

KADINLARDA DEPRESYONUN YAYGINLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

F. Rabia ÖNEN*, Cem KAPTANOĞLU**, Güiten SEBER***

GİRİŞ

Psikiyatri alanında, 1970'lerden başlayarak, genelde ruhsal bozuklukların, özelde depresif bozuklukların görülme sıklıkları ve risk faktörleri ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar hızla artmaktadır (1, 2, 3) Ülkemizde de 1975'lerden sonra bu alandaki çalışmaların arttığı görülmektedir

Ülkemizde yapılan alan araştırmaları toplum içinde psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal bozuklukların, % 20'nin üzerinde yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir (4, 5) Ruhsal bozukluklar içinde duygudurum bozuklukları ve özellikle depresif bozukluklar en sık görülenlerdir (6, 7) Ülkemizde ve hemen hemen tüm dünyada yapılan çalışmalar bu bozukluğun, toplum içindeki prevalansının % 10 gibi yüksek düzeylerde olduğunu göstermektedir. Bu konudaki epidemiyolojik çalışmaların ortak sonucu "gerek depresif belirtilerin, gerekse klinik düzeyde bir hastalık olarak depresyonun prevalans hızları kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha yüksektir" (1, 6,18)

Depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın oluşunu biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlere dayanarak açıklayan çeşitli görüşler vardır. Kadına özgü genetik ve endokrin özellikleri kapsayan biyolojik etkenler incelendiğinde, kadın-

larda postpartum ve premenstruel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hormonların ve doğurganlığın depresyonu etkilediği gösterilmiş olup, hastalığın X kromozomuna bağlı kalıtsal geçiş gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir (6, 9, 13, 19) Kadınların ruhsal sorunları için daha kolay yardım isteyebilmeleri, çevresel etkiler, kadınların üstlendiği ya da onlara verilen toplumsal roller, depresif bozukluğun prevalansında görülen kadın-erkek farklılığı bağlamında tartışılmıştır (8, 9, 15, 20) Ayrıca kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinde, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesine karşı bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ve toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolü ile birlikte sorumlu tutulmuştur (8)

AMAÇ

Bu çalışma, Eskişehir ili merkezinde, kadınlarda primer depresyonun yaygınlığını saptamak ve primer depresyon ile sosyodemografik risk etkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır

Çalışmamızla ilgili varsayımlarımız şunlardır

- 1- Ev kadınlarında, çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda primer depresyon olması beklenir
- 2- Dul olan kadınlarda, bekarlara ve evlilere göre primer depresyon oranlarının daha yüksek olması beklenir

* Dr. Osmangazi Ün. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Eskişehir

** Doç. Dr. Osmangazi Ün. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Eskişehir

*** Doç. Dr. (Psk.) Osmangazi Ün. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Eskişehir

- 3- Küçük yaşta (20 yaş altında) evlenenlerde, primer depresyon oranlarının daha yüksek olması beklenir.
- 4- Çocuk sayısı arttıkça primer depresyon oranlarında artış beklenir.
- 5- Eğitimi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, primer depresyon oranlarının daha yüksek olması beklenir.
- 6- Çocukluk döneminde aile içi şiddet olanlarda, primer depresyon oranlarının daha yüksek olması beklenir.
- 7- Evlilik uyumsuzluğu ve cinsel sorunların, primer depresyon oranlarını arttırması beklenir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evreni, Eskişehir il merkezinde 17-65 yaş grubundaki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçimi, küme örneklem yöntemine göre yapılmıştır. Bu yöntemle göre: Eskişehir il merkezindeki 3 mahallenin 3 anacaddesi ve bu caddeleri kesen 2'şer sokaktaki haneler 3'er atlanarak taranmıştır. Toplam 700 kadın araştırmaya alınmıştır. Kadınların seçiminde, araştırmaya katılmayı kabul etmeleri, uygulanan ölçek yönergelerini anlamaları, iletişim kurmamızı engelleyecek boyutlarda fiziksel ve mental bir engellerinin olmaması esas alınmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak "anket formu" ve "Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği" (Diagnostik Interview Schedule-DIS) kullanıldı.

Bölümümüzce geliştirilen 28 soruluk anket formu, deneğin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aile yapısı, gelir düzeyi, şu andaki ve geçmişteki organik, psikiyatrik hastalık öyküsü vb. bilgileri kapsıyordu. Ayrıca form içinde, deneklerin evlilik uyumlarını bazı yönlerden belirlemek amacıyla düzenlenmiş 3 soru da bulunmaktaydı.

Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostik Interview Schedule-DIS): 1980'de ABD'de Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi ve NIMH işbirliği ile Robins ve arkadaşları tarafından epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. DIS, DSM-III tanı kriterlerinin varlığını değerlendirmek için yapılandırılan bir soru listesi içerir (21). Alan taramalarında, klinisyen olmayan kişilerin de görüşmecisi olarak kullanılabildiğini sağlamak amacıyla yapılandırılmış bir ölçek olan DIS, DSM-III, RDC ve Feighner tanı kriterlerine göre uyarlanmıştır (10, 21, 23).

DIS'de major depresif bozukluk tanı ölçüt belirtileri: depresif miyaz (duygu durumu), iştah ve kilo değişimleri, uyku bozukluğu, yorgunluk, motor davranış bozukluğu, cinsel ilgi azalması, değersizlik, düşünce yavaşlaması, ölüm düşünceleri olmak üzere 9 kategoride toplanmıştır. Major depresif bozukluk için 9 tanı ölçüt belirti kategorisinden en az 5 tanesine "5" kodu ile olumlu yanıt alınması halinde "primer depresyon" tanısı konulmaktadır. Organik ve/veya başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak 9 tanı ölçütü belirti kategorisinden en az 5 tanesine "5" kodu ile olumlu yanıt alınması halinde "sekonder depresyon" tanısı konulmaktadır (21, 24). Dünyada bir çok araştırmada kullanılan DIS, ülkemizde de dilimize çevrilmiştir (24) ve bazı epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmıştır (25, 27).

Nokta prevalans saptamak amacıyla şu anda bulunan bir depresif nöbet arandığından, uygulama sırasında, belirtilerin son bir ay içinde bulunup bulunmadığı sorulmuştur.

Uygulama, Eskişehir il merkezinde 1994 yılı Nisan-Mayıs aylarında bir psikiyatri asistanı, 3 psikiyatri hemşiresi ve 5 intern hekim tarafından yapıldı. Uygulama sırasında 14 denek araştırmaya katılmayı reddetti. 3 deneğin verdikleri bilgiler güvenilir bulunmadığı için araştırma kapsamına alınmadılar.

Uygulama sonrasında yanıtlar kodlanarak bilgisayar programına yüklendi. İstatistiksel değerlendirme OGÜTF Biyoistatistik Bölümünün katkılarıyla yapıldı. İstatistiksel analiz olarak kıkare ve odds analizi kullanıldı (28).

BULGULAR

1. DENEKLERLE İLGİLİ BULGULAR

Kadınlar üzerinde yapılan bir epidemiyolojik çalışma olduğu için tüm deneklerimizin cinsiyeti kadındı.

700 deneğin yaş dağılımı 17-65 yaş arasında olup yaş ortalaması 35.47 ± 0.46 idi. 17-27 yaş grubunda 214 kişi (% 30.5), 28-37 yaş grubunda 220 kişi (% 31.4), 38-47 yaş grubunda 139 kişi (% 19.8), 48-57 yaş grubunda 88 kişi (% 12.2), 58-65 yaş grubunda 41 kişi (% 5.8) vardı.

Deneklerin medeni durumlarına bakıldığında 143'ü (% 20.4) bekar olup bunların 23'ü nişanlı

veya sözlüydü, 501'i (% 71 5) evli, 56'sı (% 8) dul (eşi ölmüş ve boşanmış olanlar) idi. Evli deneklerin evlenme yaşı 12-42 yaşları arasında dağılım gösteriyordu ve evlenme yaşı ortalaması 20.23 ± 0.16 idi. Evli olan deneklerin 85'i (% 16 9) 0-5 yıl, 87'si (% 17 3) 6-10 yıl, 157'si (% 31 3) 11-20 yıl, 130'u (% 25 9) 21-35 yıl ve 43'u (% 8 5) 36 yıl veya daha uzun süredir evliydi.

