



AKSARAY İLİNDE MESLEK EDİNDİRME KURSUNA DEVAM EDEN KADINLARDA DEPRESİF BELİRTİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Frequency of depressive symptoms and related factors in women taking a vocational course in Aksaray

Arzu ÇELİK¹, Dilek ENER², Fevziye ÇETİNKAYA³

Özet

Kadınlarda depresif belirti görülme sıklığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve sunulması açısından önemlidir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın araştırma grubunu Aksaray ili meslek edindirme kursuna devam eden 585 kadın kursiyer oluşturmaktadır. Kursiyerlere 2017 yılı Mayıs ve Haziran aylarında sosyodemografik bilgileri ve ruhsal durumla ilgili sorular ile Genel Sağlık Anketi 12'lik formu ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde dağılımı, Ki kare testi, gerekli durumlarda ise Fisher kesin ki kare, Mantel Haenszel ki kare testi ve Yates düzeltmesi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır. Depresif belirti gösteren kadınların sıklığı %15,6'dır. Eşin öğrenim durumu, çocuk durumu, ailenin aylık gelir durumu, gelir düzeyi değerlendirmeleri, gelir-gider yeterliliği, antidepresan ilaç kullanımı, sigara kullanımı, maddi sıkıntı, çocuklar ile ilgili sorunlar ile ruhsal sağlık durumu ve depresyon belirti görülme durumu arasında anlamlı ilişki vardır. Kadınlarda depresif belirti görülme durumu aylık gelirini yeterli bulmayanlarda, antidepresan kullanmış veya kullananlarda, çocuklarıyla ilgili sorun yaşayanlarda daha fazla bulundu. Kadınlar arasında geçmişte ve çalışmanın yapıldığı esnada antidepresan ilaç kullananlar %23,9'dur. Yaşa göre ve ruhsal hastalık tanısı alma durumuna göre antidepresan ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişki saptandı. Antidepresan ilaç kullananların %11,4' ü ruhsal hastalık tanısı almamıştı. Kadınların gelir düzeylerinin artırılması ve aile içi özellikle çocuklarla yaşanan sorunların düzeltilmesi konusu ile ilgili farkındalık çalışmaları yapılması, kadınların emeğinin değer görmesi ve sabit gelir elde etmeleri, sosyal güvenliklerinin sağlanması depresif belirtilerin önlenmesi açısından koruyucu olabilir. Ruh sağlığını korumak ve uygunsuz antidepresan kullanımının önlenmesi oluşabilecek hastalıkların topluma getirdiği yükü önlemede etkili olacaktır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, depresif belirti, antidepresan ilaç.

Abstract

Determining the factors affecting the incidence of depressive symptoms in women is important for the planning and delivery of mental health services. The research group of this descriptive and cross-sectional study consists of 585 female trainees attending the vocational training course in Aksaray In May and June 2017, sociodemographic information and questions about mental status, General Health Questionnaire 12 form and Beck Depression Scale were applied to the trainees. In statistical analysis, number, percentage distribution, chi-square test, Fisher exact chi-square test, Mantel Haenszel chi-square test, Yates correction and logistic regression analysis were used when necessary. The rate of women showing depressive symptoms is 15.6%. There is a significant relationship between the education level of the spouse, the status of the children, the monthly income of the family, income level assessments, income-expenditure adequacy, antidepressant drug use, smoking, financial distress, problems with children, and mental health status and depression symptoms. The incidence of depressive symptoms in women was found to be higher in those who did not find their monthly income sufficient, those who used or used antidepressants, and those who had problems with their children. Among women, 23.9% used antidepressant medication in the past and at the time of the study. A significant correlation was found between the use of antidepressant medication according to age and the status of being diagnosed with a mental illness. 11.4% of those using antidepressant medication were not diagnosed with mental illness. Increasing the income level of women and making awareness studies on the issue of correcting the problems experienced in the family, especially with children, the value of women's labor and their steady income, and the provision of social security can be protective in terms of preventing depressive symptoms. Protecting mental health and preventing inappropriate antidepressant use will be effective in preventing the burden of diseases that may occur on society.

Keywords: Depression, depressive symptom, antidepressant drug.

- 1- Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye
- 2- Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye
- 3- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Dilek ENER

e-posta / e-mail: dilekenener.hs@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 08.04.2022, **Kabul Tarihi / Accepted:** 24.09.2022

ORCID: Arzu ÇELİK: 0000-0003-3953-2189, Dilek ENER: 0000-0002-0664-9973, Fevziye ÇETİNKAYA: 0000-0001-5590-7011

Nasıl Atf Yaparım / How to Cite: Çelik A, Ener D, Çetinkaya F. Aksaray İlinde Meslek Edindirme Kursuna Devam Eden Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Sıklığı ve Çeşitli Faktörlerle İlişkisi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(3):461-75.

Giriş

Depresyon, görülme sıklığı ve sebep olduğu yeti yitiminden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu ve birinci basamağa müracaat eden hastalarda en sık rastlanan tanılardan biridir (1). Kişinin yaşına, işine, gelir düzeyine, cinsiyetine, oturduğu yere, hangi ulustan ya da dinden olduğuna bakmaksızın her bireyde ortaya çıkabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde depresyon prevalansının %30 ile %54 arasında olduğu ve dünya genelinde 300 milyondan fazla kişide depresyon görüldüğü bildirilmektedir. Genel olarak kadınlarda, erkeklerden iki kat daha sık görülür (3,4). Sırasıyla kadın ve erkeklerde görülme sıklıkları %21,3 ve %12,7'dir (5). Depresyon ülkemizde de en sık görülen ruhsal sağlık sorunudur (6). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre kadınlarda %10,7 oranında görülmektedir. Depresyon, bireylerin sosyal uyumunu, hayata bakış açısını ve geleceği algılayışını da önemli ölçüde etkileyen bir durumdur.

