşünceleri ve eğilimi sayılabilir ki bu mümkün olduğunca kaçınılması gereken ciddi bir tehlikedir (61).

V. Depresyonun Etiyolojisi

Günümüzde depresyonun etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, oluş nedenleri, psikososyal, genetik ve biyolojik etkenlere dayandırılmaktadır. Depresyonun bugün bilinen biyolojik ve genetik temelleri aydınlatılmadan önce etiyolojisi yalnızca psikolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır (66). Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda duygu durum bozukluklarının gelişimiyle psikososyal stresörlerin ve yaşam olaylarının arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (50,67). Bu olayların major depresif bozuklukta etkisinin, bipolar bozukluğa göre daha ön planda olabileceği rapor edilmiştir (50).

V.A. Genetik Etkenler

Bahsedildiği üzere depresif bozuklukların tam nedeni bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel faktörler katkıda bulunmaktadır. Kalıtım, geç başlangıçlı depresyonda daha az olmak üzere etiyojinin yaklaşık yarısını oluşturur. Bu nedenle depresyon, depresyondaki hastaların 1.derece yakınları arasında daha sıktır ve benzer ikizler arasındaki uyum yüksektir. Ayrıca, genetik faktörler depresif yanıtların gelişimini etkiler (68). Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun genetik riskinin %33 olduğunu göstermektedir (51). Depresif bozuklukların genetik aktarımına ilişkin kanıtlar aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarından elde edilmiştir. Hafif vakalarda çevresel faktörlerin etkin olması daha olasıyken, majör depresyon durumlarında kalıtsal risk faktörlerinin öneminin arttığı ortaya konulmuştur (69).

Cinsiyet farkının da genetik aktarımda etkili olduğu ve kadınlarda bu oranın erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (70,71). Erken yaşta gelişen ve yineleyen depresyon vakalarında genetik riskin daha da arttığı bildirilmiştir (72).

Genetik belirleyiciler olarak; ABO kan grubu, HLA antijeni, Xg, trombosit MAO aktivitesi, membran transport özelliği ve renk körlüğü çalışılmışsa da geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir. Depresyonda genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen olduğudur (73). Depresyonun kalıtımında, aday gen hedefli çalışmalar ise yoğunlukla serotonin taşıyıcı, 5-HT_{2A} reseptörü, tirozin hidroksilaz, triptofan hidroksilaz 1, katekol-O metiltransferaz gibi protein ve enzimleri kodlayan genlerdeki fonksiyonel farklılıklara odaklanmaktadır (72).

Depresif bozukluklarının seyrinde genetik ön yatkınlık halinin mevcudiyeti ve kromozomlar üzerindeki sorumlu gen sahalarının aydınlatılması için çalışmalar sürmektedir.

V.B. Biyolojik Etkenler

Depresyonun etiolojisinde biyolojik etkenleri nörendokrin, nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler olarak belirletmek mümkündür (74). Depresyonun biyolojik etiolojisine yönelik tanımlanan ilk hipotez, 1950'lerde tüberküloz tedavisi sırasında tesadüfen duygudurum yükseltici etkilerinin keşfedilmesi ve bunun nedeninin merkezi sinir sisteminde monoamin oksidaz enzim inhibisyonu olduğudur. 1960'larda yeni antihistaminik ilaçlar geliştirmeye yönelik çabalar esnasında antidepresan özellikleri farkedilen imipramin gibi fenotiazin analoglarının keşfinden sonra bunların etki mekanizmaları üzerinde çalışılarak monoamin hipotezi oluşturulmuştur. Monoamin hipotezi, monoamin nörotransmitterlerin eksikliğinin, depresyonun biyolojik etiolojisindeki rolünü açıklamaya çalışan bir hipotezdir. Fakat, gerek yapılan araştırmalardaki çelişkili sonuçlar, gerekse antidepresanların alınmasıyla nörotransmitter miktarındaki artışın ve klinikte görülen cevabın zamanlama olarak uyum göstermemesi, yeni hipotezlerin geliştirilmesi gereğini doğurmuştur.

Bu kapsamda günümüze daha yakın tarihli yapılan araştırmalar, depresyon etyolojisindeki nörotransmitter rolünün sadece monoamin hipoteziyle açıklanamayacağını göstermiş, reseptörler ve hatta gen ekspresyonunu düzenleyen moleküler olaylara yönelmiştir. Reseptörlerdeki patoloji, monoamin nörotransmitter defektinden, reseptörlerin kendisinden veya sinyal transdüksiyonu ile ilgili bir problemten kaynaklanabilmektedir. (75,76)

Biyolojik etmenler kolinerjik, katekolaminerjik ve serotonerjik nörotransmisyonun anormal regülasyonu da dahil olmak üzere nörotransmitter seviyelerindeki değişiklikler üzerine odaklanmaktadır. Nöroendokrin disregülasyon, özellikle hipotalamik-pitüiter-adrenal, hipotalamik-pitüiter-tiroid ve büyüme hormonu olmak üzere başlıca üç yolaktadır (68,79).

Serotonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır. Reseptörlerin bilinen rolleri şöyle özetlenebilir: 5- HT1A reseptörü anksiyolitik etkiden sorumludur. Depresyon olgularında prefrontal kortekste 5- HT2A bağlanması artmaktadır. Bu artış ile agresyon ve intihar davranışı arasında bağ kurulmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bazı hastaların BOS'larında serotonin metabolitlerinin düşük düzeylerde, trombositlerdeki serotonin geri alım bölgelerinin düşük konsantrasyonda olduğunun bulunmuş olması depresyonun ortaya çıkmasındaki serotonin rolünü açıklamaktadır. Depresyon olgularında serotonin emilim hızı da düşüktür. Serotonin taşıyıcısı ise depresyon olgularında azalmaktadır. Bu azalma depresif belirtilerle ilişkili bulunmaktadır. Serotonin taşıyıcısı depresyon oluşumu yanında antidepresan ilaçların etki farklılıklarını da sağlamaktadır (76).

Dopamin aktivitesinin depresyonda azalmış, manide artmış olabileceğini düşündürmektedir. Rezerpin gibi dopamin konsantrasyonlarını azaltan ilaçlar ya da Parkinson hastalığı gibi yine dopamin konsantrasyonlarının azaldığı hastalıklar da depresif semptomlara neden olmaktadır. Dopamin konsantrasyonlarını artıran Tirozin, Amfetamin, Amineptin ve Bupropion gibi ilaçlar da depresyon semptomlarını azaltmaktadır (75,77).

GABA ve diğer nöroaktif peptidler, özellikle vazopresin ve endojen opiatların patofizyolojide rol oynadıkları düşünülmekte bununla beraber Glutamat ve glisin NMDA reseptörleri ile bağlantılı olarak nörotoksik etkileri bilinmektedir. Glutamat hiperkortizolemi ile ilişkilendirilerek kronik stresin bilişsel etkilerinden sorumlu tutulmaktadır (78).

Depresif belirtiler veya bozukluklar tiroid bozuklukları, adrenal bez bozuklukları, benign ve malign beyin tümörleri, inme, AIDS, Parkinson hastalığı ve multipl skleroz gibi çeşitli fiziksel bozukluklara eşlik edebilir. Bazı ilaçlar, örneğin kortikosteroidler, bazı beta blokerler, interferon ve reserpin, depresif bozukluklara neden olabilir. Bazı ilaçların (örn. Alkol, amfetaminler) istismar edilmesi depresyona yol açabilir veya eşlik edebilir. Toksik etkiler veya ilaçların geri çekilmesi, geçici depresif belirtilere neden olabilir (68).

V.C. Nöroendokrin Etkenler

Hipotalamo - pitüiter- adrenal Eksen

Major depresyonlu hastaların çoğunda kortizol hipersekresyonuna bağlı plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Şiddetli ve psikotik depresyonlarda, ciddi intihar girişimi olan depresif hastalarda deksametazon supresyon testi anormalliği mevcuttur. DST nonsupresyonunun özellikle psikotik depresyonda pozitif olması, kortizol yüksekliğinin psikotik depresyonun patofizyolojisinde rol oynayabileceğini düşünmeye sebep olmuştur. DST pozitifliği de hiperkortizolemi gibi genellikle depresyonun iyileşmesi ile birlikte düzelir DST relapstan birkaç hafta öncesinden itibaren yeniden pozitifleşir. Depresyonun klinik iyileşmesinden sonra da DST'nin pozitif olarak devam etmesi kötü prognoz ve erken relapsa işaret eder. Ancak DST depresyona spesifik değildir (80).

Hipotalamo-pituiter-tiroid Ekseni

Hipertiroidizmde genellikle anksiyete, yorgunluk, depresyon, emosyonel labilite ve ajitasyon semptomları gözlenir. Hipotiroidizmde ise

psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, depresif mizaç, intihar eğilimi, demans benzeri durum semptomları gözlenmektedir (81).

Depresyonlu bireylerin %25 'inde dışardan verilen TRH'ye TSH cevabı yetersiz bulunmuştur (82). Depresyondaki primer olayın TRH hipersekresyonu olduğu, TSH düşüklüğünün ve TRH'ye TSH cevabının aşırı hipotalamik TRH salınmasına sekonder olarak, hipofizer TRH reseptörlerinde gelişen duyarlılık azalmasına bağlı olduğu görüşü de başka bir bakış açısidir. Depresyonlu hastalarda TRH'ın SSS'ne direkt olarak verilmesinin akut fakat kısa süreli bir antidepresan etkiye yol açtığı bulunmuştur (80, 81, 83).

Hipotalamo-Pitüiter-Growth Hormon Ekseni

Depresyondaki hastalarda insülin verilerek hipoglisemi oluşturulmuş ve yine GHRH gibi ajanlar verilerek GH uyarılmış ve GH cevabına bakılmış; depresyonu olan hastaların büyük bir kısmında cevabın azalmış olduğu bulunmuştur (81). Depresyonu olan hastalarda klonidine azalmış GH yanıtı mevcuttur (84). Depresyonun EKT veya Desipramin tedavisi sonrası düzelmesiyle klonidine GH yanıtının düzeldiğini izlenmiştir (85).

Ayrıca biyolojik etmenlerin içerisinde bazı vitamin ve mineral eksikliklerinin depresyona zemin hazırladığını incelemek yerinde olacaktır. Major depresyonlu hastalarda çinko ve selenyum eksikliğinin de depresyona sebep olabileceği ve tedaviye eklenmesi halinde duygudurumun düzeldiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (86). Depresyonu olan kişilerin folik asit ve vitamin B12 düzeylerinin düşük olduğu, düşük folat düzeyleri ile tedaviye direnç arasında ilişki olduğu gösterilen bir başka bulgudur (87).

V.D. Psikososyal Faktörler

Psikososyal faktörler de etiyolojiye dahil edilmiş gibi gözükmektedir. Başlıca yaşam stresleri, özellikle ayrılmalar ve kayıplar, majör depresyon dönemlerinden önce görülür; ancak bunun gibi olaylar genellikle duygudurum bozukluğuna yatkın insanlar haricinde kalıcı, ciddi bir depresyona neden olmaz (68).

Depresyonda çevre faktörünü oluşturan kişinin geliştiği ve büyüdüğü çevre, o çevrede kurduğu arkadaş ilişkileri, ebeveynlerden gördüğü sevgi, şefkat ve güven duyguları ile çevresinden gördüğü sosyal destekler, çocukluk döneminde yaşadığı ortam, ekonomik mahrumiyetler, yakın aile fertlerinin kötü alışkanlıkları veya ciddi fizik ya da psikiyatrik hastalıkları yüksek genetik risk durumunda önemli rol oynar (88).

VI. Depresyonda Risk Etkenleri

VI.A. Cinsiyet

Kadınlarda depresyon erkeklere oranla yaklaşık iki kat fazla görülmektedir. (89) Major Depresyon bozukluğunun yaşam boyunca yaygınlığı erkekler için %5 ile %12, kadınlar için ise %10 ile %25 arasındadır (40,41). Yapılan bir çalışmada hekime başvuran depresif hastalar arasında kadınlar erkeklere göre (Kadın: %62.5 Erkek: %37.5) anlamlı derecede fazla tespit edilmiştir (90). Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk açısından kadınların yaşam boyu riski yüksek olarak bulunmuştur (91). Farklı çalışmalarda çoğunlukla varılan sonuç kadınların daha yüksek risk altında olduğudur. Kadınların daha yüksek risk altında olduğu dönem ergenlik sonrası menopoza kadar olan dönem olarak tespit edilmiştir. Kadınların bu yüksek riskli durumunu açıklayan net bir tek faktör olmamakla birlikte olası faktörler şunlardır:

- Günlük strese karşı daha fazla maruz kalma veya artan tepki
- Daha yüksek seviyelerde monoamin oksidaz (ruh hali için nörotransmitterleri düşüren enzim önemlidir)

- Daha yüksek tiroid fonksiyon bozukluğu oranları

- Menstrüasyonda ve menopozda ortaya çıkan endokrin değişiklikler

Örneğin peripartum başlangıçlı depresyonda, semptomlar gebelikte veya doğumdan sonraki 4 hafta içerisinde gelişir, endokrin değişiklikler söz konusudur, ancak spesifik nedeni bilinmemektedir (68).

Bazı araştırmacılar ise erkeklerdeki depresyon oranının da kadınlardaki kadar olduğunu iddia etmektedir. Kadınlarda yüksek depresyon oranlarını kadınların depresyonun tüm çeşitlerinde ve şiddetlerinde doktora başvurması, erkeklerin ise yalnızca çok ağır depresyonda ailenin zorlaması sonucu doktora başvurması ile açıklamaktadırlar (92,93).

VI.B. Yaş

Major depresyon için 18-44 yaşlarındaki bireyler risk grubunda yer almaktadır. 65 yaş ve üstündeki bireylerde ise major depresyon riski en düşük düzeydedir (40). 45 yaş öncesi grupta depresyonu bulunanlarda daha çok yaşam boyu devam eder. Tekrarlayan tek uçlu majör depresyon vakalarında ortalama yaş sıklıkla 30-35 yıl arasındadır. Tek atak majör depresyon vakalarında ise ortalama yaş biraz fazla bulunur (88). Genetik yatkınlık halinin söz konusu olduğu durumlarda ise biraz daha erken yaşlarda görülür. Ergenlik öncesi ve ergenlik dönemini ele alan araştırmalar depresyon oranının yaş ile arttığı desteklenmektedir. Major depresyonun 9 yaş öncesinde görülme sıklığı oldukça düşükken, 9-19 yaşlar arasında hızla artmaktadır ve bu durum özellikle kızlarda daha belirgindir. Epidemiyolojik araştırmalarda depresyon sıklığı okul öncesi %0.9, okul döneminde %1.9 ve ergenlerde %4 olarak belirtilmektedir (44).

Depresyonun gençler arasında yaygınlığının artışına bir sebep olarak da artan alkol ve madde kullanımı sebep gösterilmiştir (94,95). Bunun dışında ergenlikteki depresyonun sebepleri arasında ergenin yaşantısında değişimlerin olması, aile içi olumsuzluklar, ebeveyn ölümü ve ayrılığı, aile üyelerinde psikiyatrik rahatsızlık olması, istismara maruz kalma, okul başarısızlığı çevresel ve sosyal sebepler, ekonomik olumsuzluklar, arkadaş grupları da sayılabilir (96).

VI.C. Genetik

Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun genetik riskinin %33 olduğunu göstermektedir (51). Genetik ile ilgili bahis depresyonun etiyolojisi kısmında daha ayrıntılı incelenmiştir.

VI.D. Irk ve Etnik Köken

Irk, etnik köken ve depresyon arasındaki ilişkinin karışık olduğu belirtilmektedir. Bu karışıklık ülkelerdeki farklı etnik yapıların ve kültürel dinamiklerin etkisinden ötürüdür (97).