Evlenmiş olan deneklerden 359'u (% 65 6) gö-rucu usulu ile 188'i (% 33 1) flört ederek evlilik yaptığını belirtti.

Tablo I: Deneklerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	Okur-yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek Okul	Lisans, Doktora
n	32	22	254	64	186	111	31
%	4 5	3 1	36 2	9 1	26 5	15 8	3 4

Tablo II. Deneklerin İş Durumlarına Göre Dağılımı

İş Durumu	n	%
Evkadını	428	61 1
İşsiz	21	3
İşçi	30	4 2
Memur	116	16 5
Serbest Meslek	11	1 5
Esnaf	11	1 5
Emekli	26	3 7
Öğrenci	57	8 1

Ailenin bölgedeki durumu değerlendirildiğinde, deneklerin 310'u (% 44 2) Eskişehir'de doğup büyü-müştü, 250'si (% 35 7) 5 yıldan daha uzun bir süre önce Eskişehir'e yerleşmişti, 128'i ise (%

Deneklerin 126'sı "bir", 225'i "iki", 96'sı "üç", 43'u "dört", 16'sı "beş", 5'i "altı", 2'si "yedi" ve 1'i "sekiz" çocuğa sahipti. Evli olup çocuğu olmayan deneklerin 15'i çocuk istemediğini belirtirken 10'u kendi bedensel rahatsızlığından dolayı ve 3'u eşinin bedensel rahatsızlığından dolayı, 12'si de diğer nedenlerden (ölu doğum, çocuk ölümu v b) çocuk sahibi olamadığını belirtti.

Deneklerin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo I'de ve iş durumlarına göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

18 28) 5 yıldan daha kısa bir süre önce yurt içinden göç etmişti ve 12'si (% 1 71) yurt dışından göç etmişti.

Deneklerin, 602'si (% 86) ailelerinin "çekirdek aile", 78'i (% 11 1) "yarı geniş aile", 6'sı (% 0 8) "geniş aile" olduğunu belirtirken 9'u (% 1 2) yalnız yaşadığını ve 5'i (% 0 7) arkadaşıyla oturduğunu belirtti.

Deneklerin 101'inin (% 14 4) "üst", 459'unun (% 65 5) "orta", 140'ının (% 20) "alt" sosyo-ekonomik düzeyde olduğu saptandı.

15 yaşına kadar deneklerin 646'sı (% 92 2) "anne-baba yanında", 27'si (% 3 8) "anne yanında", 7'si (% 1) "baba yanında", 14'u (% 2) "akraba yanında", 2'si (% 0 2) "bir kurumda" ve 4'u (% 0 5) "yatılı okulda" olduğunu belirtti.

Çocukluk döneminde, deneklerin 39'u (% 5 5) "sık", 212'si (% 20 2) "nadiren" aile içi şiddet gördüğünü belirtirken, 442'si (% 63 1) "hiç" aile içi şiddet görmediğini belirtti.

Evli deneklerin evlilikteki uyum düzeyleri 3 yon-den incelenmiştir (Tablo III).

Tablo III: Evli Deneklerin Evlilikte Uyum Düzeyleri ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.

Sorular	Genellikle	Kısmen	Hiç
Eşlerin duygu ve düşüncelerini paylaşma dereceleri	365 (%72.8)	108 (%21.5)	28 (%5.5)
Eşlerin cinsel yaşamda anlaşma dereceleri	396 (%79)	90 (%17.9)	15 (%3)
	Sık	Bazen	Hiç
Eşi tarafından fiziksel travmaya maruz bırakılma derecesi	9 (%1.7)	64 (%12.7)	428 (%85.4)

Deneklerden 83'ü (% 11.8) akut organik hastalık, 233'ü (% 33.2) kronik organik hastalık belirtti. Deneklerin 9'u hamileydi. Akut organik hastalığı olanlardan 39'u (% 46.9), kronik organik hastalığı olanlardan 151'i (% 64.8) psikosomatik hastalıklar (migren, peptik ulkus, diabet, hipertansiyon, astım vb.) belirtti.

41 denek araştırmanın yapıldığı sırada, 21 denek ise geçmişinde organik kökenli ve/veya depresyon dışı psikiyatrik hastalığı (anksiyete, konversiyon, panik anksiyete, tik, insomnia vb.) olduğunu belirtti. Deneklerden 151'i çeşitli ilaçlar kullandığını bildirdi. Bu deneklerden 16'si antidepresan, 12'si anksiyolitik ve 2'si antipsikotik, 16'sı hormon preparatları veya oral kontraseptif kullanıyordu.

147 denek geçmişinde depresyona benzer bir hastalık geçirdiğini belirtti.

2. EPİDEMİYOLOJİK BULGULAR

700 denek içinde toplam 194 primer depresyon (PD) saptandı. Nokta prevalans hızı % 27.71 bulundu. Bedensei ve/veya ruhsal bozukluk nedeniyle major depresif bozukluk gösteren denek sayısı 25 idi. Sekonder depresyon (SD) için nokta prevalans hızı % 3.57 bulundu.

Deneklerin yaş gruplarına göre PD Tablo IV'de gösterilmiştir. Yaş ile PD arasında önemli istatistiksel ilişki saptanmadı.

Tablo IV: Deneklerin Yaş Gruplarına Göre PD Dağılımı.

Yaş Grubu	17-27 (n= 214)	28-37 (n= 220)	38-47 (n= 139)	48-57 (n= 86)	58 ve üstü (n= 41)
PD (+)	59 (%27.5)	61 (%27.7)	39 (%28)	24 (%27.9)	11 (%26.8)
PD (-)	149 (%69.6)	155 (%70.4)	95 (%68.3)	57 (%66.2)	25 (%60.9)

$$X^2 = 0.14 \quad SD = 4 \quad p > 0.05$$

Medeni durum ile PD arasında ileri derecede önemli bir ilişki saptandı (Tablo V). PD ile ilgili istatistiksel analizden evli grup çıkarıldığında anlamlı

bir ilişki bulunamadı (Yates: X^2 : 1.179, SD = 1, $p > 0.05$). Buna göre evlilerde PD'nun ileri derecede önemli oranda düşük olduğu ($p < 0.01$) bulundu.

Tablo V: Deneklerin Medeni Durumlarına Göre PD ve DB Dağılımı.

Medeni Durum	Bekar (n= 143)	Evli (n= 501)	Dul (n= 56)
PD (+)	49 (%34.2)	121 (%24.1)	24 (%42.8)
PD (-)	92 (%64.3)	359 (%71.6)	30 (%53.5)

$\chi^2 = 11.91$ SD= 2 p< 0.01**

Evli deneklerin evlenme yaşları ile PD arasında istatistiki olarak önemli ilişki saptandı (Tablo VI) (p < 0.05). 21-25 evlenme yaş grubu çıkarılarak yapılan istatistiki analizde önemli ilişki bulunmadı (Yates: $\chi^2 = 0.4166534$, SD= 1, p > 0.05). Buna göre 21-25 yaş arasında evlenenlerde PD önemli oranda düşük düzeydedir.

Evli deneklerin evlilik süreleri gruplara ayrılarak PD incelendiğinde en düşük PD oranı (% 18.8) 0-5 yıl arasında, en yüksek PD oranı (% 28) 11-20 yıl arasında evli olanlarda saptandı. Fakat evlilik süresi ile PD arasında önemli istatistiki ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 2.85$, SD = 4, p > 0.05).

Tablo VI: Deneklerin Evlenme Yaşı Gruplarına Göre PD Dağılımı.

Evlenme Yaşı Grubu	12-20 (n= 341)	21-25 (n= 167)	25 ve üstü (n= 49)
PD (+)	96 (%28.1)	32 (%19.1)	17 (%34.6)
PD (-)	228 (%66.8)	130 (%77.8)	31 (%63.2)

$\chi^2 = 7.15$ SD= 2 p< 0.05*

Dul deneklerin eşlerinden ayrı kaldıkları süre, 5'er yıllık periyodlara ayrılarak PD dağılımına bakıldığında ilk 5 yıllık periyotta PD olan denek sayısı daha fazla olmakla beraber aralarında istatistiki ilişki saptanmadı (p > 0.05).