Kadınların içinde bulunduğu sosyal statüsü, rolleri ve biyolojik etmenler depresyon gelişmesinde önemli yer teşkil etmektedir. Hormonal değişikliklerin yanında, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, baskılanma, toplumsal roller (ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler, ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülme nedenleri arasındadır (7,8). Kadının çalışma yaşamına girmesi, ev ve işteki yükümlülüklerinin artması ve bunları birlikte sürdürmeye

çalışması, kadında iki yönlü stres oluşturmaktadır. Hem iş hayatındaki mücadele hem de evde ev kadını olma rolü, kadınlarda strese neden olmaktadır. Kadının iş ve ekonomik kayıp yaşamaması, boşanmalar, eş kaybı, emeklilik durumu, aile içinde şiddet görme durumu, postpartum, premenstrual ya da premenapozal dönemlerde oluşu depresyon gelişmesinde önemli riskli dönemleri oluşturmaktadır (9). Kadınlarda ruhsal sağlığın iyi olması için sık görülen depresyonun risk etmenlerinin belirlenmesi, tanı ve tedavisinin zamanında yapılması önemlidir. Sağlıklı bireyler yetiştirebilmek için kadınların ruhsal sağlık durumlarının iyi olması toplumun sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Ruh sağlığını koruma, oluşabilecek hastalıkların topluma getirdiği yükü de önlemede en etkili yöntemdir. Psikiyatrik hastalıkların sağlık, sosyal ve ekonomik yükünü en aza indirmek için; ülkeler ruh sağlığı politikalarını oluştururken, önleme ve iyileştirme faaliyetlerine daha fazla önem vermelidir. Böylece ruh sağlığını iyileştirmekle, kişilerin fiziksel sağlığını artırma ve ekonomik ve sosyal yönden daha iyi bir toplum oluşturulması sağlanabilir (12). Yüksek mortalite ve morbidite oranları ile ruhsal hastalıklar içerisinde önemli yer tutan depresyon tedavi edilmemesi durumunda ciddi toplumsal sorunlara neden olmakta ve yüksek tedavi maliyetleri oluşturmaktadır (10).

Çalışmada Aksaray ilinde meslek edindirme kursuna devam eden kadınlarda depresif belirti görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel nitelikli olup bu çalışma ile Aksaray ilinde Aksaray Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü'ne bağlı meslek edindirme kursuna devam eden kadınlarda ruhsal sağlık durumu, depresif belirti görülme sıklığı ve çeşitli faktörlerle ilişkisi incelenmiştir. Çalışma yüksek

lisans tezinden türetilen iki çalışmadan biridir. Araştırmanın evrenini Aksaray ilinde Aksaray Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğüne bağlı meslek edindirme kursuna devam eden kadınlar oluşturmaktadır. Kursu kayıtlı 1000 kişi vardır. Kişilerin tamamına ulaşılmaya

çalışılmıştır. Kursa kayıtlı 18 yaş altı 164 katılımcı ile 18 erkek katılımcı araştırmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 12.07.2017 tarihinde 2017/154 nolu etik kurul onayı, Aksaray Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü'nden 15.02.2017 tarih ve 150.680.12.318/56 sayılı araştırma izni alınmıştır. Araştırma 2017 yılı Mayıs ve Haziran aylarında yapılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %71,51'dir. Kursa kayıtlı 818 kişiden 585'ine ulaşılmıştır. Araştırmada, sosyodemografik bilgileri içeren ve ruhsal durumla ilgili soruların bulunduğu anket ile 12 soruluk Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.

Sosyodemografik Bilgi Formu

Literatür taraması sonrasında hazırlanan sosyodemografik bilgi formu yaş, meslek, öğrenim durumu, medeni durum, aile yapısı, ailede yaşayan birey sayısı, ailenin aylık geliri, sosyal güvence durumu, ailenin aylık geliri, uzun süreli yaşanılan yer, genel olarak sağlık durumu, genel olarak ruhsal sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu, ruh sağlığı uzmanına gitme durumu, ruhsal hastalık tanısı, antidepresan ilaç kullanma durumu, ailede ruhsal hastalık varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli spor yapma durumu, düzenli hobi varlığı, genel olarak yaşantı ilişkileri, aile içi ruhsal durumu etkileyen durumlar soruları oluşturmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği -BDÖ

Katılımcıların depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 21 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde 0-3 arası bir puan alır ve ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmektir (11). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Hisli

tarafından 1988'de poliklinik hastalarında yapılan uyarılama çalışmasında, kesme (cut-off) puanları incelenmiş, 17 ve üstündeki puanların depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebileceği gösterilmiştir (12).

Genel Sağlık Anketi –GSA (General Health Questionnaire – GHQ)

GSA toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla Goldberg tarafından 1972'de geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin 12 soruluk türü kullanılmıştır. Her soru birkaç hafta içinde ki bedensel, ruhsal, sosyal işlevle ilgili belirtileri sorgular. Alınabilecek en yüksek puan "24" ve en düşük puan "0" dır. Ölçeğin kesme noktası iki olarak kabul edilmektedir. Ölçekten iki ve üzeri puan alanlar vaka olarak görülmektedir. GSA, geniş topluluklarda genel psikopatoloji düzeyini saptamak için ya da iki aşamalı çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılmaktadır. Kısa süreli hastalıklar ve anksiyete/depresyon spektrumundaki hastalıklara duyarlıdır. Türkçe geçerlilik – güvenilirlik çalışması 1996 yılında Kılıç tarafından yapılan ölçeğin duyarlılığının 0,74, özgüllüğünün 0,84 olduğu gösterilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde Computerize Statistical Package for Social Science (SPSS 15.0) İstatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, min-max değerler, çeşitli tanımlayıcı değişkenlere yönelik alt grup analizleri, çapraz tablolar yapılmış olup sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde 2*2 düzenlerde ve çok gözlü düzenlerde ki kare testi uygulanmıştır. Gerekli durumlarda ise fisher kesin ki kare, Mantel Haenszel ki kare testi ve Yates düzeltmesi yapılmıştır. Değişkenlerin depresif belirti görülme durumuna etkisini belirlemek amacıyla Logistik regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel önemi belirlemede $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma grubuna alınan kadınlarda ortalama yaş $38,0 \pm 11,9$ 'dur. Minimum yaş 18, maksimum yaş 69'dur. Tablo 1'de

araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır.