Asya ve Afrika toplumlarında depresyonun yaygınlığı ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Güney Kore'de DSM- IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan bir araştırmada major depresyon yaygınlığı %3.6 bulunmuştur (98).

DSÖ'nün verilerine göre Çin'de duygudurum bozukluklarının son bir yıllık yaygınlığı %1.7 ile %2.5 arasında değişmektedir (99).

İngilterede DSM- IV tanı ölçütlerinin temel alındığı, 54972 kişiyi kapsayan bir araştırmada depresyon yaygınlığı kadınlarda %5.9 erkeklerde ise %4.2 bulunmuştur (100).

Kentsel ve kırsal alanlarda yaşama ile depresyon yaygınlığı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular da karışıklık içermektedir. Buna rağmen yinelenen bulgu depresyon yaygınlığıdır. Kentsel alanlarda depresyonun yüksek olduğu, kırsal alanlara gidildikçe azaldığıdır (97).

ABD Kaliforniya ve Newyork bölgelerini içeren 18-96 yaş aralığında 6694 kişiyi kapsayarak DSM- IV tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir araştırmada major depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığı %5.2 bulunmuştur. Depresyon şiddeti ile etnik yapı ilişkili bulunmuş, ayrıca obezite ilişkisinden bahsedilmiştir. Bazı toplum kesimlerinde yaşlılar ve beyaz olmayanlarda depresyon sıklığının artmış olduğundan bahsedilmiştir (100).

Irk ve etnik kökenin depresyon ile değerlendirilmesi yine de oldukça güçtür. Elbette, toplumdan topluma değişen sosyolojik faktörler, kişinin ruhsal dünyasında, kişilik gelişiminde ve değerler sisteminde değişikliklere sebep olur. Nüfus artışı, kentleşme sorunları, aile kavramında değişme, bireyselleşme, toplumsal değişme, toplumsal dayanışmanın azalması, izlenen ekonomik ve sosyal politikalar, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşabilirliği, çeşitli nedenlerle oluşan örseleyici toplumsal olaylar, ekonomik refah düzeyi gibi faktörler; kişinin ruhsal dünyasını önemli ölçüde etkiler. Bu kadar dinamik parametrenin birarada yer aldığı bir durumu değerlendirmek de o yüzden güçlük yaratmaktadır.

VI.E. Medeni Durum

Depresyon ile medeni durum arasında çeşitli ilişkiler saptanmıştır. Page'e göre bekar, dul veya boşanmış bireyler evli olanlara göre daha fazla yalnızlık çekmektedirler (101). Maral ve arkadaşları 2001 yılında 60 yaş ve üzeri bireylerde yaptıkları çalışmada kronik fiziksel hastalığı olanlarda depresyon riskinin 6.51 kat, bekar yada dul olanlarda da 4.72 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (102).

Yalnızlık depresyonun sosyal destek ile birlikte en önemli belirleyicilerinden biridir (103). Prince ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yalnızlık durumunda depresyon olasılığının 12 kat arttığı saptanmıştır (106).

Karşı cinsle ilişkilerde yaşanan güçlüklerin, uyumsuz evliliğin ve işlevsel olmayan bir aile düzeninin depresyonla ilişkisi olduğu da çalışmalarla gösterilmiştir (107). Brown ve arkadaşları çocuklukta annesini kaybetmiş olmanın, evde 14 yaşın altında üç ya da daha fazla çocuk olmasının, eşle yakın ve güvenilir bir ilişkinin olmamasının ve çalışmıyor olmanın kadınlarda depresyon riskini arttırdığını ifade etmişlerdir (108).

VI.F. Sosyokültürel Ve Sosyoekonomik Özellikler

Sosyal destek kaynakları, depresyondan koruyucu bir etkidir. Kadının üstlendiği roller onun sosyal hayatta görece izole olmasına neden olabilir. Ülkemiz açısından bakıldığında daha ilk gelişim aşamalarından itibaren kız çocuğa öğretilen duyguların bastırılmasıdır. Oysa bastırılan ve yüceltilmeyen duygular depresyona zemin hazırlar.

Düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında korelasyon tespit edilmiştir. İşsizlik veya ekonomik kötüye gidiş de depresyonla korele artış gösterir (109). Hızlı nüfus artışı, göç ile bağlantılı nüfus hareketleri, yoksulluk, siyasi sorunlar, insan hakları ihlalleri, ciddi psikososyal sonuçlar doğuran travmalar, fiziki çevrede oluşan sorunlar ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında önemli değişkenlerdir (100). Brezilya'da yapılan bir araştırmada yoksul kent göçmenlerinde depresyonu da kapsayan ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüksek bulunmuştur (110).

VI.G. Eğitim Düzeyi

Gilman ve ark. 2002, Kessler ve ark. 1997 tarafından yapılan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyinin depresyona karşı koruyucu olduğu söylenmektedir (100).

VI.H. Majör Yaşam Olayları

Kişinin beden imgesinde, kendilik saygısında, kimlik duygusunda, çalışma gücünde, toplum ve aile ile ilişkilerinde olumsuz değişiklik gibi yaşam olayları major depresyona yol açabilmektedir (111). Heikkinen ve arkadaşları suisid girişiminde bulunan 1397 olgu üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerde en sık bildirilen sorunların, iş sorunları, aile sorunları, bedensel hastalık ve geçimsel sorunlar olarak sıralarken, kadınlarda aile sorunları, iş sorunları, bedensel hastalık, aile üyelerinde hastalık, bir yakının ölümü olarak sıralamışlardır. Olaylar arasındaki cinsiyete bağlı ayrılıklar, olasılıkla cinsiyete ilişkin roller, konumlar ve işlevlerle ilişkilidir (112). Majör yaşam olayı ve depresyon bağlantısının araştırılması ile ilgili çalışmalarda duygudurum bozukluğunun ortaya çıkmasından önceki 6 ay içinde çoğunlukla kişi, ilişki ya da sevgi kaybı gibi olaylar yaşanmıştır. Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, ama diğer etkenlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü yaşam olaylarının etkileri her birey için kişiye özeldir ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir (113).

VI.I. Bedensel Hastalıklar

Depresyonun gelişmesinde sorumlu tutulan etkenlerden biri de bedensel hastalıklardır (114). Levenson ve ark. hastanelerde yatan hastaların %22-33'ünde, ayaktan hastaların ise %6-20'sinde depresif belirtiler saptamışlardır (115). Klinik bakımdan tanı koyduracak şiddette depresyon, bedensel hastalığı olanlarda ortalama %15 oranında görülmektedir ki, bu da depresyon için yaşam boyu hastalanma riskine yakındır. Bu durum, bedensel

hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, depresyonu ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu göstermektedir (116).

Depresyona yol açan hastalıklar listelenecek olursa;

- Nörolojik Hastalıklar: Epilepsi(Temporal Lob Epilepsisi), Travmatik Beyin Hasarı, Parkinson, Huntington Hastalığı, Alzheimer, Serebrovasküler Olay, Demans, Multipl Skleroz, Kronik Subdural Hematom, Normal Basıncılı Hidrosefali, Wilson Hastalığı

- Metabolik ve Endokrin Sebepler: Hiper/hipotiroidizm, Addison, Cushing, Parathormon Bozuklukları, Vitamin Eksiklikleri (Pellegra, Pernüsiyöz Anemi, Tiamin, B12, Folat Eksikliği), (Sheehan Hastalığı, Üremi, Porfiri)

- Enfeksiyon Hastalıkları: Nörosifiliz, HIV, Brusella, Ensefalit, Enfeksiyöz Hepatit, İnfluenza, Viral Pnömoni, Tüberküloz

- Enflamatuvar Hastalıklar: SLE, İBS, RA

- Kardiyovasküler Hastalıklar: KKY, MVPI, iskemik Kalp Hastalığı, Kardiyomiyopatiler

- Neoplastik Hastalıklar: MSS Kitleleri, Paraneoplastik Sendromlar, Lenfoma, Bronkojenik Karsinomlar

- Diğer Sistemik Hastalıklar: BY, Peptik Ülser, Kronik Yorgunluk ve Kronik Ağrı, Pankreatit (117).

VI.J. İlaçlar

Depresyon ile ilişkilendirilen ilaçlar:

- Analjezikler: İndometazin, Opiatlar

- Antibiyotikler: Ampisilin, Streptomisin, Tetrasiklin

- Antihipertansifler: Propranolol, Rezerpin, Klonidin, Diltiazem,

- Antineoplastikler: Sikloserin, Vinkristin

- H2Reseptör Antagonistleri: Simetidin

- Anti-parkinson ilaçlar: L- dopa

- Ağır Metaller: Kurşun, Civa

- Sedatif- hipnotikler ve MSS Depresanları: Barbitüratlar, Benzodiazepinler

- Anti- migren İlaçlar: Flunarizin
- Steroidler: Kortikosteroidler, Gonadal Steroidler
- Dijitaller: Digoksin
- İnterferonlar: İnterferon- b
- Akne İlaçları: İsoretinoin
- Psikostimülanlar: Amfetamin
- Diğer Merkezi Sinir Sistemi İlaçları: Amantadin, Bromokriptin, Fenotiazinler, Fenitoin, Antikonvülzanlar
- Diğer: İnspektisidler, Oral Kontraseptifler (117).

VI.K. Alkol/Madde İstismarı

Alkol bağımlılığı, konversiyon, sosyopati, madde kötüye kullanımı, anksiyete Bozukluğu depresyonla birlikte görülme sıklığı yüksek olan psikiyatrik bozukluklardır (118).

VI.L. Uyku Bozuklukları

Kahn- Greene ve arkadaşları uyku yoksunluğu sonrası sağlıklı bireylerde geçici olarak oluşan anksiyete, depresyon, somatik yakınmalar ve paranoyanın prefrontal korteksteki serebral akımın azalmasına bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışma, hem yeni ve geçici olarak oluşan obsesyon veya paranoid düşüncelerin, hem de zeminde bulunan psikopatolojinin ortaya çıkmasında kronik uyku yoksunluğunun önemine işaret etmektedir (119).

VII. Depresyonda Klinik

Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden bahsedilmektedir. Klinik özellikler incelenmeden önce depresyon durumları için sık kullanılan ve depresyonda sıkça izlenen birkaç terimi açıklamak yerinde olacaktır.

Affekt: Emosyonel durumların, jest, mimik, yüz ifadesi ve davranışlar ile çevreye yansıtıldığı kısa süreli anlık durumları belirtmektedir.

Duygu Durum: Daha uzun süreli olup süreklilik gösteren daha derin duyguların ifade edilmiş şeklidir. Bu duygu halinin korunması gereklidir.

Mizaç: Uzun süre yaşanan durumların ifade edilme halidir. Mizaçta duygulanım normal veya patolojik olabilir.

Anhedoni: Normal duygulanımın yaşanmasındaki yetersizlik durumudur. Anhedoni terimiyle anlık haz alma durumundan ziyade eskiden yapmaktan hoşlandığı aktivitelerden artık haz almamasıdır (120).

Korku, ilgisizlik, isteksizlik, sevinç, sevgi umut, hayret merak, kaygı, keder, sıkıntı, kin, öfke, kıskançlık, mutluluk, neşeli olmak, rahatlamış hissetmek, gurur duymak, coşkulu olmak, hayal kırıklığı, yalnızlık, utanç, bezginlik, durgunluk günlük yaşamda sık görülen, hissettiğimiz duygulanımlardır. Duygularımız olumlu ve olumsuz olabilir. Duygular insan yaşamına eşlik eder ve yaşamın bir parçasıdır. Duyguların olumlu olması halinde kişilerde daha yüksek performans izlenirken, olumsuz olan duygularda performansın düştüğü görülür. İnsan içten veya dıştan gelen uyarıların etkisiyle, bu duygulanımlardan birini veya birkaçını yaşayabilir. Duygular beyinde başlayan, farkına varılan ve sinir sistemi aracılığıyla bedene yansımaları olan durumlardır. Duygular bir his bir sezgidir ancak ortaya çıkmaları noktasında geçmiş yaşantılardan izleri de mutlaka taşırlar. İnsanın içinde bulunduğu ortam sürekli bir değişim içinde olduğundan, duygu durumu da sürekli değişim gösterir. Duygu- durum belirli sınırlar içinde normal kişilerde dahi bir miktar dalgalanmalar gösterir. Duygulanımın uzun süreli olması ya da uygun olmayan tepkilerle ortaya çıkması bir duygu durum bozukluğunu düşündürür. Depresyonda kişide bu duygudurumun özellikle çökkünlük şeklinde bozulduğu görülür. Depresyonda kişinin duygulanımı ile ilgili belirti ve bulguları üzüntü, keder, çökkün mizaç, azalan konsantrasyon, ilgisizlik, yorgunluk, cinsel istek kaybı, anhedoni, suçluluk hissi, değersizlik hissi, karamsar bakış açıları, utanç, hayal kırıklığı, yalnızlık hissi şeklinde özetlenebilir. Kişide oluşan anhedoni durumu ilerlemesiyle ağlayabilen bir bireyin ağlayamaz hale gelmesi gibi durumlar söz konusu olabilir. Bu duygusal küntleşme durumunu psikomotor retardasyon takip edebilir (88). DSM- 5 de belirtildiği üzere depresyonda oluşması beklenen olmazsa olmaz

belirti depresif yani çökkün duygudurum ve oluşan ilgi azlığıdır. Bu duygudurum belirtilerinin kaydedilmediği bir hastalığa depresyon demek zaten doğru olmayacaktır (61). Depresif kişilerde özellikle sabah bunaltıları izlenir. Gün içerisinde duygudurum dalgalanma gösterip kişi ilerleyen saatlerde kısmen daha iyi hissedebilir kişisel bakımda azalma olabilir.

Depresonda oluşan fiziksel ve zihinsel faaliyetlerde yavaşlama durumuyla ilgili klinik bulgulara bakacak olursak; ki bu zaten psikomotor retardasyonun tanımıdır; genel olarak tüm hareketlerde yavaşlama, sanki zamanda donakalmışçasına oluşan zamanın ilerlememesi veya yavaş ilerlemesi hissi, yakın bellek kayıpları, başarısızlık, konuşmada ve cevap vermede yavaşlama, anergi, letarji, bitirilemeyen işler, sürekli bahsedilen negatif durumlar ve olaylar, duruş pozisyonunda ve bakışlarında depresif belirtiler izlenir (88). Çok ağır depresyonlarda hiç konuşmama (mutizm) de izlenebilir. Psikomotor yavaşlama hastanın öznel yaşantısına göre değil muayene sırasındaki gözleme göre belirlenir. Ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, sürekli dolaşma ve aşırı tedirginlik (psikomotor ajitasyon) da görülebilir.

Bellek ile ilgili olarak dikkati toplamak ve sürdürmek depresyonda çok zorlayıcıdır. Ancak depresyonun çok ağır seyretmediği durumlarda kişi kendini zorlamak suretiyle dikkatini toplayabilir (121).

Depresyonun bilişsel işlevler üzerine etkilerini araştıran bir çalışmada, hasta ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmıştır. Depresyon hastalarında görsel bellek, görsel motor izleme odaklanmış dikkat ve sözel akıcılık becerilerinde bozukluklar saptanmıştır. Ayrıca bu bozuklukların depresyonunun şiddetiyle bağıntılı olarak artış gösterdiği tespit edilmiştir (122).

Depresyondaki bireylerle sağlıklı kontrol olgularını karşılaştıran başka bir çalışmada ise açık ve örtük bellek taraflılığı incelenmiş ve duygudurumla uyumlu bellek taraflılığı ortaya konamamıştır. Ancak tüm olguların negatif duygusal içerikli kelimeleri daha iyi hatırladıkları görülmüştür. Bu bulgu depresyonda açık bellek taraflılığını desteklemektedir (123).