Görücü usulü ile evlenen deneklerden 91'inde (% 25.3), flört ederek evlenen deneklerden

54'ünde (% 28.7) PD saptandı. Yapılan istatistiki analiz sonucu evlilik şekli ile PD arasında önemli ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 3.816866$ E-03, SD= 1, p > 0.05).

İstatistiki analizde kolaylık sağlamak için 4 ve 4'den fazla çocuğu olan denekler bir gruba alınmıştır. Çocuk sayısı arttıkça PD oranının arttığı gözlenmiştir (Tablo VII). İstatistiki analiz sonucunda çocuk sayısı ile PD arasında önemli istatistiki ilişki saptandı (p < 0.05). 1 çocuğu olan grup çıkarılarak PD ile ilgili yapılan istatistiki analizde önemli bir ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 1.57$, SD= 2, p > 0.05). Buna göre 1 çocuğu olan grupta PD istatistiki olarak önemli derecede düşüktür (p < 0.05).

Çocukları olmayan deneklerden çocuk istemeyenlerin 2'sinde (% 13.3), çeşitli nedenlerle çocuk sahibi olmayanların 6'sında (% 24) PD saptandı. Çocuğu olmayanlarda daha yüksek oranda PD saptanmakla beraber istatistiki olarak önemli ilişki bulunmadı (Fisher tam olasılık testi: $\chi^2 f = 0.30195$, p > 0.05).

Deneklerin eğitim düzeyine göre PD dağılımı Tablo VIII'de gösterilmiştir. Eğitim durumu ile PD arasında istatistiki olarak önemli ilişki saptandı (p < 0.05). Okuryazar olmayan grup ($\chi^2 = 10.83$, SD= 5, p > 0.05); orta okul grubu ($\chi^2 = 5.39$, SD= 5, p > 0.05); yüksekokul grubu ($\chi^2 = 7.81$, SD= 5, p > 0.05) ayrı ayrı istatistiki analizden çıkarıldığında önemli istatistiki ilişki bulunmadı. Buna göre PD, okuryazar olmayanlar ve orta okul grubunda diğer gruplara göre istatistiki olarak önemli derecede yüksek, yüksek okul grubunda düşük olarak belirlendi.

Tablo VII: Deneklerin Çocuk Sayısına Göre PD Dağılımı.

Çocuk Sayısı	1 (n= 126)	2 (n= 225)	3 (n= 96)	4 ve üstü (n= 67)
PD (+)	22 (%17.4)	62 (%27.5)	30 (%31.2)	22 (%32.8)
PD (-)	99 (%78.5)	157 (%69.7)	62 (%64.5)	39 (%58.2)

$$X^2 = 8.77 \quad SD= 3 \quad p < 0.05^*$$

Tablo VIII: Deneklerin Eğitim Durumlarına Göre PD Dağılımı.

Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil (n= 32)	Okur-yazar (n= 22)	İlkokul (n= 254)	Ortaokul (n= 64)	Lise (n= 186)	Yüksek Okul (n= 111)	Lisans, Doktora (n= 31)
PD (+)	11 (%34.3)	7 (%31.8)	69 (%27.1)	27 (%42.1)	50 (%26.8)	23 (%20.7)	7 (%22.5)
PD (-)	18 (%56.2)	12 (%54.5)	171 (%67.3)	36 (%56.2)	133 (%71.5)	87 (%78.3)	24 (%77.4)

$$X^2 = 11.31 \quad SD= 2 \quad p < 0.05^*$$

Deneklerin iş durumuna göre PD ve DB dağılımı incelenmeden önce "evkadınları" ve araştırmanın uygulaması sırasında iş aramasına rağmen iş bulamayıp çalışmadığı için evde oturan "işsizler" bir grupta, çeşitli iş kollarında çalışan denekler bir grupta toplanmıştır. Denek-

lerin iş durumuna göre PD dağılımı Tablo IX'da gösterilmiştir. İş durumuna göre PD oranları en yüksek öğrenci grubunda, ikinci sırada çalışan kadınlarda bulunmakla beraber iş durumu ile PD arasında önemli bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo IX: Deneklerin İş Durumlarına Göre PD Dağılımı.

İş Durumu	Evkadını (n= 449)	Çalışan Kadınlar (n= 168)	Emekli (n= 26)	Öğrenci (n= 57)
PD (+)	123 (%27.4)	49 (%29.1)	3 (%11.5)	19 (%33.3)
PD (-)	304 (%67.7)	116 (%69)	23 (%88.4)	38 (%66.6)

$$X^2 = 4.42 \quad SD= 3 \quad p > 0.05$$

Ailenin bölgedeki durumuna göre PD dağılımına bakıldığında, Eskişehir'de doğup büyüyen deneklerden 95'inin (% 30.6), 5 yıldan daha uzun bir süre önce Eskişehir'e yerleşen deneklerden 65'inin (% 26), 5 yıldan kısa bir süre önce yurt içinden göç eden deneklerden 31'inin (% 24.2) ve yurt dışından göç eden deneklerden 3'ünün (% 25) PD'ü vardı. İstatistiki analiz sonucu ailenin bölgedeki durumu ile PD arasında önemli bir istatistiki ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 2.33$, $SD = 3$, $p > 0.05$).

Deneklerin aile yapısına göre PD dağılımına bakıldığında çekirdek aile grubundan 166 denekte (% 27.5) ve yarıgeniş aile grubundan 25 denekte (% 31.6) PD saptanırken geniş aile grubundan olan deneklerin hiç birinde PD saptanmadı. Aile yapısı ile PD arasında önemli istatistiki ilişki bulunmadı (Yates: $\chi^2 = 0.5441999$, $SD = 1$, $p > 0.05$).

Ailenin sosyoekonomik düzeyine göre PD dağılımına bakıldığında, üst düzeyde olan deneklerden 27'sinin (% 26.7), orta düzeyde olan deneklerden 130'unun (% 28.3) ve alt düzeyde olan deneklerden 37'sinin (% 26.4) PD'ü vardı. İstatistiki analiz sonucu ailenin sosyoekonomik düzeyi ile PD arasında istatistiki olarak önemli bir ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 0.12$, $SD = 2$, $p > 0.05$).

Deneklerin 15 yaşına kadar anne-baba durumu, anne-baba yanında kalanlar ve kalmayanlar şeklinde 2 grup altında toplandı. Onbeş yaşına kadar anne baba yanında kalan deneklerden 181'inin (% 28) ve 15 yaşına kadar anne-baba yanında kalmayan deneklerden 13'ünün (% 24) PD'ü vardı. İstatistiki analiz sonucu 15 yaşına kadar anne-baba durumu ile PD arasında istatistiki olarak önemli bir ilişki bulunmadı ($\chi^2 = 7.58$, $SD = 1$, $p > 0.05$).

Çocukluk döneminde aile içi şiddet ile PD arasında çok ileri derecede önemli ilişki saptandı ($p < 0.001$) (Tablo X). Çocukluk döneminde aile içinde "hiç" şiddet olmadığını belirten grup çıkarılarak yapılan istatistiki analizde PD yönünden önemli bir ilişki bulunmadı (Yates: $\chi^2 = 2.471213$, $SD = 1$, $p > 0.05$). Buna göre çocukluk döneminde aile içinde hiç şiddet olmadığını belirten grupta PD'nun önemli oranda düşük olduğu saptandı ($p <$

Tablo X: Çocukluk Döneminde Aile İçi Şiddet Derecelerine Göre PD Dağılımı.

Şiddet	PD (+)	PD (-)
Sık (n= 39)	19 (%48.7)	18 (%46.1)
Nadiren (n= 212)	74 (%34.9)	131 (%61.7)
Hiç (n= 442)	97 (%21.9)	329 (%74.4)

0.001). $\chi^2 = 28.18$ $SD = 2$ $p < 0.001^{***}$

Evli deneklerin 3 yönden incelenen evlilikteki uyumları ile PD arasındaki ilişki incelendi. Eşleri tarafından fiziksel travmaya "sık" olarak maruz bırakılan deneklerin sayıları istatistiki analiz için küçük olduğundan "bazen" maruz bırakılan grup ile birleştirildi. Deneklerin evlilikteki uyumlarını ölçmeye yarayan sorulara göre PD dağılımları Tablo XI, XII, XIII'de gösterilmiştir. Deneklerin 3 yönden evlilik

Tablo XI: Eşlerin Duygu ve Düşüncelerini Paylaşma Derecelerine Göre PD Dağılımı.