Tablo 1: Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri.

Özellikler (n=585)	Sayı	%
Yaş Grupları		
18-24 yaş	98	16,7
25-29 yaş	57	9,8
30-39 yaş	153	26,1
40-49 yaş	163	27,9
50 yaş ve üzeri	114	19,5
Meslek		
Ev hanımı	358	61,2
Emekli	38	6,5
Çalışıyor	95	16,2
Öğrenci	94	16,1
Medeni Durum		
Bekar	118	20,2
Evli	426	72,8
Eşinden Ayrılmış/ölmüş	41	7,0
Kadının Öğrenim Durumu		
Ortaokul ve altı	173	29,6
Lise	208	35,5
Üniversite ve üstü	204	34,9
Eşin Çalışma Durumu (n=431)		
Çalışmıyor	18	4,2
Emekli	68	15,8
Çalışıyor	345	80,0

Çalışmaya katılanların %15,9'u 18 yaş altı evlenmiş iken, %65,5'i 18-24 yaş arası, %17,2'si 25-34 yaş arası ve %1,2'sinin 34 yaş üzeri evlenmiş olduğu görülmüştür. Kadınların eşlerinin öğrenim düzeylerine bakıldığında, %24,4'ü en fazla ortaokul mezunu iken, %29,0'ı lise mezunu ve %46,6'sı en az üniversite mezunudur. Eşlerin %4,2'si işsiz iken, %15,8'i emekli ve %80,0'ı ise çalışmaktaydı.

Kadınların %90,7'sinin en uzun süreleri yaşadığı yer il merkezi iken, %6,6'sının ilçe merkezi ve %2,5'inin ise kasaba/köydür. %83,7'si çekirdek aile, %12,2'si geniş aile ve %4,1'i ise parçalanmış aile yapısına sahiptir. Kadınların %1,5'i tek

yaşıyor, %13,8'i 2 kişi yaşıyor, %54,7'si 3-4 kişi yaşıyor iken, %29,9'u ise 4 kişiden fazla aynı evde yaşamaktadır. Bunların sadece %0,2'sinin çocuğu yok iken, %17,4'ünün bir, %44,3'ünün iki ve %38,1'inin üç ve daha fazla çocuğu vardır.

Kadınlar gelir-gider durumlarını değerlendirdiklerinde, %43,1'i yeterli görmekte, %42,8'i orta derecede yeterli görmekte ve %14,4'ü yetersiz görmektedir. Evi kira olanların oranı 28,9 iken, %10,1'inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Kadınların %13,5'i genel sağlık durumlarını çok iyi olarak nitelemekte, %53,1'iyi, %31,3'ü orta, %1,7'si kötü ve %0,3'ü çok kötü olarak nitelemektedir.

Ruhsal sağlık durumları ile ilgili değerlendirmelerinde, %14,8'i çok iyi, %53,1'i iyi, %28,7'si orta, %3,0'ı kötü ve %0,1'i çok kötü olarak nitelemektedir.

Kadınların %27,7'si kronik hastalığı olduğunu belirtmişlerdir. En sık görülen kronik hastalık %29,6 ile hipertansiyon, %23,4 ile tiroit, %22,2 ile diyabet, %5,5'i migrendir. %19,1'inin ise başka bir kronik hastalığı vardır. Kadınların %29,0'u düzenli ilaç kullanıyor iken, %27,7'si ise Psikiyatri/Ruh sağlığı uzmanına gitmekte, %14,9'u ruhsal hastalık tanısı almıştı. Anti-depresan kullanmayan %76,1, geçmişte kullananlar %18,4, şu an kullananlar ise %5,5'dir. Kadınların %9,2'sinin ise ailesinde ruhsal hastalık/depresyonu olan birey vardı. Kadınlarda en sık görülen ruhsal hastalık tanısı %8,8 ile depresyondur.

Kadınların %82,0'i eşiyle yaşantısını iyi, %87,3'ü yakın aile yaşantısını iyi, %85,0'ı iş yaşantısını iyi ve %92,6'sı arkadaş/komşu/dost yaşantısını iyi olarak tanımlamışlardır.

Anti-depresan ilaç kullanma sıklığı açısından yaş grupları arasında fark bulundu ($\chi^2=26,40$; $p<0,001$). Anti-depresan ilaç kullanma sıklığı, 18-24 yaş grubunda %8,2, 25-29 yaş grubunda %14,0, 30-39 yaş grubunda %24,2, 40-49 yaş grubunda %28,8 ve 50 yaş ve üzerinde ise %35'dir.

Araştırma grubunun genel sağlık anketi (GSA) puan 0-11 arasında değişmekte olup, ortalaması 1,33, $\pm 2,42$, ortancası 1,59 puandır. GSA'dan iki ve üzeri puan alan kursiyerlerin ruhsal sağlık durumu kötü olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %66,9'u 0-1 puan, %33,1'i ise iki ve üzeri puan almıştır. Kursiyerlerin %84,4'ünün Beck depresyon puanı 17 puanın altında, %15,6'sının ise puanı 17 ve üzeri puan olup depresif belirti görülme durumu mevcuttur.