Açık bellek (Explicit memory): Sözel bileşenleri bulunan ve bilinç düzeyindeki genel bilgileri, geçmiş olayları, kişisel yaşantıları içeren; anımsanabilir şeylere ilişkin bellek; öyküsel bellek, bildirimsel bellek.

Örtük bellek (implicit memory): Bir olay ya da deneyimin, hatırlama için bir talep olmadığı durumda ya da belleme sürecine ilişkin farkındalık bulunmaksızın hatırlandığı bellek türü. Bildirilemeyen bellek (120).

Depresyonda görülen bellek bozuklukları bazı modellerle açıklanmaya çalışılmıştır: İnsiyatif kaybı modelinde motivasyon kaybı ile, kaynak dağıtımı modelinde sınırlı bilişsel kapasite ile, bilişsel tükenme modelinde ise kontrol edememe ile açıklanmaya çalışılır.

Bower'ın kuramında ise bilgi duygudurum ile ilişkilendirilir. Depresif içerikli bir bilgi, depresif bir duygudurumda iken daha kolay kodlanır ya da geri çağrılır (124). Depresyonda bellek bozuklukları esasen dikkat bozukluğuna bağlıdır.

Depresyonda kognitif bozulma ise bireyin kendisiyle, olan olaylarla veya çevresindeki kişilerle ilgili olarak yanlış veya çarpık değerlendirmeler yapması şeklindedir. Bu kişide özgüven azalması, kendini aşırı suçlama, kendine karşı değersizlik ve küçülmüşlük hissi, kötü giden olayların tek sorumlusunun kendisi olma durumu, sürekli bir kaybetme hissi ortaya çıkar (88).

Türkiye'de 205 lise öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada gençlerdeki depresyon bulguları ile benlik saygısı arasında sıkı bir ilişki olduğu; depresyon belirtisi olmayan gençlerin çoğunun benlik saygılarının yüksek olduğu bulunmuştur (125).

Hezeyanların eşlik ettiği depresyonda özsaygının aşırı azalması sonrasında küçüklük sanrıları, suçlanma, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri, hatta perseküsyon (Kötülük Görme) sanrıları oluşabilir.

Fizyolojik olarak ise iştah, uyku, cinsellik, sirkadiyen ritimlerde bozulmalar görülür. Depresyonlarda iştahsızlık ve kilo kaybı, yemek yerken keyif almama görülebilir. Bazı atipik vakalar da iştah artar ve buna bağlı kilo artımı gözlemlenebilir (124).

DSM- 5 de tanı kriterlerinde %5 den fazla kilo değişimi şeklinde tanımlama yer almaktadır. Hastaların %10'unda tıkanırcasına yeme isteği mevcutken, daha genel olarak kilo kaybı izlenir. Hatta çok ağır vakalarda TPN gerekebilir. Depresyonlu kişilerde çok zaman uykunun üçüncü ve dördüncü safhalarının uyunamadığı veya çok bozuk uyunduğu bilinmektedir. Depresyonda aynı sayıda uyunan periyoda rağmen periodların süresi kısaldığından toplam uyku süresi kısılır. Sabaha karşı erken uyanan depresif kişi tekrar uyuyamaz. Uykunun son döneminde çekilen bu uykusuzluk haline Terminal insomnia adı verilir. Depresyona has bir klinik durum olarak görülür (88). Uykunun REM periyodu uykunun başlangıcına doğru kayar. Daha uzun uyunan REM ancak daha kısa uyunan toplam uyku süresi ve uykunun derinliğinde azalma mevcuttur. Her ne kadar depresyonda uyuyamama, uykusuzluk problemi artmış olsa da bazı atipik vakalarda uyku ritmindeki düzensizlik aşırı uyma olarak da kendisini gösterebilir (126).

Depresyon düşünölen bir olguda klinik olarak sorgulanması gereken en önemli parametre intihar düşüncesidir. Depresif bozukluğu olan insanlarda intihar girişiminde bulunma sıklığı artmıştır (127). Psikiyatrik hastalıklara bağlı ölümlerin ilk başında yer alan kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi hali depresyon seyrindeki en trajik olaydır. Depresyonda özkıyım riskinin genel popölasyondan 20-30 kat fazla olduğu bildirilmektedir (128). Klinik depresyon tanısı almış kişilerde özkıyım insidansı %15 olarak bulunmuştur. Depresyondaki hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve özkıyım riskinin belirlenmesinde en etkili faktör olduğu ortaya konmuştur (129). Ölümle sonuçlanan özkıyımların yaklaşık olarak %70'inde depresif bozukluğa rastlanmıştır. Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler özkıyım riskinde artış yaratmaktadır. Umutsuzluk depresif semptomları direk etkilerken; suicidal durumları da dolaylı olarak etkiler (131). Suisidal girişim çoğunlukla depresyonun iyileşme döneminde görülür. İntihar eden vakaların otopsilerinde beyindeki nöronlarda elektron mikroskopu ile yapılan incelemelerde serotonin reseptörlerinin upregüle oldukları izlenir (88).

Depresif bireyler alkol veya ilaçları kötüye kullanma eğilimindedir. Bununla birlikte, depresyon, bir zamanlar düşünöldüğünden daha az alkolizm

ve uyuşturucu kullanımı nedeni olmuştur. Hastalar aynı zamanda yoğun sigara içerler ve sağlıklarını ihmal etme, diğer hastalıkların (örn, KOAH) oluşma veya ilerleme riskini arttırma eğilimi daha yüksektir. Depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceği gibi kronik bir hastalık da depresyona neden olabilir (132).

Depresyon, koruyucu bağışıklık yanıtlarını azaltabilir. Depresyon kardiyovasküler bozukluklar, Mİ'ler ve inme riskini artırır. Çünkü depresyonda sitokinler ve kan pıhtılaşmasını arttıran faktörler yükselir (133).

Tüm bu bahsedilen klinik bulgulara rağmen depresyon soyut belirtiler içerdiğinden, kişi depresyonunu ifadeye çekindiğinden veya duygularını tanımlayamamak gibi sebeplerden teşhis edilemeyebilir. Kişi bu belirtilerin ciddiye alınmayacağını düşünebilir ve bu endişesi onu çarpıntı, nefes alamama, uyuşma, yoğun ağrı çekme, şişkinlik, bulantı gibi yakınmalarla hekime gelmeye itebilir. Madde kullanım öyküsü mevcut ise altta yatan bir depresyon gizlenebilir.

Organik sebepler dışlandıktan sonra muayene ile uygunsuz fiziksel semptomlarla gelen hastalarda depresyon tanısı mutlaka düşünülmelidir (134). Depresyonun tanınabilmesi için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir.

VIII. Depresyonda Tedavi

Depresyon sık görülen, tekrar edebilen, yaşam kalitesini bozduğu gibi yaşamın son bulmasına kadar kötü sonuçlar doğurabilecek olan bir hastalıktır. Elbette depresyon tedavisinde amaç her türlü klinik hastalıkta olduğu gibi öncelikle teşhisi doğru koymak ve tedavi amaçlarını belirlemekten geçer. Tedavide planlanması gerekenler; farmakoterapiden faydalanılacak ise uygun ilaç seçimi, uygun ilacın uygun doz ve uygulanma süresi seçimi, varsa ek tıbbi bozuklukların giderilmesi, tedaviye uyumun sağlanması, psikoterapi gerekli olup olmadığı, kişiyi ve ailesini hastalığın süreci, tedaviye yanıtı ve yan etkileri konusunda bilgilendirme ve suicidal riskin değerlendirilmesidir (135).

Depresyon tedavisinde akut dönem denilen 6-12 haftalık dönemde amaç iyilik halinin sağlanması, kişinin işlevselliğinin geri kazandırılabilmesi ve sürdürülmesidir. Sürdürüm dönemi ise remisyon sonrası başlayan dönemdir ve en az remisyon sonrası 6 aylık süreyi kapsar ki bu dönemde tekrarlanan önlenmesi amaçlanmalıdır. Klinik depresyonun seyri sırasında tekrarlayan atak durumlarını azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla hastalara bir yıl ve ya uzun süreli tedavi verilmelidir. Profilaktik amaçlı tedavi idame tedavisi olarak geçer (136). Depresyon tedavisi:

- 1- Farmakoterapi
- 2- Psikoterapi
- 3- Somatik Tedaviler başlıkları altında incelenecektir

VIII.A. Farmakoterapi

Farmakoterapinin temel ilkeleri uygun ilaç, yeterli doz ve yeterli süre şeklinde özetlenebilir. Uygun ilaç seçimi için antidepresan etkinlik açısından ilaçların birbirinden çok da farklı olmadığını hatırlamak gerekir.

Önceden kestirilemeyen sebeplerle herhangi bir ilaç herhangi bir hastada iyi sonuçlar yaratabilir. Uygun dozdan kasıt akut atağın remisyonunu sağlayan dozdur. Etkinlik değerlendirilecekse etki başlaması için en az 4-6 haftalık süreç göz önünde bulundurulmalıdır. İlaça başlamayı takip eden ilk 7-10 günlük sürede yan etkiler görülebilir. İlacın etkinliği ile ilgili hekim şüphe duyuyorsa birkaç farklı yol denenebilir. İlacın dozu arttırılabilir, başka bir gruptan ilaç seçilebilir veya dikkatli bir şekilde ilaç kombinasyonları yapılabilir. 4 haftalık ilaç tedavisinden sonra yanıt alınan hastalarda ilaca en az 4-9 ay daha devam edilmelidir. Kısmi yanıt alınanlarda 2 hafta daha beklenmelidir, bu süreç sonrası tedaviye yanıt tekrar değerlendirilmelidir. Ayrıca APA'nın yayınladığı "Erişkinlerde Görülen Major Depresif Bozukluk İçin Uygulama Kılavuzu'nda" önceki ataklarda ciddi intihar girişimlerinin olması, psikotik özelliklerin bulunması ya da işlevsellikteki bozulmanın ileri düzeyde olması gibi yüksek riskli olarak değerlendirilen depresif durumlarda yaşam boyu koruyucu tedavi önerilmektedir. Uzun süreli tedavilerin kesilmesiyle ortaya çıkabilecek geri çekilme belirtilerinin önlenmesi için ilaçların azaltılarak

uzun bir sürede kesilmesi gereklidir. Kronik hastalığı olan hastalar ve yanı sıra geçmişte en az üç depresif epizot geçirmiş olanlar da idame tedavi almalıdırlar (138).

Antidepresanlar kimyasal yapılarına veya etki mekanizmalarına göre tanımlanırlar. Kullanımdaki antidepresanların ana kategorileri,

- 1a-Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs)
- 1b-Heterosiklik antidepresanlar (HCAs)
- 1c-Monoamin oksidaz inhibitörleridir (MAOIs)
- 1d-Çok yönlü antidepresanlar

Tablo-3: Sık Kullanılan Antidepresanlar (139)

| ANTİDEPRESANLAR | |
|--|--|
| Monoamin oksidaz inhibitörleri: Fenelzin-Tramlsipromm-İzpkarboksazid-Parjilm- Rasajilin ve selejilin | |
| Selektif serotonin geri alım inhibitörleri: Fluoksetin-Sertralin-Proksetin-Fluvoksamin-Sitalopram ve | |
| Serotonin/Norepinefrin geri alım İnhibitörleri: Venlafaksin-Desvanlafaksin ve Duloksetin | |
| Siklik Antidepresanlar: Amitriptilin-Klomipramin-Desipramin-Doksepin-İmipramin- Nortriptilin-Propriptilin ve Trimipramin | |
| Çeşitli Trazodon (Orta Etkili) - Bupropiyon (Düşük Etkili) | |
| Diğer Ajanlar | |
| Amantadin (Düşük Etkili) | L-Triptofan ve 5-Hidroksitriptofan (Yüksek Etkili) |
| Amfetaminler (Orta tkili) | Liserjik Asit Dietilamid (Orta Etkili) |
| Bromokriptin (Düşük Etkili) | Meperidin (Yüksek Etkili) |
| Buspiron (Orta Etkili) | Meskalin (Orta Etkili) |
| Karbarnazepin (Düşük Etkili) | Metoklupramid (Düşük Etkili) |
| Kokain (Orta Etkili) | Pentazosin (Düşük Etkili) |
| Kodein (Düşük Etkili) | Pergolid (Düşük Etkili) |
| Dekstrometorpan (Yüksek Etkili) | Reserpin (Düşük Etkili) |
| Fentanil (Orta Etkili) | |
| Levodopa (Orta Etkili) | Sumatriptan ve İlgili Triptanlar (Yüksek Etkili) |
| Linezolid (Yüksek Etkili) | Tramadol (Yüksek Etkili) |
| Lityum (Yüksek Etkili) | |

Selektif Serotonin Gerilim inhibitörleri (SSRI'LAR)

SSRI'lar, norepinefrik ya da dopamin gerilimini önemli şekilde etkilemeden, presinaptik serotonin gerilim inhibisyonu için selektif yatkınlığı bulunan bir ilaç grubudur. SSRI'lar doğrudan serotoninin presinaptik emilimini bloke ederek intrasinaptik serotonin seviyelerini artırmaktadırlar. Diğer sınıf antidepresanlara göre belirgin avantajı, yüksek tedavi indeksine ve tercih edilebilir yan etki özelliklerine sahip olmasıdır.

Tablo-4: Sıklıkla Kullanılan SSRI Listesi (139)

| Jenerik İsmi | Marka İsmi | Birleşmiş Devletler FDA Önerilmiş Endikasyonlar | En Sık Yan Etkiler |
|--------------|------------|--|--|
| Stilolapram | Celexa | Depresyon (Erişkin) | Halsizlik, Ağız Kuruması, Hiperhidrozis, Başağrısı, Uykusuzluk, Seksüel Disfonksiyon |
| Fluoksetin | Prozac | Depresyon (Erişkinler ve Çocuklar) OKB (Erişkinler ve Çocuklar), Bulimia Nervosa, Panik Bozukluk | Bulantı, Uyku Bozuklukları, anksiyete, Asteni, Anoreksi, Akatizi, Seksüel Disfonksiyon |
| Fluvoksamin | Luvox | Depresyon, OKB, Sosyal Fobi, Anksiyete, Panik Bozukluk, TSSB | Seksüel Disfonksiyon, Somnolans, GI Bozulma, Başağrısı, Anoreksi, Kilo Değişiklikleri, Uyku Bozuklukları |
| Paroksetin | Paxil | Depresyon, OKB, TSSB, Panik Bozukluk, Jenaralize Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Anksiyete Bozukluğu, Premenstrual Disforik Bozukluk | Kilo Alımı, Başağrısı, Bulantı, Ağız kuruması, Hiperhidrozis, Somnolans |
| Sertalin | Zoloft | Depresyon, OKB, Sosyal Fobi, TSSB, Panik Bozukluk, Premenstrual Disforik Bozukluk | Bulantı, Akatizi, Ejekülasyon Kusuru, Uykusuzluk, İshal, Ağız Kuruluğu, Samnolans |
| Essitoloqram | Lexapro | Depresyon | Sınırlı Bilgi Bulunmaktadır; Samnolans, Huzursuzluk, Taşikardi gibi hafif yan etkiler. |

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

En sık yan etkileri arasında; baş ağrısı, sersemlik, seksüel fonksiyon bozukluğu, bulantı, ishal, uykusuzluk ve huzursuzluk bulunmaktadır. Daha az sıklıkla görülen yan etkiler, akatizi ve apati sendromudur. Fluoksetin kullanımı ile rapor edilmiş semptomatik bradikardiye karşın, SSRI'ların tipik olarak antikolinergik ve kardiyak etkileri yoktur; ilaca bağlı en ciddi yan etkisi serotonin sendromudur. Farmakolojik ajanların çok fazla serotonin nörotransmisyonuna neden olduğu zaman görülen potansiyel olarak hayatı tehdit eden ters ilaç reaksiyonudur. SSRI'lar MAOI'leri gibi diğer bir serotonergik ajanla kombine edildiği zaman görülebilir. Serotonin sendromunda en sık görülen semptomlar değişmiş zihinsel durum, hipertermi, taşikardi, taşipne ve artmış kas tonusudur. Serotonin sendromunun en yaygın ve spesifik bulgusu olan miyoklonus serotonin sendromunu taklit eden diğer olgularda izlenmez (139) .