Yanıtlar	PD (+)	PD (-)
Genellikle (n= 365)	72 (%19.7)	279 (%76.4)
Kısmen (n= 108)	34 (%31.4)	70 (%64.8)
Hiç (n= 28)	15 (%53.5)	10 (%35.7)

$\chi^2 = 23.24$ $SD = 2$ $p < 0.001^{***}$

Tablo XII: Eşlerin Cinsel Yaşamda Anlaşma Derecelerine Göre PD Dağılımı.

Yanıtlar	PD (+)	PD (-)
Genellikle (n= 396)	77 (%19.4)	304 (%76.7)
Kısmen (n= 90)	39 (%43.3)	46 (%51.1)
Hiç (n= 15)	5 (%33.3)	9 (%60)

$\chi^2 = 25.14$ $SD = 2$ $p < 0.001^{***}$

Tablo XIII: Eşleri Tarafından Fiziksel Travmaya Maruz Bırakılma Derecelerine Göre PD Dağılımı.

Yanıtlar	PD (+)	PD (-)
Evvet (n= 73)	31 (%42.1)	37 (%50)
Hiç (n= 427)	90 (%21)	322 (%75.4)

$$X^2 = 16.21595 \quad SD= 1 \quad p < 0.001^{***}$$

Evvelere göre yüksek PD oranlarına sahip olan dul denekler ile eşlerinin duygu ve düşüncelerini hiç paylaşmadığını belirten evli deneklerin PD dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiki fark saptanmadı (Yates: $X^2 = 1.09048$, $SD = 1$, $p > 0.05$).

Akut ve kronik organik hastalık belirten denekler, psikosomatik hastalıkları ve diğer organik hastalıkları olanlar şeklinde ikiye ayrılarak, hastalıkları ile PD arasındaki ilişki incelendi.

Akut organik hastalıklar ile PD arasında önemli istatistiki ilişki saptandı (Tablo XIV). Psikosomatik hastalığı olan grup analizler dışında bırakıldığında PD açısından önemli bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$). Buna göre akut psikosomatik hastalığı olan grupta PD'nun önemli derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Deneklerin kronik organik hastalıklarına göre PD dağılımına bakıldığında psikosomatik hastalığı olan deneklerin 45'inde (% 31.9) ve diğer hastalığı olan deneklerin 22'sinde (% 30.5) PD saptanmış olup önemli ilişki saptanmadı ($X^2 = 3.07$, $SD = 2$, $p > 0.05$).

Tablo XIV: Deneklerin Akut Organik Hastalıklarına Göre PD Dağılımı.

Akut Organik Hastalık	Psikosom. Hst. Olanlar (n= 39)	Diğer Hst. Olanlar (n= 41)	Ak.Org. Hst. Olmayanlar (n= 620)
PD (+)	15 (%44.1)	13 (%35.1)	155 (%26.1)
PD (-)	16 (%47)	22 (%59.4)	425 (%71.6)

$$X^2 = 8.22 \quad SD= 2 \quad p < 0.05^*$$

Araştırmanın yapıldığı sırada organik kökenli ve/veya depresyon dışı psikiyatrik hastalığı olduğu belirlenen (anksiyete, konversiyon, panik anksiyete, tik, insomnia vb.) deneklerden 15'inin (% 35.7) PD'ü vardı. Depresyon dışı psikiyatrik hastalık belirten denekler ile belirtmeyen deneklerin PD oranı karşılaştırıldığında önemli istatistiki ilişki bulunmadı ($X^2 = 1.170$, $SD = 1$, $p > 0.05$).

Geçmişinde organik kökenli ve/veya depresyon dışı psikiyatrik hastalığı olduğunu belirten denekler ile belirtmeyen deneklerin PD dağılımına bakıldığında, geçmişinde başka psikiyatrik hastalığı olan deneklerden 7'sinin (% 33.3) ve olmayan deneklerden 187'sinin (% 27.5) PD'ü vardı. İstatistiki analiz

sonucu geçmişteki depresyon dışı psikiyatrik hastalıklar ile PD arasında önemli istatistiki ilişki saptanmadı (Yates: $X^2 = 0.142219$, $SD = 1$, $p > 0.05$).

İlaç kullanan denekler psikotrop ilaç kullananlar, hormon preparatı veya oral kontraseptif kullananlar ve diğer ilaçları kullananlar şeklinde 3 gruba ayrıldı. İlaç kullanan denekler ile ilaç kullanan 3 grup deneklerin PD dağılımı Tablo XV'de gösterilmiştir. İlaç kullanımı ile PD arasında istatistiki olarak çok ileri derecede önemli ilişki bulundu. Psikotrop ilaç kullanan grup çıkarılarak yapılan istatistiki analizde önemli ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Buna göre psikotrop ilaç kullanan grupta PD'un önemli oranda yüksek olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Tablo XV: Deneklerin İlaç Kullanımına Göre PD Dağılımı.

İlaç Kullanımı	Psikotrop İlaç Kull. (n= 30)	Hormon P. veya OK Kull. (n= 16)	Diğer İlaç Kull. (n= 105)	İlaç Kullanımı Yok (n= 548)
PD (+)	18 (%60)	7 (%43.7)	32 (%30.1)	137 (%25)
PD (-)	10 (%33.3)	8 (%50)	64 (%60.3)	399 (%72.8)

$$\chi^2 = 23.26 \quad SD= 3 \quad p < 0.001^{***}$$

Geçmişinde depresyona benzer bir hastalık öyküsü olan ve olmayan deneklerin PD dağılımı Tablo XVI'da gösterilmiştir. Deneklerin geçmişinde depresyon benzeri bir hastalık olması ile PD ara-

sında çok ileri derecede önemli istatistikli ilişki saptandı ($p < 0.001$). Geçmişinde depresyon öyküsü olan 144 denegin 64'ünde (% 43.5) şimdi de PD bulundu.

Tablo XVI: Deneklerin Geçmişinde Depresyona Benzer Hastalık Olup Olmamasına Göre PD Dağılımı.

Geçmişte Depresyon Vardı	PD (+)	PD (-)
Depresyon Var (n= 147)	64 (%43.5)	80 (%54.4)
Depresyon Yok (n= 553)	130 (%23.5)	401 (%72.5)

$$\chi^2 = 21.077 \quad SD= 1 \quad p < 0.001^{***}$$

Anket formu ile saptanan bazı risk faktörleri ile PD arasındaki bağıntıyı belirlemek için göreceli oran (odds oranlarına=OR) ve relatif risk oranlarına (RR) bakıldı. Bu bağıntı incelenirken PD'ü olmayan hastalar kontrol grubu olarak alındı. OR ve RR değerlerine bakıldığında eş ile cinsel yaşamda uyumsuzluk ve eş tarafından fiziksel travmaya maruz bırakılmanın PD için en yüksek riski oluşturduğu belirlendi (Tablo XVII).

TARTIŞMA

Klinik psikiyatri ve psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında, genel olarak kadınların daha sıklıkla depresyon ve depresif belirti hikayesi verdiği, major depresyon için tedavi gördüğü ve erkeklere göre daha az ciddi intihar girişimlerinde bulunduğu

gösterilmiştir (11). Gerek depresif belirtilerin, gerekse depresif bozuklukların hemen hemen tüm dünyada kadınlardaki prevalans hızları, erkeklerdekine göre 2-3 kat daha yüksek olarak bulunmuştur (1, 6-11, 14-18). Geleneksel cinsiyet rollerinin ve beklentilerinin, çaresizlik duygularına neden olması gibi psikolojik sonuçları ortaya çıkardığı, kadınların depresif reaksiyonlara erkeklerden daha fazla hassas olduğu ileri sürülmüştür (29). Depresif bozuklukların etiyolojilerinin kompleks olduğu ve olasılıkla genetik, çevre vb. etkiler ile karşılıklı etkileşim gösterdiği hakkında birçok kanıt bulunmuştur. Ancak sosyal roller etiyolojide gittikçe önem kazanmıştır (14).