Araştırma grubunda ruhsal sağlık durum bozukluğu sıklığı %33,1, depresif belirti görülme sıklığı ise %15,6'dır. Araştırma grubunda depresif belirti görülme sıklığı ise %15,6'dır.

Tablo 2: Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre depresif belirti görülme durumu.

Özellikler (n=585)	Depresif Belirti Görülme		
	n	Sayı	%
Yaş Grupları			
18-24 yaş	98	19	19,4
25-29 yaş	57	7	12,3
30-39 yaş	153	22	14,4
40-49 yaş	163	25	15,3
50 yaş ve üzeri	114	18	15,8
		$\chi^2=1,73$; $p=0,784$	
Meslek			
Ev hanımı	358	55	15,4
Emekli	38	5	13,2
Çalışıyor	95	9	9,5
Öğrenci	94	22	23,4
		$\chi^2=5,21$; $p=0,156$	
Medeni Durum			
Bekar	118	25	21,2
Evli	426	58	13,6
Eşinden Ayrılmış/ölmüş	41	8	19,5
		$\chi^2=4,56$; $p=0,102$	

Öğrenim Durumu			
Ortaokul ve altı	175	35	20,1
Lise	207	29	14,0
Üniversite ve üstü	205	27	13,2
		$\chi^2=4,13; p=0,126$	
İlk Evlilik Yaşı(n=467)			
17 yaş ve altı	75	10	13,3
18-24 yaş	305	42	13,7
25-34 yaş	81	14	17,2
35 ve üzeri yaş	6	1	16,6
		$\chi^2=0,74; p=0,863$	
Genel	585		15,6

Kadınların yaş gruplarına, mesleklerine, medeni durum, öğrenim durumları ve ilk evlilik yaşlarına göre depresif belirti görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0,784$, $p=0,156$, $p=0,102$, $p=0,126$, $p=0,863$).

Araştırma grubunun en uzun süreli yaşadığı yer, aile yapısı ve ailede yaşayan kişi sayısına göre depresif belirti görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0,56$; $p=0,453$, ($p=1,77$; $p=0,412$, $p=0,360$; $p=0,947$).

Tablo 3: Araştırma grubunun eş ile ilgili özelliklerine göre depresif belirti görülme durumları.

Özellikler	n	Depresif Belirti Görülme	
		Sayı	%
Eşin Çalışma Durumu			
İşsiz	18	5	27,8
Emekli	68	10	21,4
Çalışıyor	345	45	14,7
		$\chi^2=3,14; p=0,207$	
Eşin Öğrenim Durumu			
Ortaokul ve altı	105	28	26,6
Lise	125	15	12,0
Üniversite ve üstü	201	17	8,4
		$\chi^2=20,39; p=0,001$	
Çocuk Durumu			
Çocuk yok	30	28	30,1
Çocuk var	437	63	14,4
		$\chi^2=106,46; p=0,001$	
Çocuk Sayısı			
1 çocuk	76	10	15,1
2 çocuk	194	28	16,8
3 çocuk ve üzeri	167	25	17,6
		$\chi^2=0,14; p=0,932$	

Araştırma grubunda eşin meslek durumu bakımından depresif belirti görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır ($p=0,311$). Eşin öğrenim durumu bakımından depresif belirti görülme durumlarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,001$). İstatistiksel olarak fark ortaokul ve altı eğitime sahip olan gruptan kaynaklanmaktadır. Çocuk durumuna göre depresif belirti görülme durumlarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,001$). Çocuk sayısına göre ise farklılık bulunmamıştır ($p=0,110$).

Araştırma grubunda evin kira durumu bakımından depresif belirti görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır ($p=0,957$). Ailenin aylık gelir durumu bakımından ve gelir düzeyini kendi değerlendirmesine depresif belirti görülme durumlarında anlamlı fark bulunmaktadır (sırasıyla $p=0,036$, $p=0,029$).

Araştırma grubunun kronik hastalık varlığına göre depresyon görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır ($p=0,740$).

Tablo 4: Anti-depresan kullanımı ve ailede ruhsal hastalık /depresyon varlığına göre depresif belirti görülme durumları.

Özellikler (n=585)	n	Depresif Belirti Görülme	
		Sayı	%
Anti-depresan Kullanımı			
Yok	445	49	11,0
Var	140	42	30,0
$\chi^2=32,80$; $p=0,001$			
Ailede ruhsal hastalık /depresyon			
Yok	531	78	14,6
Var	54	13	24,0
$\chi^2=2,61$; $p=0,106$			

Araştırma grubunun sigara kullanım durumuna göre depresif belirti görülme durumları bakımından farklılık bulunmaktadır ($p=0,004$). Sigara kullanan kadınların %26,1'inde, sigara kullanmayanların ise %13,6'sında depresyon görülme durumu mevcuttur. Alkol kullanım durumuna göre depresif belirti görülme durumları bakımından farklılık bulunmamaktadır ($p=0,492$).

Düzenli spor yapma durumuna göre depresif belirti görülme durumları bakımından fark bulunmaktadır ($p=0,012$). Düzenli spor yapan kadınların %9,2'sinde, düzenli spor

yapmayanların ise % 18,0'ında depresif belirti görülme durumu mevcuttur.

Hastalık ve engellilik nedeniyle bakım gerektiren aile bireyi, eş/anne/baba/çocuk ölümü, aile içi şiddet, göç ve diğer durumlar bakımından depresif belirti görülme durumları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Maddi sıkıntı ve çocuklar ile ilgili sorunlar bakımından depresif belirti görülme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 5: Değişkenlerin depresif belirti görülme durumuna etkisi.