Genel olarak görülen yan etki azlığı sebebiyle SSRI'lar kronik hastalıkta görülen depresyon için daha fazla kullanılan antidepresan grubudur (140).

Heterosiklik Antidepresanlar

Norepinefrin ve seratoninin presinaptik geriemiiliminin engellenmesinden sonra, postsinaptik norepinefrin ve seratonin reseptörlerinin down regülasyonuna bağlı olarak etki gösterirler. Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide oldukça etkili oldukları tespit edilmiştir (141). Etkinlikleri kanıtlanmış ve ucuz olmalarına rağmen fazla ilaç etkileşimleri, kardiyak patolojilere yol açmaları, kilo artışı, sedasyon, konstipasyon, ağız kuruluğu, sersemlik, hipotansiyon gibi yan etkileri sebebiyle kullanımları günümüzde oldukça sınırlıdır.

Tablo-5: Sık Kullanılan Heterosiklik Antidepresanlar (139)

| JENERİK İSMİ | MARKA İSMİ | BİRLEŞİK DEVLETLER FDA - ÖNERİLMİŞ ENDİKASYONLAR | YORUMLAR |
|--------------|------------|---|--|
| Amitriptilin | Elavil | Depresyon | Özellikle Endojen Depresyonda Etkilidir |
| | | Enürezis | Onaysız Kullanımı Uykusuzluk, Migren, Kronik Ağrı, Nörojenik Ağrı ve Tedavilerini Kapsar |
| Amoksapin | Asedin | Depresyon, Panik Bozukluk, Bipolar Bozukluk | Özellikle Huzursuzluk, Nörotik veya Psikotik Özellikleri Olan Depresyonda Etkilidir |
| | | | Malign Nöroleptik Sendroma Neden olabilir |
| Klomipramin | Anafranil | Depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Narkolepsi, Erken Ejekülasyon, Kronik Ağrı, Enürezis | Çocuklarda Obsesif Kompulsif Bozukluk İçinde Kullanılır |
| | | | Kokain Bağımlılarını Ataklardan Korunak ve Anksiyete Bozukluğu İçin Yararlılığı Açısından Araştırma Altında |
| Desipramin | Norpramin | Depresyon | Kronik Ağrı Sendromlarında ve Dikkat Eksikliği Bozukluğunda Kullanılır |
| Doksepin | Sinequan | Depresyon | Özellikle Alkolizm veya Diğer Organik Hastalıkların Eşlik Ettiği Depresyon ve Psikotik . Özellikleri Olan Depresyonda Yararlıdır |
| | | | Onaysız Kullanımı Anksiyete Bozukluğu, Sıra Dışı Kaşınmalar, Uykusuzluk, Alkol Çekilmesi, Mide Ülserasyonlar(Histamin-2 Reseptör Antagonisti Özelliği Var) |
| Imipramin | Tofranil | Depresyon, Çocukluk Çağı Enürezisi | Protatip Heterosiklik Antidepresan; Son Zamanlarda Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinden Sonra İkinci Sırada |
| | | | Ayrıca Panik Atak, Postkonvülf Sendrom, Kronik Ağrıda kullanılır |
| Nortriptilin | Pamelor | Depresyon | Onaysız Kullanımı Panik Bozukluk, , Kronik Ağrı, Nöralji ve Migren profilaksisi Tedavilerini Kapsar, Etkili Bir Sigara Bırakma Yardımcısıdır ve Kronik Ağrıda Yararlıdır |
| Maprotilin | Ludiomil | Depresyon | Anksiyete ve Uykusuzluğun Semptomatik Tedavisinde Kullanılır |
| | | | Özellikle Huzursuz Depresyonda; Antidepresan Etkisi Çıkana Kadar Tedavinin İlk Haftalarında Güçlü Sedatif Olarak Yararlıdır |

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

Tiramin, serotonin, dopamin ve norepinefrinin vücutta oksidasyonunu katalize ederek etki gösterirler. Monoaminoksidaz A ve B enzimlerini geri dönüşümsüz olarak inhibe ederler. Diyetle alınan aminlerin kan basıncında tehlikeli olarak yükselmesine sebebiyet verebilirler. Türkiye’de geri dönüşümlü formda MAOI olan moklobemid bulunur. Monoamin oksidaz inhibitorleri sempatomimetik aminler, levadopa (L- dopa), narkotikler ve heterosiklik antidepresanlar veya tiramin içeren yiyecek ya da içecekler (peynir, bira, şarap, yoğurt, kıyılmış karaciğer) ile beraber alındığında, bazen hipertansif krizi tetikleyebilir. Şiddetli başağrısı, kardiyak ritim bozuklukları, huzursuzluk, terleme, midriyazis ve bulantı hipertansiyonla beraber görülürken, tedavide b-blokerler vazokonstriksiyonu arttırdıkları için kontrendikedir. Nitroprusid verilebilir.

Muhtelif/ Çok Yönlü Antidepresanlar

Birden fazla ilaç sınıflarının klinik ve farmakolojik etkilerinin kombinasyonlarını gösterir veya diğer antidepresan ilaç sınıfları ile ilgisi olmayan etki mekanizmaları ve yapılarına sahiptirler.

Tablo-6: Çok Yönlü Antidepresanlar (139)

| JENERİK İSMİ | MARKA İSMİ | İLAÇ SINIFI |
|--------------|------------|--|
| Bupropion | Wellbutrin | Dopamin Geri alım İnhibitörü |
| Mirtazapin | Remeron | Serotonin ve Norepinefrin Geri alım İnhibitörü |
| Trazodon | Desyrel | Serotonin (5-HT) Antagonist / Geri alım İnhibitörü |
| Venlafaksin | Effexor | Serotonin ve Norepinefrin Geri alım İnhibitörü |

VIII.B. Psikoterapi

Psikoterapi, geleneksel anlamda psikolojik sıkıntıları olan kişilere, sıkıntılarının ne olduğunu anlamalarına, kökenleri hakkında bir iç görü kazanmalarına ve bunlara uygun çözüm yolları bulmaları için öneriler getiren

her türlü yöntemdir. Psikoterapi, kişiden kişiye ve yaklaşımdan yaklaşıma değişmekle beraber 14-20 hafta veya daha uzun sürebilir.

Son yıllarda yapılan araştırma bulgularına göre, depresyon tedavilerinde en etkili psikoterapi yöntemi bilişsel-davranışsal terapilerdir.

Bu terapilerin özelliği, depresyonun en yoğun olduğu, tedavinin başında haftada bir ya da iki kere hastayla psikoterapistin bir araya gelmesi ve görüşmeler arasında kalan zamanda kişinin psikiatristin önerdiği şeyleri yapmasıdır. Hasta ve terapist sürece birlikte karar verir. Psikoterapiden fayda sağlanması için kişinin motivasyonu yüksek olmalı, terapistle iyi bir ilişki kurabilmeli, kendisini sözel olarak ifade edebilmelidir (142).

Psikanalitik Yönelimli Psikoterapiler

Hastanın gerek iç dünyasında gerekse dış dünyada diğer kişilerle olan çatışmalarını çözmek, hem gerçekle hem de aktardığı duygularıyla ilgili çarpıtmalarını anlayabilmek amaçlıdır. Üst benlik ve çocukluk travmalarına bağlı çatışmalar, kişinin kendini cezalandırması, hayal kırıklıkları bilinç dışı çatışmalarla oluşan depresyon psikanalitik yönelimli, psikoterapide derinlemesine anlaşılmasına çalışılır. Klasik psikanalizden farkı; hastada ileri derecede regresyon oluşturmaması, anksiyetesini, bilinçdışı savunmalarını ve dirençlerini aşırı derecede arttırmamasıdır. Hastalık öncesinde veya ataklar arasındaki dönemlerde her türlü depresif hastaya uygulanabilir. Depresyon oluşumunu kolaylaştıran bozukluklar varsa örneğin; kişilik sorunları, cinsel sorunlar, kişiler arası çatışmalar, yoğun anksiyete vb. gibi yöntem etkinliği daha yüksektir. Pahalı ve uzun süreli bir psikoterapi yöntemidir (132).

Destekleyici Psikoterapiler

Sorun çözme odaklıdır. Terapistle birlikte önce sorun alanları belirlenip sıralanır ve daha sonra bu sorunlar kişinin benlik gücü ve savunma mekanizmalarıyla basamak basamak çözülmeye çalışılır.

Evlilik Terapisi

Evlilik yaşamıyla ilgili çatışmaların ele alındığı tedavi yaklaşımıdır. Burada eşler arasındaki sorunlar, çatışmalar, olumsuz ilişki örüntüleri üzerinde durulur. Özellikle evlilik yaşamıyla ilgili çatışmaları olan hastalarda, antidepressan ilaç tedavisi vb. gibi diğer tedavi yaklaşımlarına ek olarak kullanılmaktadır.

Bilişsel ve Davranışçı Terapiler

Beck'in "depresyonun bilişsel modeli" üzerine kurulmuştur. Bu modelde depresyonun, kişide bilginin işleme esnasındaki olumsuz bir hükmü ile karakterize olduğu vurgulanır. Bu modele göre "depresif bilişsel üçlem" den sözedilir;

Kişinin kendine olumsuz bakışı -Dünyaya olumsuz bakışı - Geleceğe olumsuz bakışı.

Depresif hasta yetersiz ve değersiz olduğuna inanır, ilgisizdir ve gelecekle ilgili olarak da umutsuzdur. Şimdiki olayları ve gelecekle ilgili öngörülerini yorumlanmasında bilişsel bozukluk vardır. Tedavinin amaçları arasında ilk hedef kişinin depresyonunu tanıması ve onunla ne şekilde savaşılabileceğini öğrenmesidir. Kişinin yaşam olayları sonrasında oluşturduğu olumsuz algılama ve yanlış değerlendirmeler, bunlar sonucu oluşan negatif duygudurum ve bu olumsuz düşüncelerin yarattığı kısır döngü düzeltilmeye çalışılır. Oluşturulan olumsuz kodlar yerine olumlu kodlar ve gerçekçi değerlendirmeler yerleştirilmeye çalışılır. Tedavi esnasında hasta da aktif rol oynar. Psikotik özellik taşımayan, ilaç kullanılmayan depresyonlarda, intihar olasılığı olan hastalarda ilaç tedavisiyle birlikte kullanılır (132). Bilişsel-Davranışçı Tedavinin Etkinliğinin sadece ilaç alan hastalarda %70, hiç tedavi almayan hastalarda %93 daha etkili olduğu bildirilmektedir (143). Tedavi etkinliği açısından da kalıcı olarak bulunmuştur. Farmakolojik tedaviye oranla nüks daha düşüktür (144).

VIII.C. Somatik Tedaviler

Elektrokonvulsif Tedavi

EKT özel bir cihazla hastanın beyninden 0.1- 0.5 saniye süreyle 70-130 voltluk elektrik akımı geçirmek suretiyle grand mal epilepsi nöbeti ortaya çıkararak etki gösteren bir tedavidir (145). Antidepresanların etkisinin beklenemeyeceği riskli olgularda, diğer tedavilerin etkisiz olduğu durumlarda, intihar düşüncesi olduğunda, katatonide, kişinin bu tedaviyi tercih ettiği durumlarda, EKT'nin risklerinin standart antidepresan tedaviye göre daha az olması durumunda ve kişinin oral alımının az olduğu ya da hiç olmadığı durumlarda uygulanır (138). Kafa içi yer kaplayan oluşum olduğunda ve yeni miyokard infarktüsü geçirenlerde bu tedavi uygulanamaz. Nöbetle ilgili amnezi olduğu için hastalar bu dönemi anımsamaz, kısa süreli anestezi uygulandığından ağrı hissetmezler (132).

EKT kan- beyin bariyerinin geçirgenliğini arttırarak depresyonu iyileştiren peptidlerin hücreden çıkabilmelerini, sirkadien ritmin düzenlenmesini, dopaminerjik ve noradrenalin yollarında reseptör duyarlılığını ve noradrenalin ve seratonin turnoverini arttırarak, plazma kortizol seviyesini arttırarak, monoaminerjik yolları aktive ederek ve beynin konvülzyonu dururken iyileştirici etkisinin ortaya çıkması ile etki eder (145).

Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS)

Transkraniyal manyetik stimülasyon, manyetik uyarım üreten bir cihaz aracılığıyla beyinde pre- frontal kortekse manyetik alan etkisi yaratarak uyarım yapmak suretiyle duygudurumu düzeltten bir tedavi şeklidir. 2008 Ekim ayından itibaren Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi tarafından Depresyon tedavisi için onay almıştır. Parkinson, kulak çınlaması, stroke ve migren gibi rahatsızlıklarda etkisine dair kanıtlar giderek artmakta ise de başlıca depresyon durumunda kullanılır. Ağrı olmadığından kişiye anestezi vermek de gerekmez (146).

Vagal Sinir Stimülasyonu

Vagal sinir aracılığıyla beyne aralıklı elektrik uyarınları gönderilmesidir. İnvazif bir yöntemdir. FDA en az dört antidepresan ilaç denemesine yanıt vermeyen dirençli depresyon hastalarında ilaç tedavisine ek olarak kullanılmasını önermektedir.

Derin Beyin Stimülasyonu

Kafatasına açılan küçük bir delikten uygun bölgeye yerleştirilen birer elektrodun sağladığı akımla, beynin belli bölgelerine yüksek frekanslı uyarı gönderilmesi temeline dayanır. Uygulanması için gerekli olan kriterler; yeterli sürede üç farklı sınıftan antidepresan tedavisi almış olmak, dört hafta süre ile birincil antidepresan ilacı en az iki farklı ajan ile güçlendirme uygulanmış olması, en az bir kür EKT uygulanmış olması, deneyimli terapist ile en az yirmi seans psikoterapi almış olmaktır (147).

Manyetik Nöbet Terapisi

Yüksek dozda trasmanyetik stimülasyonun uygulandığı bir tekniktir. EKT' yi tolere edemeyen hastalarda denenebilir.

Kronotropik Yaklaşımlar

Uyku Yoksunluğu: Tam uyku yoksunluğu %60 uygulamada depresyon belirtilerinde düzelme sağlamaktadır. Kısmi (parsiyel) uyku yoksunluğu ve seçici REM uykusu yoksunluğu tam uyku yoksunluğu kadar etkili bulunmuştur. Birçok olguda uyku yoksunluğunun klinik kullanımı sınırlı olmakta ve uyku yoksunluğuna terapötik yanıt ancak uyku yoksunluğu uygulanan günün sonuna kadar sürmektedir. Bu geçici etkileri nedeniyle uyku yoksunluğu tedavisi tek başına yeterli bir tedavi olarak düşünülmemektedir. İlaç tedavisi ile beraber uygulanan uyku yoksunluğu tedavisinin daha etkili olduğu düşünülmektedir (148).

Işık Tedavisi: Mevsimsel duygudurum bozukluklarının tedavisi için ilk kez 1984'de ışık terapisi uygulanmaya başlanmıştır.1500-10000 lüks üzeri ışık kaynağı sabah ya da akşamları 30 dk uygulanır (132).



GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tezi kapsamında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2018- 3/ 9 karar nolu izni ile 6/ 2/ 2018 tarihinde yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışma acil servis hekimleri arasında Bursa ilindeki kamu hastanelerinde planlanmıştır. Bu kapsamda 120 pratisyen hekim, 56 asistan hekim ve 35 uzman hekim olmak üzere toplam 211 hekime ulaşılmış ve oluşturulmuş olan anket formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilmede klinik uygunluğu sağlayan asistan hekimlerin tamamen gönüllülük esası baz alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen hekimler örneklem dahiline alınmamıştır.

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır ve araştırmacının eşliğinde anket formunun doldurulması istenmiştir. Formların doldurulması kişiden kişiye değişmekle beraber yaklaşık 10 dk kadar sürmüştür ve akabinde formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anket 2 bölüm 36 sorudan oluşmaktadır. Anket formlarında isim yer almamıştır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler ve alışkanlıkların sorgulandığı sorular yer almaktadır. Kişinin çalıştığı kurumu, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk varlığı, var ise sayısı, acil servisteki görevi, meslekteki çalışma süresi, acil servisteki çalışma süresi, aylık geliri, kronik hastalığı, sigara veya alkol kullanımı, sosyal etkinlik düzeyi, sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma bilgisi ve yaptığı işten memnuniyet düzeyi sorgulanmıştır. İkinci bölümü 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği oluşturmaktadır. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Beck Depresyon Ölçeği 1961 yılında tanımlanmış, 1971 yılında revize edilmiş ve halen bu versiyonu geçerlidir. 1988 yılından beri Türkçe'ye çevrilerek ülkemizde de kullanılmaya başlanmıştır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçekten alınan 0-9 puan; minimal, 10-16 puan; hafif, 17-29 puan; orta ve 30-63 puan; şiddetli düzeyde depresif belirtiler olarak yorumlanabilir (149,150).

Beck depresyon ölçeğinden 17 puan ve üstü alan bir kişide psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığı ortalama %80, depresyonu olan bir bireyin 16 ve altında puan alma olasılığı ise ortalama %30 olarak belirlenmiştir (149-151).

Anket formlarından elde edilen veriler için formlar rastgele numaralandırılarak Beck Depresyon Puanları hesaplandı. Elde edilen veriler SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programına araştırıcı tarafından girildi, veri girişi tamamlandıktan sonra kontrolü yapıldı. İstatistiksel analizler aynı program ile yapıldı. Tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma ile sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzde ve Pearson kıkare bakılarak anlamlı farklar değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ olarak alınmuştur.

BULGULAR

Olguların %45.02'si 18-27, %35.07'si 28-37, %12.80'i 38-47, %7.11'i 48 yaş üzeri yaş grubunda olduğu görüldü. Olguların %54.98'inin erkek, %45.02'sinin kadın olduğu görüldü. Medeni durumda ise, olguların %50.24'ü evli, %49.76'sı bekar ya da boşanmış olduğu görüldü. Olguların %64.45'inin çocuğu yok; %22.27'sinin 1, %13.27'sinin 2 ve üzeri çocuğu olduğu görüldü. Olguların %56.87'si acil serviste pretisyen hekim, %26.54'ü asistan hekim, %16.59'u uzman hekim olarak görev yaptığı görüldü. Olguların %11.37'si 1 yıldan az, %74.88'i 2-5 yıl, %7.58'i 6-10 yıl, %6.16'sı 11 yıldan fazla meslek çalışma süresine sahip olduğu görüldü. Ayrıca olguların %30.81'i 1 yıldan az, %32.70'i 2-5 yıl, %22.27'si 6-10 yıl, %14.22'si 11 yıldan fazla acil serviste çalışma süresine sahip olduğu görüldü. Olguların %50.71'inin aylık gelirinin yeterli, %49.29'unun aylık gelirinin yetersiz olduğu görüldü. Olguların %88.15'i kronik hastalığa sahip değilken, %11.85'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu görüldü. Sigara kullanımında, olguların %64.45'i kullanmazken, %35.55'inin kullandığı görüldü. Ayrıca alkol kullanımında, olguların %56.87'si kullanmazken, %43.13'ünün kullandığı görüldü. Olguların sosyal etkinlik algısında ise %32.23'ünün yeterli, %67.77'sinin yetersiz olduğu görüldü. Olguların %70.14'ünün sözlü, %23.70'inin sözlü ve fiziksel şiddete maruz kaldığı görüldü. Olguların %18.96'sı yapılan işten memnun değilken, %43.13'ünün memnun, %37.91'inin kararsız olduğu görüldü. Çalışılan kurum açısından değerlendirildiğinde ise katılımcıların %38.90 ile çoğunluğunun Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (UÜTFH) ya da Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi (BYİEAH)'nden olduğu görüldü. Depresyon saptanma olasılığı ise olguların %47.39'un minimal, %29.86'sının hafif, %19.91'inin orta, %2.84'ünün şiddetli düzeydeydi.

Tablo-7: Örnekleme İlişkin Özellikler

| | Frekans | Yüzde |
|---|---------|-------|
| Yaş | | |
| 18-27 | 95 | 45.02 |
| 28-37 | 74 | 35.07 |
| 38-47 | 27 | 12.80 |
| 48 yaş ve üzeri | 15 | 7.11 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 116 | 54.98 |
| Kadın | 95 | 45.02 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 106 | 50.24 |
| Bekar ya da boşanmış | 105 | 49.76 |
| Çocuk sayısı | | |
| Çocuğu yok | 136 | 64.45 |
| 1 çocuk | 47 | 22.27 |
| 2 çocuk ve üzeri | 28 | 13.27 |
| Acil servisteki görev | | |
| Pratisyen hekim | 120 | 56.87 |
| Asistan hekim | 56 | 26.54 |
| Uzman hekim | 35 | 16.59 |
| Meslekteki çalışma süresi | | |
| 1 yıl ve daha az | 24 | 11.37 |
| 2-5 yıl | 158 | 74.88 |
| 6-10 yıl | 16 | 7.58 |
| 11 yıl ve üzeri | 13 | 6.16 |
| Acil servisteki çalışma süresi | | |
| 1 yıl ve daha az | 65 | 30.81 |
| 2-5 yıl | 69 | 32.70 |
| 6-10 yıl | 47 | 22.27 |
| 11 yıl ve üzeri | 30 | 14.22 |
| Aylık gelir | | |
| Yeterli | 107 | 50.71 |
| Yetersiz | 104 | 49.29 |
| Kronik hastalığa sahip olma | | |
| Yok | 186 | 88.15 |
| Var | 25 | 11.85 |
| Sigara kullanımı | | |
| Yok | 136 | 64.45 |
| Var | 75 | 35.55 |
| Alkol kullanımı | | |
| Yok | 120 | 56.87 |
| Var | 91 | 43.13 |
| Sosyal etkinlik algısı | | |
| Yeterli | 68 | 32.23 |
| Yetersiz | 143 | 67.77 |
| Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma durumu | | |
| Sözlü | 148 | 70.14 |
| Sözlü ve fiziksel | 50 | 23.70 |
| Yok | 13 | 6.16 |
| Yapılan işten duyulan memnuniyet | | |
| Memnun değilim | 40 | 18.96 |
| Memnunum | 91 | 43.13 |
| Kararsızım | 80 | 37.91 |
| Çalışılan kurum | | |
| Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ya da Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi | 82 | 38.90 |
| Bursa merkez hastaneleri | 60 | 28.40 |
| İlçe devlet hastaneleri | 69 | 32.70 |
| Depresyon düzeyi | | |
| Minimal | 100 | 47.39 |
| Hafif | 63 | 29.86 |
| Orta | 42 | 19.91 |
| Şiddetli | 6 | 2.84 |

Tablo-8: Yaşa Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|--------------|--------------------|-------|
| 18-27 | 47 49.5% | 26 27.4% | 20 21.1% | 2 2.1% | 95 100.0% | 7.61 | 0.574 |
| 28-37 | 29 39.2% | 27 36.5% | 15 20.3% | 3 4.1% | 74 100.0% | | |
| 38-47 | 14 51.9% | 8 29.6% | 5 18.5% | 0 0.0% | 27 100.0% | | |
| 48 yaş ve üzeri | 10 66.7% | 2 13.3% | 2 13.3% | 1 6.7% | 15 100.0% | | |

18-27 yaş arası olguların %49.5'i minimal, %27.4'ü hafif, %21.1'i orta ve %2.1'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 28-37 yaş arası olguların %39.2'si minimal, %36.5'i hafif, %20.3'ü orta ve %4.1'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 38-47 yaş arası olguların %51.9'u minimal, %29.6'sı hafif, %18.5'i orta düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 48 yaş ve üzeri olguların %66.7'si minimal, %13.3'ü hafif, %13.3'ü orta ve %6.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Yaşa göre depresyon saptanma olasılığında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-9: Cinsiyete Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|-------|
| Erkek | 60 51.7% | 29 25.0% | 26 22.4% | 1 0.9% | 116 100.0% | 7.43 | 0.059 |
| Kadın | 40 42.1% | 34 35.8% | 16 16.8% | 5 5.3% | 95 100.0% | | |

Erkek olguların %51.7'si minimal, %25'i hafif, %22.4'ü orta ve %0.9'u şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Kadın olguların %42.1'i minimal, %35.8'i hafif, %16.8'i orta ve %5.3'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Cinsiyete göre depresyon saptanma olasılığında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-10: Medeni Duruma Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|-------|
| Evli | 54 50.9% | 28 26.4% | 20 18.9% | 4 3.8% | 106 100.0% | 2.18 | 0.537 |
| Bekar ya da boşanmış | 46 43.8% | 35 33.3% | 22 21.0% | 2 1.9% | 105 100.0% | | |

Evli olguların %50.9'u minimal, %26.4'ü hafif, %18.9'u orta ve %3.8'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Bekar ya da boşanmış olguların %43.8'i minimal, %33.3'ü hafif, %21'i orta ve %1.9'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Medeni duruma göre depresyon saptanma olasılığında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-11: Çocuk Sayısına Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|-------|
| Çocuğu yok | 61 44.9% | 45 33.1% | 28 20.6% | 2 1.5% | 136 100.0% | 9.50 | 0.147 |
| 1 çocuk | 21 44.7% | 12 25.5% | 12 25.5% | 2 4.3% | 47 100.0% | | |
| 2 çocuk ve üzeri | 18 64.3% | 6 21.4% | 2 7.1% | 2 7.1% | 28 100.0% | | |

Çocuğu olmayan olguların %44.9'u minimal, %33.1'i hafif, %20.6'sı orta ve %1.5'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 1 çocuğu olan olguların %44.7'si minimal, %25.5'i hafif, %25.5'i orta ve %4.3'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 2 çocuk ve üzeri olguların %64.3'ü minimal, %21.4'ü hafif, %7.1'i orta düzeyde ve %7.1'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Çocuk sayısına göre depresyon saptanma olasılığında arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-12: Acil Servisteki Göreve Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|--------------|
| Pratisyen hekim | 60 50.0% | 35 29.2% | 21 17.5% | 4 3.3% | 120 100.0% | 14.46 | 0.025 |
| Asistan hekim | 17 30.4% | 20 35.7% | 18 32.1% | 1 1.8% | 56 100.0% | | |
| Uzman hekim | 23 65.7% | 8 22.9% | 3 8.6% | 1 2.9% | 35 100.0% | | |

Pratisyen hekim olan olguların %50'si minimal, %29.2'si hafif, %17.5'i orta ve %3.3'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Asistan hekim olan olguların %30.4'ü minimal, %35.7'si hafif, %32.1'i orta ve %1.8'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Uzman hekim olan olguların %65.7'si minimal, %22.9'u hafif, %8.6'sı orta düzeyde ve %2.9'u şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Acil servisteki göreve göre depresyon saptanma olasılığında anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0.05$).

Tablo-13: Meslekteki Çalışma Süresine Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---------------|--------------------|--------------|
| 1 yıl ve daha az | 13 54.2% | 9 37.5% | 1 4.2% | 1 4.2% | 24 100.0% | 17.66 | 0.039 |
| 2-5 yıl | 68 43.0% | 49 31.0% | 38 24.1% | 3 1.9% | 158 100.0% | | |
| 6-10 yıl | 9 56.3% | 3 18.8% | 2 12.5% | 2 12.5% | 16 100.0% | | |
| 11 yıl ve üzeri | 10 76.9% | 2 15.4% | 1 7.7% | 0 0.0% | 13 100.0% | | |

1 yıldan az mesleki tecrübeye sahip olguların %54.2'si minimal, %37.5'i hafif, %4.2'si orta ve %4.2'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 2-5 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olguların %43'ü minimal, %31'i hafif, %24.1'i orta ve %1.9'u şiddetli düzeyde depresyona saptanma olasılığına sahipti. 6-10 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olguların %56.3'ü minimal, %18.8'i hafif, %12.5'i orta ve %12.5'i şiddetli düzeyde

depresyona sahipti. 11 yıl ve üzeri olguların %76.9'u minimal, %15.4'ü hafif, %7.7'si orta düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Meslekteki çalışma süresine göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görüldü ($p < 0.05$).

Tablo-14: Acil Servisteki Çalışma Süresine Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|--------------|--------------------|-------|
| 1 yıl ve daha az | 25 38.5% | 24 36.9% | 13 20.0% | 3 4.6% | 65 100.0% | 12.61 | 0.181 |
| 2-5 yıl | 35 50.7% | 20 29.0% | 13 18.8% | 1 1.4% | 69 100.0% | | |
| 6-10 yıl | 29 61.7% | 10 21.3% | 6 12.8% | 2 4.3% | 47 100.0% | | |
| 11 yıl ve üzeri | 11 36.7% | 9 30.0% | 10 33.3% | 0 0.0% | 30 100.0% | | |

1 yıldan az acil servis tecrübesine sahip olguların %38.5'i minimal, %36.9'u hafif, %20'si orta ve %4.6'sı şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 2-5 yıl arası acil servis tecrübesine sahip olguların %50.7'si minimal, %29'u hafif, %18.8'i orta ve %1.4'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 6-10 yıl arası acil servis tecrübeye sahip olguların %61.7'si minimal, %21.3'ü hafif, %12.8'i orta ve %4.3'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. 11 yıl ve üzeri olguların %36.7'si minimal, %30'u hafif, %33.3'ü orta düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Acil servisteki çalışma süresine göre depresyon saptanma olasılığına arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0.05$).

Tablo-15: Aylık Gelire Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|-------|
| Yeterli | 65 60.7% | 28 26.2% | 12 11.2% | 2 1.9% | 107 100.0% | 18.12 | 0.000 |
| Yetersiz | 35 33.7% | 35 33.7% | 30 28.8% | 4 3.8% | 104 100.0% | | |

Aylık geliri yeterli olguların %60.7'si minimal, %26.2'si hafif, %11.2'si orta ve %1.9'u şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Aylık geliri yetersiz olguların %33.7'si minimal, %33.7'si hafif, %28.8'i orta ve %3.8'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Aylık gelire göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0.05$).