Çalışmamız, bizim bilgimize göre, Türkiye'de yalnız kadınlardan oluşan bir toplum örneklemini ile

Tablo XVII: Deneklerin Bazı Risk Faktörlerinden Etkilenmesi ile Birlikte Olan PD için OR ve RR Oranları.

Risk Faktörleri	OR	RR	%95 güven limitleri
Dul veya boşanmış olmak	2.1	1.6	1.20-3.75
Çocuklukta aile içi şiddet	2.1	1.6	1.49-2.98
Eşi ile duygu ve düşünceleri paylaşamama	1.6	1.5	1.52-3.68
Eşi ile cinsel yaşamda anlaşamama	3.1	2.3	1.97-5.04
Eşi tarafından fiziksel travmaya maruz kalma	2.9	2	1.76-5.10
Akut organik hastalığı olması	2	1.5	1.19-3.40
Geçmişte depresyon olması	2.4	1.8	1.68-3.62

yapılan ilk epidemiyolojik çalışmadır. Verilerimizde, kadınlarda PD prevalans oranlarının sosyodemografik değişkenlerden çok çocukluk döneminde aile içi şiddetin olması ve evlilik uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu bulduk.

Sanayileşmemiş ülkelerde, kadınlar için major depresyon nokta prevalans hızları % 4-9 arasında değişirken, en yüksek oranlar Afrika'da kadınlar için % 22.6 olarak bildirilmektedir (1, 10, 16). En son DSM-IV ile yapılan bir saha çalışmasında, pür major depresyon prevalans oranları % 45 ve double depresyon (major depresyon+distimi) prevalans oranları % 22 olarak belirtilmektedir (30). Ülkemizde yapılan alan araştırmalarında toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı % 10 civarında saptanmıştır. DIS ile yapılan çalışmalarda (25-27), PD prevalansı % 9.2-%18.8 arasında, SD prevalansı % 4-% 8.8 arasında bulunmuştur. Bizim örneklemimizin nokta prevalans hızları, PD için % 27.71 ve SD için % 3.57 olarak saptandı.

Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda ve bizim çalışmamızda saptanan prevalans oranlarının, pekçok Avrupa ve Kuzey Amerika ülkesinde yapılan çalışmaların oranlarına göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye 1980'li yıllardan itibaren geleneksel yapının önemli ölçüde çözüldü-

ğü, geçiş sürecini yaşayan bir toplum yapısı sunmaktadır. Türkiye'nin en belirgin toplumsal dinamikleri, kapitalistleşme ve bunun getirdiği iç göç yani şehirleşme sürecidir. Bu süreçte kentsel kültür grubu giderek genişlemektedir. Sosyal sınıf ve tabakalaşma sistemi de buna bağlı olarak karmaşıklaşmıştır. Kentsel ve kırsal kültür grubunun yanı sıra "yeni kentli" kültür grubu da ortaya çıkmıştır. İki kültür grubunun kesiştiği yerde duran bu grupta da kadın ve çocuklar kırsal kesimi aratmayacak denli katı bir aile ve toplum baskısıyla çevrelenmiştir. Bu yüzden değer çatışmaları, çelişkiler ve kopmalar en dramatik boyutlarda bu kesimde yaşanır (31). Buna uyumlu olarak Türkiye'de, daha önce kentsel yerleşimlerde yapılan çalışmaların (25, 32) depresyon prevalans oranları, kırsal yerleşimlerde yapılan çalışmaların (26, 33) oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Eskişehir ili de iç göç sürecini yoğun olarak yaşayan illerimizden biridir. Ve bizim sonuçlarımız, hem yerleşim alanının özelliklerine, hem örneklemimizin yalnız kadınlardan oluşmasına, hem de ülkemizin genel özelliklerine bağlı olarak oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Yukarıda belirttiğimiz değişimleri yaşayan Türk toplumunda, depresyon ile ilgili yaygın bilgisizlik ve depresyonun normal bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesi hem depresyon prevalansını hem de depresyonun kronikleşmesini artırmaktadır. Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine yerleşme-

miş olması ve halk sağlığı hizmetlerinin yetersizliği de etkin rol oynamaktadır. İlave olarak, yüksek nüfus artış oranı, beklenen yaşam süresinde artış, yüksek kentleşme oranı, geleneksel geniş ailelerin öneminin azalması, yaşam biçimlerinde değişiklikler ve hızlı sosyal, ekonomik ve kültürel çevre değişikliklerinin yarattığı psikososyal zorlanmalar depresyon yaygınlığını arttırmakta etkin olmaktadır. Ülkemizde, kadınlarda da depresyon prevalansı diğer ülkelerin sonuçlarına göre çok daha yüksektir. Kadınlarımızda depresyonun normal bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesi daha yaygındır. İlave olarak ülkemizde kadınlarda eğitim düzeyinin daha düşük olması, ekonomik özgürlüğü olan kadın sayısının daha az olması, iş sahası kısıtlılığı ve çalışan kadınların evkadınlığı rolünü de beraber üstlenmeleri nedeniyle artan iş sorumluluğu depresyona eğilimi arttırmaktadır. Ayrıca çalışan kadınların, yeterli kreş, çocuk yuvası vb. kurumların yetersizliği nedeniyle çocuk bakım sorunlarının yoğun olması, iş yerlerinde kadın olmaları nedeniyle bazı sorunları daha fazla yaşamaları da depresyon riski yaratmaktadır.

Çalışmamızda bulunan prevalans oranlarının yüksekliği, ülkemizin özellikleri ve deneklerimiz kadın olması ile açıklanmakla beraber epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan tanı araçları ve depresif bozukluk sınıflama farklılığı, araştırmaların yapıma şekli (kesitsel, kohort vb.) ve zamanı, farklı sonuçların alınmasında rol oynamaktadır. Depresyonun ileriye dönük toplum araştırmalarında son 25 yılda 10-20 kat arttığı (16) ve zaman ilerledikçe depresyon oranlarının yükseldiği ve başlangıç yaşınınin küçüldüğü de belirtilmekte olup (7, 17, 18, 34, 35) depresyonun yükselen prevalans oranlarında, bu sonuçlar da dikkate alınmalıdır.

Sekonder depresyon (SD) prevalans hızı (% 3.57) ise ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların çoğunda saptanan SD prevalans hızlarına göre düşük olarak saptanmıştır. Weissman ve arkadaşlarının PD ve SD üzerine yaptıkları bir çalışmada (36), SD'un en sıklıkla alkolizm ve madde ve/veya ilaç kötü kullanımı ile birlikte olduğu saptanmıştır. Bizim örneklemimiz yalnız kadınlardan oluştuğu ve ülkemizde henüz kadınlarda alkol ve madde kullanımını yaygın olmadığı için genel SD prevalans oranlarından bizim prevalansımızın düşük olması olağandır.