Değişkenler	Depresif Belirti Görülme OR (% 95 GA)	p
Yaş grubu		
18-24	1	
25 ve üzeri*	3,24 (0.17-61.52)	0,434
Meslek		
Ev hanımı	1	
Emekli	2,32 (0.59-9.09)	
Çalışıyor	0,55 (0.15-1.99)	0,415
Öğrenci	1.79 (0.19-16.71)	
Öğrenim durumu		
Ortaokul ve altı	1.24 (0.50-3.08)	
Lise ve üzeri	1	0,647
Eşinin öğrenim durumu		
Ortaokul ve altı	1.44 (0.60-3.50)	
Lise ve üzeri	1	0,415
Gelir düzeyi		
İyi	1	
Kötü	1.83 (0.78-4.30)	0,164
Ailenin aylık geliri		
Asgari ücret	1.58 (0.56-4.44)	
Asgari ücretin altında	3,56 (0.62-20.46)	0,339
Asgari ücretin üstünde	1	
Aylık gelir yeterliliği		
Yeterli değil	4.36 (1.17-16.30)	
Yeterli	1	0,029
Antidepresan kullanımı		
Hiç kullanmamış	1	
Geçmişte/şuanda kullanma	3.78 (1.70-8.41)	0,001
Ailede ruhsal hastalık/depresyon		
Yok	1,11 (0.38-3.21)	
Var	1	0,852
Sigara		
Hiç içmemiş	1	
Bırakmış/halen içmekte	1,99 (0.86-4.60)	0,107
Düzenli spor		
Düzenli spor yapmıyor	2,18 (0.80-5.93)	
Düzenli spor yapıyor	1	0,127
Düzenli hobi		
Düzenli hobisi yok	1,16 (0.52-2.60)	
Düzenli hobisi var	1	0,712
Maddi sıkıntı		
Yok	2,20 (0.74-6.55)	
Var	1	0,157
Eş/anne/baba/çocuk ölümü		
Yok	1	
Var	1,16 (0.47-2.88)	0,744
Çocuklarla ilgili sorun		
Yok	1	
Var	3,30 (1.45-7.50)	0,005
BKİ		
Obez değil	2,42 (0.99-5.91)	
Obez	1	0,052
GSA		
Normal değer	1	
Şüpheli değer	11,15 (4.87-25.52)	0,001

Depresif belirti görülme durumu aylık gelirini yeterli bulmayanlarda 4.4 kat, geçmişte yada şuanda antidepresan kullananlarda 3.8 kat,

çocuklarıyla ilgili sorun yaşayanlarda 3.3 kat ve GSA anketi ile 2'den düşük puan alanlarda 11.2 kat fazla bulunmuştur.

Tartışma

İlerleyen çağla birlikte gelişen teknoloji, kırsaldan kentsel yaşama geçiş, geniş ailelerin yerini bireysel yaşama bırakması, ekonomik sıkıntıların yanında işyerlerinde uygulanan mobbing, akran zorbalığı, kadına ve insana yönelik şiddetin artması toplumda bireylerde depresif belirti görülme sıklığını arttırmaktadır. Ayrıca kadınlar üzerindeki ağır sorumluluk ve stres, kadınlarda benlik saygısında azalma ve depresif belirtiler gibi rahatsızlıklara sebebiyet vermektedir (13, 14). Araştırmamıza katılan kadınların depresyon puan durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında Beck depresyon puanı 17 puan ve üzeri olup depresif belirti görülme sıklığı %15,6'dır. Araştırmamıza katılan kadınlardan ruhsal sağlık durum bozukluğu olanların %38,1'inde depresif belirti görülme durumu mevcuttu. Çeşitli çalışmalarda depresyon belirti sıklığı her kültürde farklı oranlarda bulunmuştur (15). Diğer bir çalışmada yaşam boyu majör depresyon prevalansı %17 olarak bildirilmiştir (13). Yine aynı çalışmada bir yıllık süre içerisinde toplumun % 10,3'ünde majör depresyon saptanmıştır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada tüm katılımcıların % 40,1'inin orta ve şiddetli depresif belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir (14). Adana'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan araştırmada %22,8 Trabzon ilinde % 32,9, Manisa'da %14,7, İzmir'de ise %25,8 olarak bulunmuştur (1, 17). Araştırma grubumuzda bulunan 18-69 yaş arası kadınlarda ise depresif belirti görülme sıklığı ise %15,6'dır. Depresyon için bildirilen farklı yaygınlık oranları; birbirinden farklı örneklem grupları ile çalışılması, değişik ölçütlerin kullanılması ve farklı tanı araçlarının kullanılmasına ve kullanılan tanı kriterlerine göre de değişiklikler göstermektedir. Çalışmamızda depresif belirti görülme oranının düşük olması, meslek edindirme kursunda çeşitli kurslara

devam etmeleri ve bu sebeple sosyal ortamda bulunmaları nedeniyle olabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 38,03±11,94 olması, 40 yaş üstü bireylerin fazla olmasına rağmen depresif belirti görülme %19,4 ile en fazla 18-24 yaş grubundadır. ABD'de yapılan Ulusal Alan Tarama Çalışması'nda kadınlarda majör depresyonun 12 aylık yaygınlık oranının en yüksek olduğu dönemin doğurganlık yılları olduğu saptanmıştır. İlk depresif atak sıklıkla östrojen düzeylerinin ilk kez yükseldiği puberte ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Yapılan başka çalışmalarda kadınlarda majör depresyonun ilk kez ortaya çıkması ya da yinelenmesi açısından en riskli iki dönem doğum sonrası ve menopoza geçiş dönemleri olduğu hormonal değişimlerin sık yaşandığı dönemlerde depresif belirtilerinde arttığı bildirilmektedir (5, 7, 8).