Tablo-16: Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-----|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|-------|
| Yok | 91 48.9% | 55 29.6% | 35 18.8% | 5 2.7% | 186 100.0% | 1.89 | 0.596 |
| Var | 9 36.0% | 8 32.0% | 7 28.0% | 1 4.0% | 25 100.0% | | |

Kronik hastalığa sahip olmayan olguların %48.9'u minimal, %29.6'sı hafif, %18.8'i orta ve %2.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Kronik hastalığa sahip olan olguların %36'sı minimal, %32'si hafif, %28'i orta ve %4'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-17: Sigara Kullanımına Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-----|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|-------|
| Yok | 64 47.1% | 45 33.1% | 22 16.2% | 5 3.7% | 136 100.0% | 4.95 | 0.175 |
| Var | 36 48.0% | 18 24.0% | 20 26.7% | 1 1.3% | 75 100.0% | | |

Sigara kullanmayan olguların %47.1'i minimal, %33.1'i hafif, %16.2'si orta ve %3.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Sigara kullanan olguların %48'i minimal, %24'ü hafif, %26.7'si orta ve %1.3'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Sigara kullanma durumuna göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-18: Alkol Kullanımına Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-----|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|-------|
| Yok | 56 46.7% | 34 28.3% | 25 20.8% | 5 4.2% | 120 100.0% | 2.08 | 0.556 |
| Var | 44 48.4% | 29 31.9% | 17 18.7% | 1 1.1% | 91 100.0% | | |

Alkol kullanmayan olguların %46.7'si minimal, %28.3'ü hafif, %20.8'i orta ve %4.2'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Alkol kullanan olguların %48.4'ü minimal, %31.9'u hafif, %18.7'si orta ve %1.1'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Alkol kullanma durumuna göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-19: Sosyal Etkinlik Algısına Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|-------|
| Yeterli | 51 75.0% | 8 11.8% | 8 11.8% | 1 1.5% | 68 100.0% | 31.14 | 0.000 |
| Yetersiz | 49 34.3% | 55 38.5% | 34 23.8% | 5 3.5% | 143 100.0% | | |

Sosyal etkinlik algısı yeterli olguların %75'i minimal, %11.8'i hafif, %11.8'i orta ve %1.5'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Sosyal etkinlik algısı yetersiz olguların %34.3'ü minimal, %38.5'i hafif, %23.8'i orta ve %3.5'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Sosyal etkinlik algısına göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0.05$).

Tablo-20: Sözlü ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Duruma Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|-------|
| Sözlü | 74 50.0% | 39 26.4% | 31 20.9% | 4 2.7% | 148 100.0% | 7.57 | 0.272 |
| Sözlü ve fiziksel | 18 36.0% | 19 38.0% | 11 22.0% | 2 4.0% | 50 100.0% | | |
| Yok | 8 61.5% | 5 38.5% | 0 0.0% | 0 0.0% | 13 100.0% | | |

Sözlü şiddete maruz kalan olguların %50'si minimal, %26.4'ü hafif, %20.9'u orta ve %2.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalan olguların %36'sı minimal, %38'i hafif, %22'si orta ve %4'ü şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Şiddete maruz kalmayan olguların %61.5'i minimal, %38.5'i hafif şiddetli düzeyde depresyona sahipti. Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo-21: Yapılan İşten Duyulan Memnuniyet Durumuna Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-----------|--------------|-----------------|-------|
| Memnun değilim | 7 17.5% | 20 50.0% | 11 27.5% | 2 5.0% | 40 100.0% | 31.31 | 0.000 |
| Memnunum | 61 67.0% | 18 19.8% | 11 12.1% | 1 1.1% | 91 100.0% | | |
| Kararsızım | 32 40.0% | 25 31.3% | 20 25.0% | 3 3.8% | 80 100.0% | | |

Yapılan işten memnun olmayan olguların %17.5'i minimal, %50'si hafif, %27.5'i orta ve %5'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Yapılan işten memnun olan olguların %67'si minimal, %19.8'i hafif, %12.1'i orta ve %1.1'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Kararsız olguların %40'ı minimal, %31.3'ü hafif, %25'i orta ve %3.8'i şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Yapılan işten

duyulan memnuniyet durumuna göre depresyon saptanma olasılığı arasında anlamlı bir farklılık görüldü. ($p < 0.05$).

Tablo-22: Çalışılan Kuruma Göre Depresyon Saptanma Olasılığı

| | Minimal | Hafif | Orta | Şiddetli | Toplam | Pearson Ki-kare | p |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------------|-------|
| UÜTFH ya da BYİHEAH | 38 %38.0 | 25 %39.7 | 18 %42.9 | 1 %16.7 | 82 %100 | | |
| Bursa merkez hastaneleri | 29 %29.0 | 17 %27.0 | 10 %23.8 | 4 %6.7 | 60 %28.4 | 4.91 | 0.556 |
| İlçe devlet hastaneleri | 33 %33.0 | 21 %33.3 | 14 %33.3 | 1 %16.7 | 69 %32.7 | | |

UÜTFH ya da BYİHEAH'nde çalışan olguların %38'i minimal, %39.7'si hafif, %42.9'u orta ve %16.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Diğer Bursa Merkez hastanelerinde çalışan olguların %29'u minimal, %27'si hafif, %23.8'i orta ve %6.7'si şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. İlçe devlet hastanelerinde çalışan olguların ise %33'ü minimal, %33.3'ü hafif, %33.3'ü orta ve %16.7'si ise şiddetli düzeyde depresyon saptanma olasılığına sahipti. Çalışılan kuruma göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Beck depresyon envanteri kullanarak farklı sonuçlar bildiren bir takım araştırma sonuçları araştırma bulgularımızla kıyaslanmıştır. Beck depresyon düzeyine ait bulgularımıza göre olguların %47.39'un minimal, %29.86'sı hafif, %19.91'i orta, %2.84'ü şiddetli düzeyde depresyon bildirmiştir. Bu kapsamda Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan ve doçentin hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı araştırmada %70'in üzerinde minimal ve hafif depresyon düzeyi saptamıştır (152). Araştırmamızdaki minimal ve hafif depresyon oranları toplamı %77.2 ile örtüşmektedir. Farklı hastane bölümlerinden çalışanlarda da aynı seviyede depresyon düzeyi gözlemlenmesi acil çalışanlarının bu açıdan özel bir durumları olmadığına işaret etmektedir. Tomljenovic'in Hırvatistan'da bir klinikte çalışan 286 hekim ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre hekimlerin %12,2 sinde orta ve ağır depresyon düzeyi gözlenmiştir (153). Araştırma bulgularında, hekimlerin çalıştıkları bölümlere göre Beck depresyon düzeyinde bir farklılık görülmemiştir. Bizim çalışmamızda orta ve ağır düzeyde Beck depresyon düzeyi, Hırvatistan Klinik çalışanları ortalamasının iki katı olarak %22,7 gerçekleşmiştir. Depresyon nedeni faktörlere ilişkin ayrıntılı sorgulama olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Ertuğrul'un çoğunluğunu 20-35 yaş arası evli ve çocuksuz kadının oluşturduğu 270 sağlık personeliyle bir üniversite hastanesinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre çalışanların %78,5 inde depresyon görülmemekte, %19,6 sında hafif-orta düzeyde, %1,9 unda ciddi düzeyde depresyon görülmektedir (154). Hurşitoğlu'nun çoğunluğunu 25-40 yaş arası, evli, tıp fakültesi hastanesi çalışanı, 147 araştırma görevlisi doktorun oluşturduğu örneklem ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre doktorların %21,1 inde depresyon görülmüştür (154). Wurm ve diğerlerinin Avusturya'lı 5897 hekim ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre MDI (Major Depression Inventory) ölçeği cinsinden hekimlerin %10,3 ünde depresyon görülmüştür (154). Keon, Lee ve Choi 'nin çoğunluğunu 40 yaş altında, 0-3 yıl deneyimli kadınların oluşturduğu Güney

Kore’li intörn ve stajyer doktorlar üzerinde yaptıkları araştırma sonuçlarına göre özellikle 30 yaş altında intörn kadınlarda orta ve yüksek düzeyde depresyon görülmüştür (157). Depresyon düzeyinin meslekteki çalışma süresi arttıkça azaldığı gözlenmiştir. Alandaki diğer çalışmalardan çok farklı olarak orta ve yüksek düzeyde depresyon düzeyi tespitinin Beck depresyon envanteri Kore versiyonundaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Chen ve diğerleri’nin Çin versiyon Beck depresyon ölçeği ile 136 intern üzerinde yaptığı uzun dönemli araştırma sonuçlarına göre intörn doktorların depresyon düzeyi, stajın ilerleyen aylarında staj öncesine göre minimal düzeyden orta düzeye doğru belirgin bir şekilde yükselmekte ve staj bittikten sonra ilk seviyesine geri dönmektedir (158). Depresyon düzeyleri üzerine yapılan araştırma sonuçları topluca değerlendirildiğinde Avrupa ve Türkiye değerlerinin Uzakdoğu’da yapılan ölçümlerden belirgin bir şekilde düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ölçeklerdeki dil farkları olabilir.

Araştırma bulgularımız yaşa göre Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını göstermektedir. Yaş grubu ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını rapor eden Alpağut (159), araştırma bulgularımızı desteklemekte, ilişkinin bulunmayışının nedenini örneklemin büyük çoğunluğunun daha ziyade genç çalışanlar grubunda yığılması olarak görmektedir. Alpağut (159)’ un acil çalışanlarından aldığı erkek olgu oranı kadınlara göre yüksek olmakla bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda yaş gruplarında bulunan olgu sayısının sadece 48 yaş ve üzerinde az olduğu ve normal dağılıma yakın bir dağılım sergilediği dikkate alındığında yaş ile Beck depresyon düzeyi arasında ilişki bulunamayışının aslında yaş gruplarındaki olgu sayısı dağılımı ile doğrudan ilgili olmayacağını göstermiştir. Yakın’ın içlerinde acil personeli de bulunan 200 sağlık çalışanına yönelik araştırma sonuçlarına göre yaş ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (160). Araştırmacı, bizim bulgularımıza paralel sonuçlar bildirmiş ve acil personelinin yaşı ile depresyon arasında ilişki olmadığını dair yargıyı doğrulamıştır. Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan ve doçentin hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı

araştırma sonuçları da yaş ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (152). Bulgularımızı doğrulamıştır. Özkan'ın bir araştırma hastanesinde çalışan çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu 190 araştırma görevlisi doktor ile yaptığı araştırma sonuçları, hekimlerin yaşı ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstererek bulgularımızla örtüşmüştür (161). Gökçen ve diğerleri'nin Tıp fakültesi, 112 acil hizmetler ve devlet hastanesi acil hekim ve çalışanlarından oluşan 347 kişilik örneklem ile yaptıkları araştırma sonuçlarına göre 40 ve üzeri yaş grubunun Beck depresyon düzeyinin 18-24 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (162). Bulgularımızla çelişen bu durum, genç-yaşlı çalışan grupları arasında araştırma yazınında rastlanan tek anlamlı bulgu olması yönüyle dikkat çekicidir.

Araştırma bulgularımızda cinsiyete göre Beck depresyon arasında anlamlı bir farklılık görülmedi. Karçın (163), 112 acil sağlık personeli ile yaptığı araştırmada cinsiyet ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmekte ve bizim bulgularımızı desteklemektedir. Aynı şekilde bulgularımıza bir başka destek, Yakın'ın 35- 45 yaş arasında, evli ve çocuklu kadınların çoğunluğu oluşturduğu içlerinde acil personeli de bulunan 200 sağlık çalışanına yönelik araştırma sonuçlarından gelmiştir. Araştırmacı, cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmediğini bildirmiştir (160). Bulgularımızda cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemekle birlikte orta ve şiddetli düzeyde Beck depresyon düzeyinin erkek ve kadın olguda birbirine yakın oranlarda gerçekleştiği görülmüştür. Bu dağılımın İsveç'de Johannsson ile ABD'de Goodwin ve Jamison'un yaklaşık 3000 kişilik örneklemelerle yaptıkları araştırmalarda kadınların erkeklerden iki kat daha fazla depresyon düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (164,165). Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan ve doçentin hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı araştırma sonuçları cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (152). Özkan'ın bir araştırma hastanesinde çalışan çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu 190 araştırma görevlisi doktor ile yaptığı araştırma sonuçları, hekimlerin cinsiyeti

ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (161). Hurşitoğlu'nun çoğunluğunu 25- 40 yaş arası, evli, tıp fakültesi hastanesi çalışanı, 147 araştırma görevlisi doktorun oluşturduğu örneklem ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki yoktur (155). Koçak'ın bir üniversite hastanesinde çalışan 131 acil tıp stajyer doktoru ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki yoktur (166). Cinsiyet ve Beck depresyon düzeyi arasında ilişki arayan Karçın'ın (163), Goodwin ve Jamison'un (165), Polat'ın (152), Özkan'ın (161), Hurşitoğlu'nun (155), Koçak'ın (166) bildirdikleri sonuçların bulgularımızı desteklediği görülmüştür. Buradan hareketle cinsiyet ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığına dair bir genelleme yapılabilir.

Araştırma bulgularımız, medeni duruma göre Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını göstermektedir. Alpağut'un araştırma bulguları, evli ve bekarlar arasında Beck depresyon düzeyi açısından fark olmadığı ve evli ve bekarların ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulunmaktadır (159). Araştırmamız ile paralel durum arz etmektedir. Aynı şekilde Yakın'ın, 35- 45 yaş arasında, evli ve çocuklu kadınların çoğunluğu oluşturduğu içlerinde acil personeli de bulunan 200 sağlık çalışanına yönelik araştırma sonuçları ile bizim bulgularımızı doğrulamış medeni durum ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmediğini bildirmiştir. Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan ve doçentin hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı araştırma bulgularına göre medeni durum ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (152). Özkan'ın bir araştırma hastanesinde çalışan çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu 190 araştırma görevlisi doktor ile yaptığı araştırma sonuçları, hekimlerin medeni durumu ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (161). Alpağut'un (159), Polat'ın (152) ve Özkan'ın (161) benzer olgu kitlesi ile yaptıkları araştırma sonuçları, hekimlerin medeni durumu ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığına dair bulgularımızı desteklemekte ve bu konuda güçlü kanıt oluşturmaktadır.

Bulgularımız, çocuk sayısına göre Beck depresyon düzeyi arasında ilişki olmadığını göstermiştir. Benzeri bir bulgu da Yakın'ın evli ve çocuklu kadınların çoğunluğu oluşturduğu içlerinde acil personeli de bulunan 200 sağlık çalışanına yönelik araştırma sonuçlarından gelmiştir. Araştırmacı, çocuk sahibi olma durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmediğini bildirmiştir (160). Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan ve doçentin hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı araştırmanın bulguları çocuk sayısı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmekte ve bulgularımızı doğrulamaktadır (152). Yakın'ın ve Polat'ın bulguları bizim bulgularımızı desteklemiştir (160,152). Buradan çocuk sahibi olmanın da çocuk sayısının da depresyon düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı sonucuna varılabilir.

Araştırma bulgularımız, acil servisteki göreve göre Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Orta ve şiddetli Beck depresyon düzeyinin en yüksek görüldüğü grup sırayla pratisyen hekim, asistan hekim ve uzman hekim olmuştur. Polat, çoğunluğunu hastanenin farklı bölümlerinden evli, çocuklu, kadın asistan, uzman, doçent ve profesör hekimin oluşturduğu 177 kişi ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre mesleki unvan derecesi arttıkça Beck depresyon düzeyi azalmaktadır (152). Bu yönüyle araştırma sonuçlarımızla kısmen örtüşmektedir. Polat'ın bulgularının da desteğiyle hekimlerin mesleki ilerlemeleri ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve ilerleme ile birlikte depresyonun azaldığına yönelik genelleme yapılabilir.