Kadınların geçmişteki mizaç değişimlerini, erkeklere göre daha iyi hatırladığı kabul edilse de (11), genelde geçmişle ilgili olarak alınan bu bilgilerin güvenilirliği düşüktür. Geçmişe dönük olarak sorguladığımız depresif duygudurumu, deneklerin 147'si (% 21) tarafından bildirildi. Bu 147 denegin 64'ünde (% 47.5), güncel olarak da PD saptandı. Depresyon, tekrarlayan ve kronikleşebilen bir bozukluktur. Ülkemizde, depresyonu olan hastaların yaklaşık olarak 1/3'ünün kronik olarak hasta olduğu belirtilmektedir (16). Son yarım yüzyılda yürütülen geniş araştırmalardan 10'unun yeniden bir incelemesi (37), önceden tek epizodu olan hastalar için tekrar oranlarının % 21-58 arasında olduğunu rapor etmektedir. Keller, çalışmasında depresyonun % 21 oranında kronikleştiğini bildirmektedir (38). Şu anda 64 denekteki PD'ü tekrar veya kronik kabul edersek bizim oranlarımız da bu çalışmalardaki oranlara uyumludur. Geçmişteki depresif duygudurumu deneklerin kendi bildirimlerine göre belirlendiği için çok güvenilir olmamakla beraber çalışmamızda, "yaşam boyu prevalans" % 39.5 olarak belirtilebilir. Türkiye'de 1989'da yapılan bir çalışmada (39), geriye dönük olarak değerlendirildiği için düşük güvenilirliğe karşın yaşam boyu prevalansın % 20 gibi görülmekte olduğu bildirilmektedir. Dünyada yapılan çalışmalarda da depresyonun kadınlar için yaşam boyu risk oranı genellikle % 20-26 arasında gösterilmektedir (10, 40, 41). İdeal olarak, bir toplumda herhangi bir hastalığın yaşam boyu prevalansını saptamak için hastalığın insidansını saptayacak uzun süreli prospektif çalışmaların yapılması gerekir. Bizimki gibi kesitsel bir çalışma, incelenilen toplumun yalnız yaşayan üyelerini kapsadığı için ve geriye dönük bilgi hatırlamaya bağlı olduğu için yaşam boyu prevalans sonuçları çok sağlıklı kabul edilemez.

Bazı çalışmalarda, major depresyonun 18-44 yaşları arasında ve özellikle 25-34 yaşları arasında daha sık görüldüğü gösterilmektedir (1, 15, 42). Ayrıca, depresyon prevalans hızlarının kadınlarda 35-45 yaşlarında zirve yaptığını bildiren çalışmaların (15, 16, 20, 34) yanısıra 45 yaş üzerinde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır (41). ECA çalışmaları (6, 43) ise genç yaş gruplarının depresyon için daha yüksek riske sahip olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan birçok alan çalışmasında ise depresyonun 40 yaşın üstünde ve özellikle kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmektedir (25, 26, 33, 44, 45). Çalışmamızda, PD

prevalans hızları ile yaş arasında önemli ilişki saptanmadığı gibi bütün yaş gruplarının prevalans oranları birbirine çok yakın (% 26.8-% 28 arasında) bulunmuştur. Bu sonuç, bizim örnekleminizin özelliği olarak kabul edilebilir.

Yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda depresif bozukluklarda dul veya boşanmış kadınların en yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır (1, 6, 7, 16, 20, 35, 40, 46, 49). Ülkemizdeki araştırmalarda da dul olmanın kadınlarda depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (25, 32, 44, 45). Çalışmamızda da bizim varsayımımıza ve bu sonuçlara uyumlu olarak, PD evli deneklerde en düşük ve dul olan deneklerde en yüksek olarak saptanmıştır. Evlenmenin, özellikle uyumlu evliliklerin depresyona neden olan yaşam olaylarının etkisine karşı orta şiddette koruyucu bir rol oynadığı bulgusunu (6), bu sonuçlar desteklemektedir. Etiyoloji farklı olsa da boşanma veya ölüm sonucu dul kalma durumlarında temel olarak eş kaybı söz konusudur (50). Dul olmak ile ortaya çıkan bazı sorunlar özellikle toplumumuzda belirgindir. Ekonomik güçlükler, kayıp ve yalnızlık duygusu, eş desteğinin eksikliği, özellikle genç yaşta dul kalma ile başlayan yeniden evlenme yönünde ki toplum baskıları bunların başlıcalarıdır. Hauenstein, özellikle genç yaşlarda dul kalan kadınların ekonomik yönden yıprandığını ve bunun ülkenin ekonomik durumu ile ilgili olduğunu belirtmektedir (20). Sonuçlarımız bu bulgular ile tamamen uyumludur. Dul olma süresi ile PD arasında ilişki saptamadık ($p > 0.05$). Eş kaybının depresyona katkısının uzun sürede de değişmediğini bildiren çalışmalar (48) ile bu sonucumuz uyum göstermektedir.

Kadınlar ev kadını da olsa çalışsa da çocuk bakımı ağırlıklı olarak onların üstlendiği bir görevdir. Çocuk sayısı ile PD oranının da artacağı ile ilgili varsayımımıza uygun olarak, bir çocuğu olan deneklerde PD önemli düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik şartlar nedeniyle çocuk bakımı ve eğitimi oldukça güç koşullarda sağlanmaktadır. Çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaşılan güçlükler ve buna bağlı stres de artmaktadır.

Evlilik durumları ile cinsiyet ve depresif bozukluk ilişkisi, evlilik uyumu yönünden incelendiği zaman daha karmaşık sonuçlar alınmıştır. Yapılan

çalışmaların çoğunda en yüksek depresif bozukluk oranları mutsuz evliliği olan kadınlarda, en düşük oranlar ise mutlu evliliği olan kadın ve erkeklerde bildirilmiştir (1, 20, 34, 50, 51, 52). Evlilik problemleri ve depresyon arasındaki pozitif ilişki literatürde en tutarlı bulgulardan biridir (7, 53). Evlilik uyumu bozuk kişilerde, depresyon riskinin yükseldiği ileri sürülmüştür (6). Bazı çalışmalarda (53, 54), deprese hastaların, eşlerinin davranışlarını olumsuz değerlendirdikleri ve özellikle kadınların olumsuz duygulanım gösterdikleri bildirilmiştir. Kadınların eşleri ile olumsuz ilişkisi düşük benlik saygısına neden olabilir veya düşük benlik saygısı olan bir kadın genel ilişki sorunları ortaya koyabilir. Ama sonuç olarak zayıflayan ilişkiler düşük benlik saygısı ile ilişkilidir ve depresif bozukluklar için hazırlayıcı bir durumdur (55). Bu konuyla ilgili akla gelen bazı sorular vardır. Deprese bir eş, evlilik problemlerine mi neden oluyor? Yoksa evlilik problemleri mi depresyona götürüyor? veya ikisi arasındaki etkileşim karşılıklı mı? Bu soruların yanıtları henüz açıklığa kavuşmamıştır. Bu soruların kesin yanıtlarının bulunabilmesi, uzun süreli izleme çalışmalarında, deneklerin kişilik yapıları ve evlilik uyumlarının saptanması ile mümkün olacaktır. Evli deneklerimizin evlilik uyumlarını 3 yönden değerlendirdiğimiz değişkenlerin, evlilik uyum düzeyleri üzerine anlamlı şekilde etkili olduğu saptanmıştır (56). Deneklerin evlilik uyumu ile PD arasında saptanan ileri derecedeki önemli ilişki, varsayımımız ve literatür ile tamamen uyumludur. Ancak yukarıdaki soruları, bu kesitsel çalışma ile yanıtlamak olası değildir. Evlilik ve depresyon ilişkilerini inceleyen çalışmalarda, dul olan kişilerin de mutlu evliliği olanlara göre daha yüksek depresyon oranlarına sahip oldukları, fakat mutsuz evliliği olanlar ile onların benzer olduğu bulunmuştur (50-52). Buna uyumlu olarak, dul olan deneklerimiz ile evli olup eşlerinin duygu ve düşüncelerini hiç paylaşmadığını belirten deneklerimizin PD oranlarını karşılaştırdığımızda aralarında önemli bir fark olmadığını gördük ($p > 0.05$).

Evlilik uyumu ile PD arasındaki ilişki açık olmakla beraber, gerek duygusal ($n = 28$) gerek cinsel ($n = 15$) yönden eşiyile anlaşamadığını belirten denek sayısının çok düşük olduğu görülmektedir. Bu da, Türk kadının geleneksel rollerini çoğunlukla kabullendiğini ve şikayetçi olmadığını veya olmaktan vazgeçtiğini göstermektedir. Geleneksel evliliklerde, duygusal ve cinsel yönden erkeğin doyumu

öncelik taşır, bunu sağlamak ta kadının görevidir. Yapılan bir çalışmada (57), evlilik uyumsuzluğu Amerikalı kadınlara göre Japon kadınlarında daha düşük oranlarda bildirilmektedir. Toplumumuzdaki-ne benzer olarak Japonlarda evlilik başarısı, kadının kocanın üstün konumuna uyum sağlaması ve davranışlarına ve mizacına göre davranmayı başarması şeklinde belirtilmektedir.