Çalışmamızda kadınların medeni duruma göre depresif belirti görülme durumlarında farklılık bulunmamaktadır. Farklı çalışmalarda evlilerde ya da bekarlardaki depresif sıklığı daha yüksek bulunabilmiştir (3). SB'nin çalışmasında ise depresif nöbetin yaygınlığı boşanmış ve dul olanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur (18). Altmış üç çalışmanın dahil edildiği derlemede de ayrılmış/boşanmış medeni durum ve kadın cinsiyette olanlarda depresyon riski daha fazla bulunmuştur (19). Araştırmamızda depresif belirti görülme sıklığı eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlarda %19,5, bekârlarda %21,2 bulunmuştur. Evlilerde ise depresif belirti görülme sıklığı % 13,6 olup, literatüre benzer şekilde en fazla (%25) parçalanmış aile yapısına sahip olanlarda görülmektedir. Depresyonun gelişmesinde aile yapısı önemli olup aile bütünlüğü ruhsal sağlığın korunmasında etkilidir ve ruhsal sağlığın iyi olması için aile bütünlüğünün devamlılığı koruyucu işlev

görebilmektedir (20).

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayanlarda depresif belirti görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksektir ancak çocuk sayısı anlamlı farklılığa neden olmamıştır. Koropeckyj-Cox ve ark. ise çocuk sahibi olmayan evli kadınlarla, çocuk sahibi olan evli kadınlar arasında bir fark bulmazken, çocuk sahibi olmayan bekâr kadınların daha fazla oranda depresyon ve yalnızlık düzeyine sahip olduklarını rapor etmişlerdir (21). Yapılan başka çalışmada evdeki çocuk sayısının artmasıyla depresyon görülme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (22). Özyurt ve ark.'larının çalışmasında ise çocuk sahibi olma ile ruhsal bozukluk arasında ilişki bulunmamıştır (1). Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır (23). Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon gelişebilmektedir. Bazı çalışmalarda ise depresyon evli ve çocuk sayısı fazla olan kadınlarda daha sıktır (17). Çocuk sayısının artmasıyla kadınlar kendilerine daha az zaman ayırmakta, uykusuzluk, eş ile duygusal ilişkilerde kopukluk ve kadınlarda negatif duygu durumu gelişebilmektedir. Annelik ve eş olma gibi rollere verilen önemin fazla olmasından kadının ilişkisinde yaşadığı negatif durum olumsuz etki yapmakta olup kadınların kendileri ya da başkaları ile ilgili gereksinimlerini karşılamada çatışmaya itmektedir (24). Depresif belirti görülme oranı en yüksek çocuğu olmayanlarda olup oran % 30,1'dir. Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanlarda ise depresif belirti görülme durumu en yüksek olup oran % 17,6'dır. Araştırmamızın sonuçları literatürle benzerdir.

Ailenin aylık gelir durumu bakımından ve gelir düzeyini kendi değerlendirmesine depresif belirti görülme durumlarında anlamlı fark bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük, gelir getiren bir işte çalışmayan, işsiz kadınlarda depresyonun daha sık olduğu saptanmıştır (25, 26). Uçman, psikiyatri kliniğinde yaptığı bir çalışmada kadın, bekâr ve işsiz olanların daha büyük tehlike altında olduklarını belirlemiştir (27). Genellikle, çalışmak özellikle kadınların

psikolojik sağlıklarını olumlu etkilemektedir. Dökmen, çalışmayanların çalışanlara oranla daha depresif olduklarını bulmuştur (28). Kişinin çalıştığı iş yerinde yeni bir şeyler oluşturması, toplumda kariyer elde etmesi, kendini ise yarar hissetmesi onun psikolojik sağlığını olumlu açıdan etkilemektedir. Ayrıca ekonomik anlamda kendini bağımsız görmesi ve bu sayede kendini toplumda kabul ettirebilmesi kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda gelir getiren bir işte çalışmama, sosyoekonomik düzeyin düşük olması ev hanımı olma durumlarının depresyon gelişmesini artırmaktadır. Sivas'ta yapılan başka bir çalışmada ise depresif bozukluk durumu en fazla ev kadınlarında bulunmuştur. Ev hanımların da 33,0, öğrencilerde ise %43,6'dır. BDÖ'ye göre meslek durumları arasında da istatistiksel olarak fark olmasa da depresyon görülme durumu en az çalışanlarda %9,5'olup, en fazla ise %23,4 oranla öğrencilerdedir. (29). Doğan ve Güleç'te yaptıkları çalışmalarda depresyonu en yüksek düşük gelir düzeyine sahip olanlarda bulmuşlardır. Hem çalışan evli kadınlar hem de ev kadınlarındaki psikolojik belirtilerle ilişkili en önemli parametrenin aile geliri olduğu düşünülmektedir (30). Yapılan çalışmalarla düşük sosyoekonomik düzeyin ruhsal bozukluk için risk oluşturduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızda depresif belirti görülme durumu aylık geliri asgari ücret ve asgari ücretin altında olanlarda %22,4-%21,2, gelir düzeyi orta, kötü-çok kötü olanlarda %19,0-%28,6, gelir gider yeterliliğine göre orta derece yeterli ve yetersiz olanlarda %16,8-%20,4'tür. Sonuç olarak araştırmaya katılan kadınlarda gelir düzeyi düşük olanlarda daha yüksek bulunmuş olup literatürle benzerdir.