Araştırma bulgularımız, meslekteki çalışma süresine göre Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Alpağut'un örnekleme, meslekte çalışma süresi açısından 2-5 yıl arasındaki örneklem dağılımı baskın olmakla araştırmamızdaki 0-5 yıl arasında yoğunlaşan örneklem sayısı ile benzerlik göstermektedir (159). Araştırmacı, meslekteki çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmekte ve araştırma bulgularımız ile çelişmektedir. Bu çelişkili durum, araştırmamızda üç farklı düzeyden hekim seçilmesi, Alpağut'un sadece asistanlardan oluşan bir örneklem ile bu bulgulara ulaşmasına

yorumlanabilir (159). Yakın'ın içlerinde acil personeli de bulunan 200 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre meslekteki çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (160). Araştırmacının bizim bulgularımızdan farklı bulgular elde etmesinin üç farklı nedeni olabilir. Birinci olarak bizim çalışmamızdaki olguların tamamı acil çalışanıyken, Yakın'ın (160) araştırmasındaki olguların sadece bir kısmının acil çalışanıdır; ikinci olarak, bizim çalışmamızdan farklı olarak 20 yıl ve üzerinde çalışma süresi grubu içermekte ve bu sayede karşılaştırmaları daha geniş bir kıdem spektrumunda gerçekleştirmektedir; üçüncü olarak, bizim çalışmamızda erkek, diğer çalışmada kadınların çoğunlukta olmasıdır. Polat (152), çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmekte ve araştırma sonuçlarımızla çelişmektedir. Özkan'ın (161), hekimlerin, araştırma görevlisi doktor olarak çalıştıkları toplam süre ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiş ve araştırma sonuçlarımızla çelişmiştir. Ertuğrul (154) meslekte çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını göstermiş ve araştırma sonuçlarımızla çelişmiştir. Hurşitoğlu'nun (155) yaptığı araştırma sonuçlarına göre araştırma görevlisi olarak çalışılan süre ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını raporlamış ve bulgularımızla çelişmiştir. Alpağut (159), Yakın (160), Polat (152), Özkan (161), Ertuğrul (154) ve Hurşitoğlu'nu (155) içine alan tüm ilgili araştırma yazınının bulgularımızla çelişmesi araştırma sonucumuz üzerinde düşünmeye sevk etmiştir. Literatürle aramızdaki radikal farkın nedenini olgu seçimine bağlamaktayız.

Araştırma bulgularımız acil serviste çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde çıktı. Yakın'ın (160) yaptığı çalışmada kurumda geçen süre ile bizim çalışmamızdaki acil serviste çalışma süresinin benzer değişken olduğu görüldü. Yakın'ın (160) bulgularına göre meslekteki çalışma süresi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ve bu yönüyle bulgularımız kısmen desteklenmektedir. Çünkü acil servisin çalışma ortamının zorluk düzeyinin

daha fazla olacağı dikkate alınmalı ve depresyon düzeyi üzerindeki etkisi, kurumda geçen çalışma süresi aynı kategoride değerlendirilmemelidir.

Araştırma bulgularımızda, aylık gelir düzeyi ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, gelirini yetersiz bulanların, Beck depresyon düzeylerinin gelirini yeterli bulanlardan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgumuzu literatürden destekleyecek ya da çelişecek bir araştırma sonucuna rastlanmamıştır. Bundan sonraki araştırmacıların demografik değişkenler envanterine eklemeleri tavsiye edilmektedir.

Araştırma bulgularımız kronik hastalığa sahip olma durumun ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde çıktı. Polat'ın (152) araştırma sonuçları kronik hastalık sahibi olma durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiş ve bulgularımızı doğrulamıştır. Beck depresyon ölçeği ile yapılan araştırma yazınındaki çalışmalarda olgunun kronik hastalığının sorgulanmadığı ancak yaygın bir şekilde kronik rahatsızlığı olmayanlar arasından seçildiği ve bunun sağlıklı olgular arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanınması açısından yapıldığı gözlenmiştir.

Araştırma bulgularımız sigara kullanımı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde çıktı. Polat'ın (152) yaptığı araştırma sonuçları sigara kullanım durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiş, bulgularımızı desteklemiştir. Özkan'ın (161) yaptığı araştırma sonuçları, hekimlerin sigara kullanımı ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiş, bulgularımızı desteklemiştir. Sağlık personelinde sigara içimi ile depresyon riski arasında güçlü korelasyon ve anlamlı bir ilişki olduğuna dair araştırmalar da bulunmaktadır (167-169). Sigara içen 255 yetişkin hastayla yapılan bir çalışmada sigarayı bıraktıktan altı hafta sonra Beck depresyon puanlarında anlamlı düşüşler gözlenmiştir (170). Nikotin yoksunluğu periyoduna girilmesiyle birlikte depresyonun da azaldığı gözlenmiş ve nikotin azalınca depresyonun artacağına dair inanış çürütülmüştür. Ertuğrul'un (154) yaptığı araştırma sonuçlarına göre sigara içenler ile içmeyenler arasında Beck

depresyon düzeyleri açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür. Alpağut dahiliye ve acil çalışanlarını sigara içme açısından karşılaştırmış ve acil çalışanlarının daha çok sigara kullandığını tespit etmiştir (159). Sigara kullanımının acil çalışanları evreninde rastlanma olasılığı büyük bir özellik olduğu anlaşılmaktadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 yılı Türkiye verileri, yetişkinlerin %31,2 sinin tütün ürünü kullandığını ve bunların büyük bir kısmının erkek olduğunu göstermektedir ki araştırma örneklememiz, çoğunluğunu erkekler oluşturması yönüyle ülke tütün tüketicisi profili ile örtüşmektedir. Bulgularımız tütün tüketimi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bulgularımız, Polat (152) ve Özkan'ın (161) bulguları tarafından desteklenmiş, Paperwalla (167), Pang (168), Çınğı (169), Covey ve diğerleri (170) ve Ertuğrul' un (154) bulguları ile çelişmiştir. Literatür ile farklılaşan sonuçlarımızı, benzer araştırmaların olgu olarak hastaları seçmesine, bizim ise hizmeti veren personeli seçmemize bağlamaktayız.

Araştırma bulgularımız alkol kullanımı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde çıktı. Polat'ın yaptığı araştırma sonuçlarına göre alkol kullanımı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur (152). Araştırma sonuçlarımız bu bulgu tarafından doğrulanmıştır. Özkan'ın yaptığı araştırma sonuçları, hekimlerin alkol kullanımı ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiş ve bulgularımızı desteklemiştir (161). İlgili araştırma yazınında rastlanan tüm bulgular, araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Buna göre alkol kullanımı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığına dair genelleme yapılabilir.

Araştırma bulgularımız sosyal etkinlik algısı ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi. Polat'ın yaptığı araştırma sonuçlarına göre sosyal etkinliklere katılma durumu ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, depresif semptomların sosyal etkinliklere katılan personelde daha az olduğunu belirtmiştir (152). Ertuğrul'un yaptığı araştırma sonuçları, sosyal etkinliklere katılma durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (154). Polat (152) ve Ertuğrul' un (154) bulguları, araştırma sonuçlarımız ile

örtüşmektedir. Buna göre sosyal etkinlik algısının artması ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı negatif ilişki olduğunu yönelik genelleme yapılabilir.

Araştırma bulgularımız sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma durumuna ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde çıktı. Karçın (163), 112 acil sağlık personeli ile yaptığı araştırmada şiddet içeren mobbing içerikli davranışlara maruz kalma ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu yani şiddet içeren mobbing türü davranışların artmasıyla depresyon düzeyinin arttığını belirtmiş ve araştırma bulgularımızla çelişmiştir. Bu farkın Karçın'ın (163) örneklem olarak ağırlıklı teknisyen ve sağlık memurlarını seçmiş olması bizim araştırmamızda ise olgunun bütünüyle hekimlerden oluşmasına bağlamaktayız. Buradan şiddete maruz kalmak doktorlarda depresyona etkisi olmazken teknisyen ve sağlık memurlarında depresyonun artmasına neden olmaktadır. Polat'ın yaptığı araştırma sonuçlarına göre psikolojik baskı, taciz veya şiddete maruz kalan hekimlerin Beck depresyon düzeyleri düşmektedir (152). Bu bulgu araştırma bulgularımızla çelişmektedir. Karçın (163) ve Polat'ın (152) bulgularımızla çelişen sonuçlar bildirmeleri şiddet ile Beck depresyon düzeyi arasında fark olmadığına yönelik bulgumuz üzerinde düşündürmüştür. Farkın nedeni olarak araştırmamıza katılan olguların sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma sorusunu sosyal cazibe yanlılığı nedeniyle toplumun istediği yönde cevaplamış olmalarına bağlamaktayız.

Araştırma bulgularımız, yapılan işten duyulan memnuniyet durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Alpağut (159) yapılan işten duyulan pişmanlık ile yani memnuniyetsizlik durumu ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiş, araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstererek desteklemiştir. Aynı araştırmada memnuniyetsizliğin istifa düşüncesine vardığı durumların da depresyon düzeyi ile anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Yakın'ın (160) yaptığı araştırmadaki mesleği kendine uygun bulma değişkeni ile araştırmamızdaki yapılan işten duyulan memnuniyet değişkeninin aynı yapıyı yani kişinin mesleğini sevme durumunu sorguladığı düşünülmüştür. Araştırmacının mesleği kendine uygun bulma değişkeni açısından Beck

depresyon düzeyinde anlamlı farklar olduğunu görmüş olması araştırmamızla paralellik arz etmektedir. Yakın'ın (160) araştırmasının sadece acil personeli ile sınırlı kalmayıp diğer hastane bölümlerinden de personeli kapsaması ve aynı bulgular kapsamında meslekten ayrılma niyeti ile Beck Depresyon düzeyi arasında da anlamlı ilişki bulunmuş olması dikkate alındığında, mesleği sevme düzeyi ile Beck depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin varlığına dair kanıtlar daha da güçlenmektedir. Polat'ın (152) yaptığı araştırma sonuçlarına göre iş yaşamından memnuniyet durumu ile Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşten duyulan memnuniyet düzeyi arttıkça depresif semptomlar azalmaktadır. Polat'ın (152) bulguları, araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Ertuğrul'un (154) yaptığı araştırma sonuçları, iş memnuniyeti ile Beck depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Gökçen ve diğerlerinin Tıp fakóltesi, 112 acil hizmetler ve Devlet hastanesi acil hekim ve çalışanlarından oluşan 347 kişilik örneklem ile yaptıkları araştırma sonuçlarına göre işinden memnun olanlar ve olmayanlar arasında Beck depresyon düzeyleri açısından anlamlı fark görülmüştür (162). Alpağut'un (159), Yakın'ın (160), Polat'ın (152), Ertuğrul'un (154) ile Gökçen ve diğerlerinin (162) bulguları, araştırma bulgularımızı desteklemiştir. Bulgularımızla çelişen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu durumda iş memnuniyeti arttıkça Beck depresyon düzeyinin azaldığına yönelik bir ilişki genellemesi yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Bellack A. Social Skills Training Compared With Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Inventory Pharmacopsychiatry* 1981;7:151-69.
2. Mete H 2008 Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:3-18.
3. Akıncı SB, Rezaki M, Aypar Ü. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Anestezi Dergisi* 2003;11:34-9.
4. Martin F, Poyen D, Boudelique E, et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health* 1997;3:204-9.
5. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:147-55.
6. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Arch Intern Med* 1988;148:1428-35.
7. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG et al. Levels and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987;62:744-53.
8. Urbach JR, Levenson JL, Harbison JW. Perception of house staff stress and dysfunction within the academic medical center. *Psychiatr Q* 1989;60:283-96.
9. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar; 2005.
10. Haefly M. Focus on Depression. Basel:1990, 4-11.
11. R Aylaz, B Kaya, N Dere ve ark. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:46.
12. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011.
13. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2nd Edition. Consulting Psychologists Press: Palo Alto;1986.
14. Çevik A, Volkan V. Depresyonun psikosomatik etiyojisi, Depresyon Monografaları Serisi 3; 1993.
15. Lindfors PM, Nurmi KE, Meratoja OA. On-call stres among Finnish anesthesiologist. *Acta anaesthesiol scand* 2006;61:856-66.
16. Aktay M, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2014.
17. Ayyıldız H. Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100b Seviyeleri; 2008.
18. Yüksel N. Bilişsel işlevleri Yönünden Normallerle Depresif Hastaların Karşılaştırılması. *Psikoloji Dergisi*:1984;5(117).
19. Burns, Feeling Good: The New Mood Therapy. New York: Signet Boks; 1982
20. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması

21. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, et al. A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;41:600-5.
22. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al: Childhood and adolescent depression. A review of the past 10 years. Part J *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.
23. Samancı AY. Depresyonun kliniği. In: Bekaroglu M, ed. Depresyon 3. Anadolu Psikiyatri Günleri. 1. Baskı. Trabzon: Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği; 1995.
24. Işık E. Depresyonda klinik görünüm. In: Işık E, ed. Duygu durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
25. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri;2007. s.1559-1800.
26. Yetkin S, Özgen F. Depression within historical perspective; Türkiye Klinikleri *J Int Med Sci* 2007;3:1-5.
27. <http://yunanmitoloji.blog.com.tr>
28. Oral T, Karasevda'dan Depresyon'a Hüznün Tarihi, Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi 2009.
29. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi 2000
30. IG Gül, Karlıdağ R. Dünden Bu Güne Depresyon; Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi 2012;5:1-6.
31. Babaoğlu A. Psikiyatri Tarihi. İstanbul: Okuyan Us Yayım 2002.
32. Akiskal HS. Mood Disorders introduction and overview. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI*, 1. Cilt.
33. Kaplan HI, Sadock BJ editörler. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
34. Boratav C. Duygudurum Bozuklukları Ve Nozoloji, Duygudurum Dizisi; 2000.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5), American Psychiatric Association: Arlington 2013.
36. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. The Epidemiology of Depression in Adults, in Turkey and the World *Türkiye Klinikleri* 2017;8:1-6
37. Demyttenaere et al; 2004 Kessler et al 2003.
38. Brundtland GH *The World Health Report*; 2001.
39. Doksat K. Dirençli Depresyonda Tedavi; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul 1999.
40. Leahy R, Holland S. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: The Guilford Press; 2000.
41. Doğan. *Sociology of mental health and disorders* 2006.
42. Berksun O. *Kadınlarda Depresyon* 2015.
43. Şenol S, Karacan E, Şener Ş. *Çocuk ve Ergenlerde Depresyon*; 1999.

44. Bodur Ş, Üneri Ö, Çocuk ve Ergenlerde Major Depresif Bozukluk Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiatri Dergisi*;2008.
45. Tamar T, Özbaran B. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. *Klinik Psikiatri*;2004.
46. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S. Globalburden of depressive disorder in the year 2000. *Br J Psychiatry*; 2004.
47. Andreada L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P ve ark. The epidemiology of majör depressive epizodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. Methods Psychiatr Res.* 2003;12:3-21.
48. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:316-36.
49. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Ann Rev Psychol* 1998;49:377-412.
50. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003;(418):61-6.
51. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder, *Neuron.* 2000;28(2): 335-41.
52. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:3.
53. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006;163:2141.
54. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition*, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore; 1995.
55. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Depresyon Monografları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1993.*
56. Sağlık Bakanlığı 2001 Yayınları, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Eksen Tanıtım , 1998.
57. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 1998.
58. Şirvanlı Özen D, Temizsu E. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, *Current Approaches in Psychiatry* 2010;2(1):114.
59. Jerry Wiener. *Essentials of child and adolescent psychiatry*; 2006.
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text rev.)*. Washington, DC. 2000.
61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC. 2013.
62. American Psychiatric Association. *Highlights of Changes From DSM-4-TR to DSM-5*. American Psychiatric Publication; 2014.
63. Sadock B. J, Sadock V. A & Ruiz P, Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry 11th Ed.* Wolsters Kluwer; 2014.