Düşük eğitim alanlar arasında daha yüksek depresif bozukluk oranları bulan çalışmaların yanı sıra (42, 46, 58, 59), bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da vardır (7). Varsayımımız ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda lise eğitiminden düşük eğitim yapanlar arasında önemli düzeyde yüksek oranlarda PD saptandı. En düşük oranlar ise yüksek okul mezunlarında bulundu. Warren, yüksek eğitimin, artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini arttırarak aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını da geliştirmesi ile depresif bozukluk oranını düşürebileceğini belirtti (60). Ayrıca kadınların artan eğitim düzeyleri ile birlikte görülen çalışma oranında, kazanılan ekonomik bağımsızlık da, aile içi söz hakkında ve kendine güvende artma, çocuk sayısında azalma bu sonucu etkileyebilir. Ancak eğitim düzeyi bir ara değişkendir; yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey gibi diğer değişkenlere bağlı olduğu için gerçek bir risk etkeni olarak değerlendirilmemelidir.

Bundan önceki bir çok çalışmada, evkadınları ile çalışan kadınların ruhsal sağlığı karşılaştırılmış olup çelişkili bulgular bildirilmiştir. Bizim varsayımlarımızdan biri de evkadınlarında, çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda PD olmasıydı. Ancak çalışmamızda, varsayımımız ile uyumsuz olarak PD ile iş durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0.05$). Bazı araştırmacılar, evkadınlığı rolünün kısıtlayıcı, sinir bozucu olduğunu ve ödüllendirilmemişlik duyguları yarattığını kabul ederken; bazıları da rollerin kendisinin değil, niteliğinin (hoşnutsuzluk derecesi gibi) önemli olduğunu kabul eder (7). Evkadınlarının çalışan kadınlara göre daha fazla sosyal destek alabildiği de bildirilmektedir (29). Evkadınlığı rolünün toplumumuzda büyük çoğunlukla benimsendiği ve olağan kabul edildiği, sosyal destek sistemlerinin evkadınları için daha geçerli olduğu gözlenmektedir. Özellikle aile yakınları, arkadaşları ve çocukları ile daha yakın ilişkiler kurabilmeleri ve destek alabilmeleri önemlidir. Ev-

kadınlarının klinik olarak yüksek oranlarda ağır depresif bozukluk göstermemeleri bununla açıklanabilir.

Batı toplumlarında, çoğunlukla çekirdek aile yapısı egemen olduğu için yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, aile yapısı ile depresif bozukluklar arasında ilişki hakkında bilgi bulunmamaktadır. Ülkemizde, Güleç'in kırsal yerleşimde yaptığı çalışmada (26), çekirdek aile yapısı, PD için risk faktörü olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda aile yapısı ile PD arasında ilişki saptamadık. Bu uyumsuzluğun nedeni örneklemdeki yerleşim farklılığı ve örneklemimizin yalnız kadınlardan oluşması ile açıklanabilir. Türkiye'de aile içersindeki ilişkiler patriyarkal (ataerki) ağırlıklıdır. Büyüklük ve yapı bakımından aile çekirdekleşse de, aile içi ilişkilerde son sözü erkekler söyler yani onlar egemendir. Aile içi uyum daha çok kadınların boyun eğmesi ve sessizliği ile sağlanabilmektedir. Ailede evişi yükü kadının sırtındadır. Bu ödünlere rağmen aileyi ilgilendiren kararlarda kadınlara söz hakkı tanınmamaktadır (31). Bu nedenlerle aile yapısının değişmesiyle kadının konumunda fazla bir değişiklik olmayacağından depresif bozukluklar ile aile yapısı arasında ilişki olmaması beklenen bir sonuçtur.

Bazı araştırmalar sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında ters bir ilişki göstermektedir. Özellikle alt sosyoekonomik düzeydeki kadınların depresyon için yüksek riskte olduğu belirtilmektedir (6, 7, 41, 42, 46, 58, 61, 62). Ülkemizde de buna uygun sonuçlar bulan araştırmalar vardır (26). Bununla beraber sosyoekonomik faktörler hakkındaki veriler tutarsızdır. Sosyoekonomik düzeyin depresyon prevalansına etki etmediği de bildirilmektedir (1, 7). Çalışmamızda sosyoekonomik düzey ile PD arasında önemli ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Erken çocukluk dönemindeki anne-baba kaybı ile erişkin dönemdeki depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu ileri sürülmekle beraber böyle bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır (15, 16, 22, 40, 63). Aile üyeleri arasındaki uyuşmazlık ve aile içi şiddetin aynı yönde etki ettiği de belirtilmiştir (6, 49). 11 yaşından önce anne kaybı, depresif bozukluğu olan hastalarda daha sık görülmüştür. Bu nedenlerle azalan destek sonucu ortaya çıkan düşük benlik saygısının özellikle depresif bozukluklar için risk oluşturduğu bildirilmiş-

tır (55) Çalışmamızda, 15 yaşından önce anne-baba kaybı ile PD arasında önemli ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) Bu bulgumuz, literatür ile uyumsuz görünmekle beraber sayıların azlığından dolayı anne veya baba ölümü ve boşanma sonucu kayıp, ayrılarak analizlerin yapılamadığı dikkate alınmalıdır. Toplumumuzda anne-baba kaybı olsa da yakın akraba ilişkilerinin destek sağlayabilmesi de bu sonucu etkileyebilir. Çocukluk döneminde karşılaşılan aile içi şiddet ile PD arasında ise literatürle uyumlu olarak ve varsayımımız doğrultusunda ileri derecede önemli ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$)

Depresyonla, bedensel hastalıkların sıklıkla birlikte olduğu ve bu durumun tanı karmaşasına neden olduğu bilinmektedir. Yükselen depresyon riskinin medikal ve/veya diğer bir psikiyatrik bozukluğun varlığı ile birlikte olduğunu bildiren çalışmalar vardır (6). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada çeşitli bedensel hastalığı olan kişilerde % 20-50 arasında depresif bozukluk oranı belirtilmektedir (64). Bizim çalışmamızda da organik hastalığı olan deneklerde PD oranları, diğer çalışmalara uygun oranlarda saptanmıştır. Akut psikosomatik hastalığı olan deneklerde önemli düzeyde yüksek oranlarda PD bulunmuştur. Bedensel hastalığı olan kişilerde depresyonun elimizdeki ölççeklerle ne derece sağlıklı ölçüldüğü halen tartışmalı olmakla beraber DIS ile SD'ü ayırdığımız için özellikle psikosomatik hastalıklar ile PD'nun ilişkisini vurgulamak açısından çalışmamızın bu bulgusunun önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Her iki cinsiyette, panik ataklar, intihar teşebbüsleri, insomnia ve nevrasteninin, genel topluma göre çok daha yüksek düzeyde depresyon oranları ile birlikte görüldüğü, kadınlarda depresyonun yüksek komorbidite ile beraber olduğu belirtilmiştir (11). Çalışmamızda araştırmanın yapıldığı sırada organik kokenli ve/veya depresyon dışı psikiyatrik hastalıkları olan deneklerin % 35.7'sinde PD saptanmıştır. Bu hastalıklar ile PD arasında önemli ilişki bulunmamakla beraber, yüksek oranda bir komorbiditenin görüldüğü söylenebilir.