Depresif belirti görülme durumu ile kronik hastalık durum değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak fark anlamlı olmasa da oran %16,6'dır. Yapılan bir çalışmada kronik hastalıkları veya çoklu morbiditesi olan bireylerin depresyona girme olasılığı önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur (31).

Pakistan'da 2014 yılında diyabet kliniğinde yapılan bir çalışmada araştırmaya

katılanların % 55,5'i depresyon geçirdiği bulunmuştur (32). Türkiye'de diyabet sıklığı 8 yılda % 7,2'den % 13,7'ye yükselmiştir (33). Diyabetli hastalarda depresyon prevalansı, diyabetin cinsine, cinsiyete ve yaşadığı koşullara göre değişebilir. Diyabet ciddi ve önemli bir durum olmakla birlikte, depresyonun daha iyi yönetilmesi ve iyi bilinen yıkıcı sonuçların önlenmesi, koşulların iyileştirilmesi için tanınması gerekir. Yapılan bir olgu kontrol çalışmasında depresif hastalarda hipertansiyon sıklığı, depresyon olmayanlara göre 1,2 kat daha fazla bulunmuştur (34). Yapılan bir başka çalışmada ise depresyonun hipertansiyon ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (32). Araştırmamıza katılan kadınlardan hipertansiyon hastalığı olan kadınlarda depresif belirti görülme oranı ise %18,7'dir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerdir. Araştırmamıza katılan kadınlarda en sık görülen üç kronik hastalıktan biri tiroid hastalığıdır. Endokrinoloji polikliniklerinde yapılan çalışmada cinsiyetlere göre anksiyete ve depresyon skorları incelendiğinde; kadın hastalarda hem anksiyete hem de depresyon skorları açısından kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik bulunmuştur (35). Hipotiroidi psikiyatrik sorunların çok sık görüldüğü endokrin bozukluktur. Hipertiroidide de en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (36).

Araştırma grubunun sigara kullanım durumuna göre depresif belirti görülme durumları bakımından farklılık bulunmaktadır. Sigara kullanan kadınların %26,1'inde, sigara kullanmayanların ise %13,6'sında depresyon görülme durumu mevcuttur. Sigara içiciliği daha önce depresyon öyküsü olanlarda ve halen depresyonda olanlarda depresyonu olmayanlara göre 2 kat daha yüksek bulunmuştur (37). Depresyon ve anksiyete belirtileri olan kişiler daha fazla sigara içme eğiliminde olduklarından, tütün kullanımı da bir risk belirteci olabilir. Ayrıca tütünün neden olduğu oksidatif stres depresyon gelişimine katkıda bulunabilir (38). Çalışmalar depresyona tütün kullanımının neden olup olmadığını bildirmemekle beraber

depresyonun genellikle tütün kullanımı ile sonuçlandığını, nikotinin antidepresan özelliği olduğu yönünde kanıtların olduğu bildirilmektedir. Sigara içenlerde depresyon görülme sıklığı sigara içmeyenlere göre daha yüksek bulunmaktadır (39). Sonuç olarak yapılan çalışmalarda sigara ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Araştırmamıza katılan kadınlarda sigara kullananlarda depresif belirti görülme durumu ise %26,1'dir. Araştırmamızın sonucunda depresif belirti görülme durumu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel ilişki olup araştırma sonuçlarımız literatürle benzerdir.

Düzenli spor yapma durumuna göre depresif belirti görülme durumları bakımından fark bulunmaktadır. Düzenli spor yapan kadınların %9,2'sinde, düzenli spor yapmayanların ise % 18,0'ında depresif belirti görülme durumu mevcuttur. Düzenli fiziksel aktivitenin bireylerin fiziksel sağlığını artırıp kronik hastalıklar korunma ve aynı zamanda ruhsal sağlıklarını da korumada etkili olduğu bildirilmektedir (40). Araştırma sonuçlarımız literatürle benzer bulunmuştur.

Hastalık ve engellilik nedeniyle bakım gerektiren aile bireyi, eş/anne/baba/çocuk ölümü, aile içi şiddet, göç ve diğer durumlar bakımından depresif belirti görülme durumları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çocuklar ile ilgili sorunlar bakımından depresif belirti görülme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar major depresyon hastalarının birinci derece yakınlarında depresyon görülme riskinin 2-4 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (18). Aynı zamanda literatürde bakım verenlerin gizli hastalar olarak tanımlandığı ve bakım veren ailelerin yaşadıkları uzun süreli stresle etkili bir şekilde baş edememelerinin sonucu olarak ruhsal sağlık durumlarında bozulma yaşadıkları belirtilmektedir (41). Yapmış olduğumuz çalışmada kadınlarda ailesinde ruhsal hastalık/depresyon olanlarda depresif belirti görülme oranı %24,0'dır. Ailesinde hastalık ve engellilik nedeniyle bakım gerektiren aile bireyi varlığı olanlarda ise depresif belirti görülme durumu %19,5'tir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %11,4'ü ise ruhsal hastalık tanısı almadan antidepresan ilaç kullandığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılan ruhsal hastalık tanısı alan kursiyerlerin antidepresan ilaç kullanım

durumları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır. Antidepresanlar majör depresyonu olanların üçte biri ve minör depresyonu olanların beşte biri tarafından kullanılmaktadır (42).