64. Küey, Gülseren Ş, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. Yazıcı O, Vahip O (Eds), Depresyonun Sağaltım Klavuzu Kaynak Kitabı, TPD yayınları; 2008.
65. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press; 2008: 21-32.
66. Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. 1998; 2(1):21-5.
67. Bondy B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. Dialogues Clin Neurosci 2002;4(1):7-20.
68. Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn MLC et al. Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression. A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 1:73(5):456-64; 2016.
69. Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J et al. A registry-based twin study of depression in men. Arch Gen Psychiatry 1998;55(5):468-72.
70. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. Am J Psychiatry 2006;163:109-14.
71. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(1):39-44.
72. Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biol Psychiatry 2006;60(2):84-92.
73. Tarhan N, Çetin M, Depresyonda Biyolojik Göstergeler, Depresyon Monografileri Serisi 4, Hekimler Yayın Birliği; 1993.
74. Albayrak E, Ceylan M. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler 2004;17(1):27-33.
75. Stephen M. Stahl, Essential Psychopharmacology, 2. Baskı, Cambridge University Press:2000.
76. Yüksel N. Psikofarmakoloji, Çizgi Tıp Yayınevi, 2:50-67, 170-89, 2003.
77. AF Schatzberg, CB Nemeroff (Ed): The American Psychiatri Press Textbook of Psychopharmacology, Washington DC, American Psychiatric Press; 1998.
78. Ceylan M, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Duygudurum Bozuklukları; 2001.
79. Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun Nöroendokrinolojisi, Duygudurum Bozuklukları, sayı 3; 2001.
80. Nelson JC, Davis JM. DST Studies in Psychotic Depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry, 154: 1497-503; 1997.
81. Lippincott, Williams and Wilkins, 3:128-33, 15:536-9; 2003.
82. Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and Endocrine Disorders: Focus on the thyroid and adrenal system. Br J Psychiatry, 168: 123-8; 1996.
83. Maes M, Maes L, Suy E. Symptom profiles of biological markers in depression: a multivariate study. Psychoneuroendocrinology 1990;15:29-37.

84. Schittecatte M, Charles G, Machowski R ve ark. Effects of gender and diagnosis on growth hormone response to clonidine for major depression: a large-scale multicenter study. *Am J Psychiatry*, 151:216-220; 1994.
85. Cote M, Wilkins A, Wertstiuik ES et al. Effects of electroconvulsive therapy and desipramine on neuroendocrine responses to the clonidine challenge test. *J Psychiatry Neurosci* 1998; 23:172-8.
86. Suzuki E, Yagi G, Nakaki T, Kanba S, Asai M. Elevated plasma nitrate levels in depressive states. *J Affect Disord* 2001;63: 221-4.
87. Fava M, Borus JS, Alpert JE, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Bottiglieri T. Folate, vitamin B12 and homocysteine in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:426-8.
88. Prof. Dr. Müfit Uğur, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62
89. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum dizisi* 2000;1:29-38.
90. Ünal S, Küey L, Güleç C ve ark. *Klinik Psikiatri* 2002;5:8-15.
91. Sedat S et all. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009.s:785-95.
92. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook Psychiatry, Sixth edition*, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore; 1995.
93. Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In *Depression and Mania*, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elseiver: New York; 1988.
94. Beekman AT et all. Major and Minor Depression in Later Life: A Study Of Prevalence and Risk Factors. *J Affect Disord* s:65-75; 1995.
95. Roberts RE et all. Does Growing Old Increase The Risk For Depression *Am J Psychiatry*.1997 s:1384-90.
96. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiatri Dergisi* 19(4),382-9; 2008.
97. Goodwin FK, Jamison KR *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd edition. Oxford, UK, Oxford University Press, 2007.
98. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea, *J Psychiatr* 2006;40(1):30-6.
99. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. WHO World Mental Health Survey Consortium; 2004.
100. Kaya B, Kaya M, 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış .*Klinik Psikiyatri* 2007;10:3-10.
101. Page RM, Cole GE. Demographic predictors of self-reported loneliness in adults. *Psychological Reports* 1991;68:939-45.
102. Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde Yaşayan yaşlılarla karşılaştırmalı bir çalışma *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(4):251-9.

103. Kaneko Y, Motohashi Y, Sasaki H. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a Cross-sectional study. *Community Mental Health Journal* 2007;10:10-27.
104. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health* 2004;8:475-85.
105. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006;21:140-51.
106. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997;27(2):323-325.
107. Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE. Adolescent depression: Why more girls? *J Youth Adolesc* 1991;20:247-71.
108. Brown G, Bhrolchain M, Harris T: Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology* 1975; 9:225-54.
109. Lorant V, Croux C, Weich S et all. Depression and socio-economik risk factors, *British Journal of Psychiatry* 2007;190:293-8.
110. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L (2004) Social inequality and depressive disorders in Bahia. Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med.* 59:1339-1353.
111. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986;143:696-705.
112. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1994; Suppl. 377:65-72.
113. Berksun OE, Ünal S, Göğüş AK. Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2(2):141 -5.
114. Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP ve ark. Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol* 1993;23:755-61.
115. Levenson JL, Hamer R, Silverman JJ ve ark. Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay. *Int J Psychiat Med* 1987;16:231-7.
116. Bruce ML, Hoff RA. Social and health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:165-70.
117. Işık U, Açıkyürek K, Işık E. Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk*; 2013.
118. Andreasen NC, Winokur G. Secondary depression-familial, clinical and research perspectives. *Am J Psychiatry* 1979; 136:62-6.
119. Kahn-Greene ET, Killgore DB, Kamimori GH, Balkin TJ, Killgore WDS. The effects of sleep deprivation on symptoms of psychopathology in healthy adults. *Sleep Med* 2007;8:215-21.
120. Prof. Dr. Sibel Karakaş; Psikoloji Sözlüğü.

121. Sivrioğlu EY, Kırlı S. Depresyon-Demans Ayıncı Tanısı, Demans Dergisi 2001.
122. Demir B, Gögüş A, Savaşır I. Depresyon Hastalarında Bilişsel İşlevler. Türk Psikiyatri Dergi 2000;11:179-89.
123. Banos RM, Medina PM, Pascual J. Explicit and implicit memory biases in depression and panic disorder. Behav Res Ther 2001; 39:61-74.
124. Karabekiroğlu K, Gimzal A, Berkem M. Psikiyatrik bozukluklarda bellek sorunları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:188-96.
125. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı Ruh Sağlığı Eğitimi ve Ruhsal Sorunları (5. Basım). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Sosyal ve Felsefi Eserler Dizisi; 1988.
126. Yakın G. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı: İstanbul. 2014.
127. Logquist JK. Suicide Epidemiology and causes of suicide New Oxford textbook of psychiatry 1033-9. Eds Gelder MG Lopez-Ibor Jr J, Andreasen N Oxford university press; 2000.
128. Foster T, Gillespie K, Mc Clelland R ve ark. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry. 170:447-553; 1997.
129. Fawcett J, Sheftner W, Clark D et al ; 1987. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. Am J Psychiatry, 144(1): 35-40.
130. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım yayın Dağıtım: Ankara; 1989.
131. Yang B, Clum GA (1994) Life stress, social support and problem solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness and suicide ideation in an Asian student population: A test of model. Suicide and Life Threatening Behavior, 24(2):127-39.
132. Mete HE. Klinik Psikiyatri Kronik Hastalık ve Depresyon; 2008.
133. Joska JA, Stein DJ. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.
134. Couper J, Harari E. Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. Australas Psychiatry 2004;12(4):365-8.
135. Kennedy SH, Lam WR, Nutt DJ ve ark. Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guidelines. Thomson Publishing, Hampshire, UK; 2004.
136. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI ve ark. Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry, 1992; 49:809-16.
137. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. Arch Gen Psychiatry, 1982;39:905-10.

138. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington. American Psychiatric Association (APA) 2010 p. 152.
139. Tintinalli's Emergency Medicine, by Judith Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler 2010, 7th Edition.
140. Carter GT, Sullivan MD. Antidepressants in pain management. Curr Opin Invest Drugs 3:454 – 8; 2002.
141. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G ve ark. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications. A meta analysis. Am J Med. 2000;108:65-72.
142. Elif Yılmaz, Bilim Teknik Dergisi, Aralık 2003.
143. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 57: 414-9.
144. Türkçapar H. Dirençli Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi Cilt 1, Sayı 3; 2011.
145. Tosun M. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul.
146. Yöney H. Transkraniyal Manyetik Stimülasyonun Psikiyatrik Uygulamaları, Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(4),s:293-300.
147. Mayberg HS, Lazano AM, Voon V et al. Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. Neuron 2005;45(5):651.
148. Güdücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör Depresyonda Sertralin İle Birlikte Uygulanan Uyku Yoksunluğu ve Işık Tedavisinin Etkinliğinin Sertralin Tedavisi İle Karşılaştırılması Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16(4):245-51.
149. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. Turkish Journal Of Psychology 1987;6:118-22.
150. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri Dirim Tıp Gazetesi 2011;86(1):39-47.
151. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 4. Baskı. Ankara: HYB Basın Yayın, 2009;21-30.
152. Polat Z. Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Tükenmişlik ve Etki Eden Faktörler, Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpasa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; 2018.
153. Tomljenovic, Morana, Branko Kolaric, Dinko Stajduhar ve Vanja Tesic. Stress, Depression And Burnout Among Hospital Doctors In Rijeka, Croatia Psychiatria Danubina; 2014, Vol. 26, Suppl. 3, pp 450-8.
154. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinden Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2010.

155. Hurşitoğlu O. Araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler ve tükenmişlik sendromunun savunma biçimleri ile ilişkisi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2017.
156. Wurm W, Vogel K, Holl A et al. Depression-Burnout Overlap in Doctors.
157. Keon K, Sunhwa L, Yoon HC. Relationship Between Occupational Stress And Depressive Mood Among Interns And Residents In A Tertiary Hospital, Clin Exp Emerg Med. 2015, 2(2):117-22.
158. Chen, Ching-Yen, Sheng-Hsuan Lin et al. The Role of the Harm Avoidance Personality in Depression and Anxiety During the Medical Internship, Medicine; 2015, Volume 94, Number 2.
159. Alpağut GŞ. Acil Tıp Asistan Hekimleri ve Diğer Dahili Branş Asistan Hekimleri Arasında Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Sağlık Birimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği; 2018.
160. Yakın G. İstanbul Dr Lütfi Kırdar Eğitim Ve Arastirma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru Ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı; 2014.
161. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2012.
162. Gökçen, Cem, Suat Zengin, Mehmet Murat Oktay, Gökay Alpak, Behçet Al ve Cuma Yıldırım, Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department, Anatolian Journal of Psychiatry 2013;14:122-8.
163. Karçın M. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Mobbing ve İlişkili Faktörler: Aydın İli Örneği. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
164. Johansson R et al. Depression, Anxiety And Their Comorbidity in The Swedish General Population: Point Prevalence and The Effect On Health-Related Quality Of Life, PeerJ, 2013.
165. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd edition. Oxford, UK, Oxford University Press, 2007.
166. Koçak AO. Acil Tıp Stajının Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Mesleki Anksiyete Ve Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 2016.
167. Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. Smoking And Depression. Med Clin North Am 2004;88(6):1483-94.

168. Pang X, Lewis AC. Carbonyl Compounds In Gas And Particle Phases Of Mainstream Cigarette Smoke. Scitotal Environ 2011;409(23):5000-9.
169. Çınğı G. Sağlık Personeli Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2017.
170. Covey LS, Hu MC, Winhusen T et al Anxiety And Depressed Mood Decline Following Smoking Abstinence In Adult Smokers With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Subst Abuse Treat 2015, 59:104-8.



EKLER

Gönüllü Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi DR.SERAP KATI tarafından yürütülen **Bursa ili içerisinde acil serviste çalışmakta olan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve depresyon olasılığının değerlendirilmesi.**” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Prof. Dr.Şule Akköse Aydın)

Araştırmanın Amacı: : Acil servis hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin sorulduğu 15 soru ve Beck Depresyon ölçeğindeki 21 soru bulunmaktadır.

Araştırmanın Süresi:4 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:300

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Bursa Çekirge Devlet Hastanesi,Bursa Devlet Hastanesi,Bursa İnegöl Devlet Hastanesi, Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi,Bursa Karacabey Devlet Hastanesi,Bursa Muammer Aşım Gemlik Devlet Hastanesi,Gürsu Cüneyt Yıldız Devlet Hastanesi,Büyükorhan İlçe Devlet Hastanesi Keles İlçe Devlet Hastanesi, Bursa Yenişehir Devlet Hastanesi, Bursa İznik Devlet Hastanesi,Orhaneli Devlet Hastanesi, Orhangazi Devlet Hastanesi, Mudanya Devlet Hastanesi, Bursa Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi,Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi,Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Araştırma Sorumluları (Adı-Soyadı/İmzası):

Prof. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN

Araştırma Yardımcıları (Adı-Soyadı/İmzası):

Araştırma Görevlisi Doktor Serap KATI,

Uzm. Dr. Fatma ÖZDEMİR,

Uzm. Dr. Aslıhan DURAK

Araştırma Görevlisi Doktor Gizem GİZLİ

Araştırma Görevlisi Doktor Yıldız ONGUN

Araştırma Görevlisi Doktor Çağlar Karpuz

Veri Toplama Aracı

1. ÇALIŞTIĞI KURUM:

2. YAŞ:

18-27 28-37 38-47 48-57 ≥58

3. CİNSİYET:

Erkek Bayan

4. MEDENİ DURUM:

Evli Bekar Boşanmış

5. ÇOCUK SAYISI:

0 1 2 ≥3

6. ACİL SERVİSTEKİ GÖREVİ:

Pratisyen Hekim Asistan Hekim Uzman Hekim

7. MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ :

0-1 yıl 2-5 yıl 6-10 yıl ≥ 11 yıl

8. ACİL SERVİSTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ:

0-1 yıl 2-5 yıl 6-10 yıl ≥11 yıl

9. AYLIK GELİR:

Yeterli Yetersiz

10. KRONİK HASTALIK :

Var Yok

11. SİGARA:

Var Yok

12. ALKOL:

Var Yok

13. SOSYAL ETKİNLİK:

Yeterli Yetersiz

14. SÖZLÜ VEYA FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZİYET:

Sözlü Fiziksel Sözlü ve Fiziksel Yok çok defa

15. YAPTIĞI İŞTEN MEMNUNİYETİ:

Çok memnunum Memnunum Kararsızım Memnun Değilim Hiç memnun değilim

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın gerçekleőmesi için gerekli koőulları sağlayan, tezin planlanmasında ve tamamlanmasında destek olan, eğitimim suresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli danıőman hocam Prof. Dr.Őule Akkőse Aydın'a ,asistanlık eğitimim suresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Erol Armaėan'a, Prof. Dr. őahin Aslan'a, Doç. Dr. Őzlem Kőksal'a ve Doç. Dr. Halil İbrahim ıkırıklar'a, Uzm. Dr. Fatma Őzdemir'e, Uzm. Dr. Aslıhan Durak'a, birlikte çalıőtığım değerli asistan arkadaşlarıma, bugūnlere gelmemdeki katkıları bŧyŧk olan ve hayatımın her anında yanımda olan canım anneme, varlığı ve desteği için her zaman őŧkrettiėim canım eőim, hayat arkadaşım Yalçın KATI'ya ve biricik oğlum Arslan'a içtenlikle teőekkŧr ederim.

ÖZGEÇMİŞ

23 Mart 1985 tarihinde Niğde'de doğdum. İlköğrenimimi Zafer İlkokulu'nda tamamladıktan sonra orta öğrenimimi Bor Akın Gönen Anadolu Lisesi'nde ve lise öğrenimimi Niğde Fen Lisesi'nde tamamladım.2003 yılında Gazi Üniversitesi'nde başlayan tıp eğitimimi 2010 yılında tamamladım. Mezuniyet sonrası mecburi hizmet yükümlülüğü kapsamında Ekim 2010'da Niğde Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak göreve başladım. 2012 Eylül tıpta uzmanlık sınavı ile kazandığım ihtisas eğitimime Bursa Uludağ Üniversitesi Acil Tıp kliniğinde başladım. 03.12.2012 tarihinden bu yana araştırma görevlisi olarak bu bölümde çalışmaktayım. Evliyim ve 4 yaşında bir erkek çocuğum var.

Dr. Serap KATI

Temmuz 2018