Kaynaklar

1. Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21.
2. WHO, *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*, (2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/MSD-MER-017.21eng.pdf>
3. Köroğlu E. *Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?*, Beşinci Baskı Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2017.
4. Güleç C. *Toplum Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Ed: Gülerç. Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 3.Cilt. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012: 1822-27.
5. Noble RE. *Depression in Women, Metabolism*; 2005; 54 (5 Suppl 1): 49-52.
6. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, (1998) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
7. Ross E, Burström B, Saastamoinen P et al. *A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden*. *Social Science Medicine* 2005; 60: 2443-51.
8. Mc Farland GK, Thomas MD *Psychiatric Mental Health Nursing Application of The Nursing Process*. London: Lippincott Company 1991;841-57.
9. Chandra PS Chaturvedi SK: *Cultural variations in premenstrual experiences Volume 32, Issue 3*, 1991: 349-51.
10. Olchanski N., McInnis Myers M., Halseth M., Cyr PL., Bockstedt L., Goss TF., Howland RH. *The economic burden of treatment-resistant depression*. *Clinical therapeutics*, 2013;35(4):512-22.
11. Hisli N, "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği", *Psikoloji Dergisi* 1989;23: 3-13.
12. Hisli N, *Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma*, *Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22): 118-26.
13. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al. *Sex and depression in the National Comorbidity Survey. 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence*, *J Affect Disord* 1993;29: 85-96.
14. Güleç C. *Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji*, (Ed: Bertan M, Akın L). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Hacettepe Üniversitesi Vakfı Yayını, Ankara, 2006.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*, Yayın No : 847. ISBN : 978-975-590-391-0 Sağlık Bakanlığı, Ankara; 2011.
16. Onal AE, Tümerdem Y, Ari D. *Investigation of Depression Prevalence in the Population of 4 Years Old and Above with Beck Depression Inventory in Halkah-Istanbul and Evaluation of the Internal Consistency of the Inventory*. *Turkiye Klinikleri J Med Res* 2001;19(2):94-9.
17. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. *On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki*, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:208-19.
18. Doğan O, Bölüm 19: *Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi*.1.Baskı. Sivas: Esform Ofset: 2011:267-83.
19. Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. *Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review*. *Braz J Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;42(6):657-672. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0650. PMID: 32756809; PMCID: PMC7678895.
20. Toros F, Bilgin NG, Aile Boşanma ve anne baba ölümünün çocuk üzerindeki etkileri, 38. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Marmaris Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı*, s 200-201. Ekim 2002, Marmaris.
21. Koropecykj-Cox T, Pienta AM, Brown TH, *Woman of the 1950s and 'normative'life*

- course: the implications of childlessness, fertility timing, and marital status for psychological well-being in late midlife. *IntJ Aging Hum De.* 2007;64:299-330.
22. Barnow S, Linden M, Lucht M. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders, *J Aff Dis* 2002;72:71-8.
23. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, *STED*, 2006;15(9):134-38.
24. Ralpmund V. and Moore C. Women's stories of depression: A onstructivist approach. *South African Journal of Psychology* 2000;28(10): 602-14.
25. Lee L, Casanueva C, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *Journal of Women's Health* 2005;14:225-32.
26. Ertan T Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62:25-30.
27. Uçman P. Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar, *Psikoloji Dergisi* 1990 27-35.
28. Dökmen ZY. Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadında Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnancı ve Cinsiyet Rolü; *Türk Psikoloji Dergisi* 2003;16-32.
29. Oral B, Borlu A, Ener D, Günay O. Tıp Fakültesi İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Depresif Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2021;6(1):46-59.
30. Çilli A, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R, Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması; *Genel Tıp Dergisi* 2004:13-21.
31. Jiang CH, Zhu F, Qin TT. Relationships between Chronic Diseases and Depression among Middle-aged and Elderly People in China: A Prospective Study from CHARLS. *Curr Med Sci.* 2020 Oct;40(5):858-870. doi: 10.1007/s11596-020-2270-5. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33123901.
32. Sughra U, Umran M, Co-morbid depression in individuals with type 2 diabetes mellitus. *J Pak Med Assoc* 2018;68(1):109-11.
33. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yılmaz T, Cakir B, Tuomilehto J, TURDEP-II Study Group Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013;28(2):169–80.
34. Hipertensión y Riesgo Vascular Volume 34, Issue 2, April–June 2017, Pages 65-71 (Hipertens Riesgo Vasc. 2017 Apr - Jun;34(2):65-71. doi: 10.1016/j.hipert. 2016.11.001. Epub 2016 Dec 27. Nutritional intake, depressive symptoms and vitamin D status in hypertensive patients in the north of Iran: A case-control study. Salari A1, Mahdavi-Roshan M2, Hasandokht T3, Gholipour M1, Soltanipour S4, Nagshbandi M1, Javadzadeh A1.
35. Yarpuz YM, Aydoğan Ü, Sarı O, Aydoğdu A, Üçkaya G, Fenercioğlu A, Yarpuz DA, Sağlam K.; Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Tiroid Replasman Tedavisinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi; *Klinik Psikiyatri* 2009;12:180-87.
36. Patten SB, Williams JV, Esposito E, et al Self –Reported Thyroid disease and mental disorder prevalence in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(6): 503-8.
37. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. A population prevalence-based study *JAMA.* 2000;284:2606–10.
38. Bortolasci CC, Vargas HO, Souza-Nogueira A, Barbosa DS, Moreira EG, Nunes SO, Berk M, Dodd S, Maes M. Lowered plasma paraoxonase

- (PON)1 activity is a trait marker of major depression and PON1 Q192R gene polymorphism-smoking interactions differentially predict the odds of major depression and bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2014 Apr;159:23-30. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.018. Epub 2014 Feb 19. PMID: 24679385.
39. Ünsal A, Tözün M, Relationship between smoking and depression among adult men in a rural area in west of Turkey. *TAF Prev. Med. Bull* 2014;13(4):273-80.
40. Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(4):583-94.
41. Bademli K. ve Duman Z.Ç. Şizofreni Hastalarının Bakımverenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5(4):461-78.
42. Guo N, Robakis T, Miller C, Butwick A. Prevalence of Depression Among Women of Reproductive Age in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar 8.