Weissman ve arkadaşları (8), tanısı konulabilen psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin küçük bir kısmının ve deprese kişilerin çoğunun psikiyatri dışı tıbbi kurumlardan yardım aldığını bildirdiler. Bazı

çalışmalar, depresyon tanısı alan kadınların yalnız % 46'sının herhangi bir profesyonelden tedavi aldığını (41), kadınların % 15'inde depresyon için, çoğunun antidepresan ve anksiyolitik olduğu ilaç kullanımı bulunduğunu (17) ve araştırmalardaki depresif hastaların % 34'unun antidepresan kullanıyor olmasının yetersiz ya da uygun olmayan tedaviyi gösterdiğini (65) bildirdiler. Çalışmamızda psikotrop ilaç kullanımı ile PD arasında ileri derecede önemli ilişki bulunması beklenen bir sonuçtur. Burada önemli bir özellik PD'ü olan 194 denekten yalnız 18'inin (% 9.2) yalnız antidepresan veya anksiyolitik nitelikte olan psikotrop ilaçlar kullanmasıydı. Batı dünyasına göre depresyon prevalans oranlarımızın yüksek olması ile beraber tedavi alan denek sayımızda düşüktür. Tedavi alan denek sayısının düşük olması, prevalans oranlarının yüksek bulunmasında etkindir. Çalışmamız tedavi ile doğrudan ilgili olmadığı için deneklerin tedavi için başvurdukları profesyonel ve sağlık kurumu belirlenmemiştir. Ancak psikotrop ilaçları dışındaki ilaçları kullanan deneklerin % 30'unda PD saptanması, depresyonu olan kadınların büyük kısmının psikiyatristlerin dışındaki hekimlerde psikotrop olmayan ilaçlar ile tedavi olduğunu göstermektedir. Başka araştırmalarda da (42) gösterildiği gibi kadınlar, depresyon veya anksiyete gibi ruhsal problemlerini, fiziksel bozukluklar olarak açıklama eğilimi göstermektedirler. Depresif bozukluğu olan kişiler genellikle medikal tedavi alma eğilimindedir fakat psikiyatrik yardım istemezler (46). Psikiyatristlerden yardım isteyenlerin oranı çok düşüktür. Bu bulgu, depresif bozuklukların tanınmasında, tedavisinde ve hastanın doğru yönlendirilmesinde psikiyatri dışı doktorların önemini göstermektedir. İlaç kullanımında başka bir dikkat çekici nokta, hormon preparatı veya oral kontraseptif kullanan deneklerin PD oranlarının psikotrop ilaç kullanan deneklerden sonra ikinci sırada yüksek olmasıdır. Bu ilaçların kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu ilaçların kullanımının yüksek depresyon oranları ile birlikte olduğu bildirilmiştir (9). Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda kontrol problemi olduğu için sonuçlar tartışmalıdır. Weissman ve Slaby, kontrol grubu kullanarak yaptıkları çalışmalarında, oestrogen preparatlarının kullanımında hafif şiddette psikiyatrik bozuklukların ilk 4 haftada ortaya çıktığını ve sonra kaybolduğunu bildirdiler. Bizim bu sonucu muzun da yukarıda belirttiğimiz nedenlere bağlı olarak önemli tartışmalıdır.

Toplumumuzda kadınlarda depresyon sıklığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ancak daha sağlıklı sonuçlar için aynı ölçekte çok merkezli

ve risk faktörlerin kesin olarak saptanması için uzun süreli prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Klerman GL, Weissman MM (1988) The Changing Epidemiology of Depression *Clinical Chemistry*, 34(5) 807-81
- 2- Weissman MM, Klerman GL (1978) Epidemiology of mental disorders Emerging trends in the United States *Arch Gen Psychiatry*, 35 705-712
- 3- Robins LN (1978) Psychiatric epidemiology *Arch Gen Psychiatry*, 35 697-702
- 4- Öztürk OM, Arpac A, Atakan Z et al (1980) An epidemiological study of psychiatric symptoms in a semirural setting in Turkey *Mediterranean Congress of Social Psychiatry'de bildir, Dubrovnik*
- 5- Kuey L, Ustun TB, Güleç C (1987) Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması *Toplum ve Hekim*, 44 16-30
- 6- Hirschfeld RMA, Cross CK (1982) Epidemiology of Affective Disorders Psychosocial Risk Factors *Arch Gen Psychiatry*, 39 35-46
- 7- Bromberger JT, Costello EJ (1992) Epidemiology of Depression for Clinicians *Social Work*, 37(2) 120-5
- 8- Kuey L (1990) Depresyon ve Kadın Sendromu 2 49-51
- 9- Weissman MM, Klerman GL (1977) Sex differences and the epidemiology of depression *Arch Gen Psychiatry* 34 98-111
- 10- Boyd JH, Weissman MM (1981) Epidemiology of affective disorders Reexamination and future directions *Arch Gen Psychiatry*, 38 1039-46
- 11- Ernst C, Angst J (1992) The Zurich study XII Sex Differences in Depression Evidence from Longitudinal Epidemiological data *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241 222-230
- 12- Weissman MM, Myers JK, Thompson WD (1977) Depression and its treatment in a US urban community 1975-1976 *Arch Gen Psychiatry* 38 417-21
- 13- Weissman MM, Leaf PJ, Holzer CE et al (1984) The epidemiology of depression An update of sex differences in rates *J Affective Disord* 7 179-88
- 14- Murphy JM (1986) Trends in depression and anxiety men and women *Acta Psychiatr Scand* 73 113-127
- 15- Sercan M, Yüksel Ş (1989) Depresif Durumların Toplumda Yaygınlığı ve Dağılım Özellikleri (Epidemiyoloji) *Depresif Hastalıklar* sf 9-18 Adam E (Ed) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları İstanbul

- 16- Küey L, Güleç C (1993) Depresyonun Epidemiyolojisi *Depresyon Monografileri Serisi*, 2 53-68 Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 17- Bromet JE, Parkinson DK, Curtis EC et al (1990) Epidemiology of Depression and Alcohol Abuse/Dependence in a Managerial and Professional Work Force *Journal of Occupational Medicine*, 32(10) 989-995
- 18- Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB et al (1994) Sex and Depression in the National Comorbidity Survey II Cohort effects *Journal of Affective Disorders*, 30 15-26
- 19- Akiskal HS (1992) Duygudurum Bozukluklarının Doğası ve Çeşitliliğine Yeni Bir Bakış Çeviren Uluğ B Türk Psikiyatri Dergisi, 3 3, 163-69
- 20- Hauenstein EJ (1991) Young Women and Depression Origin, Outcome, and Nursing Care *Nursing Clinics of North America*, 26(3) 601-612
- 21- Robins LN, Helzer JE, Croughan J et al (1981) The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule Its History, Characteristics and Validity *Arch Gen Psychiatry*, 38 381-389
- 22- Kaplan HI, Benjamin JS (1992) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V 5* Basım Williams & Wilkins, Baltimore, USA
- 23- Endicott J, Spitzer RL (1979) Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia to Study Affective Disorders *Am J Psychiatry*, 136 52-56
- 24- Kayatekin S, Öztürk O (1981) Tanı İçin Görüşme Çizelgesi (DIS) (Basılmamış) HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara
- 25- Coşkunerden C (1991) Sivas İl Merkezinde Depresyon Epidemiyolojisi İle İlgili Bir Araştırma Basılmamış Uzmanlık Tezi CÜTF Psikiyatri Bölümü, Sivas
- 26- Güleç C (1981) Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Olgularının Etkisini Araştıran Bir Çalışma Basılmamış Doçentlik Tezi HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara
- 27- Kuey L (1985) Yarı Kentsel Bir Bölgede Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma Basılmamış Uzmanlık Tezi EÜTF Psikiyatri Bölümü, İzmir
- 28- Özdamar K (1994) Olasılıklar Oranı, Göreli Orantı, Göreli Risk Oranı OGÜTF Biyoistatistik B D Yayınlanmamış Ders Notları
- 29- Richman JA, Raskin VD, Gaines C (1991) Gender Roles, Social Support, and Postpartum Depressive Symptomatology *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(3) 139-147

- 30- Hirschfeld RMA (1994) Major Depression, Dysthymia and Depressive Personality Disorder Br J Psychiatry, 165(26) 23-30
- 31- Tekeli Ş (1993) 1980'ler Türkiye'sinde Kadınlar sf 15-50 Kadın Bakış Açısından Kadınlar Tekeli Ş (Ed), İletişim Yayınları, İstanbul
- 32- Şaher N (1981) Kent merkezinde psikiyatrik epidemiyoloji ile ilgili bir alan çalışması Uzmanlık Tezi HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara
- 33- Ustun TB, Ceylan M, Yaşar AK ve ark (1981) Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde (kırsal ve yarı kırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi XVIII Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde bildiri, İstanbul
- 34- Weissman MM (1987) Advances in psychiatric epidemiology Rates and risks for major depression American Journal of Public Health, 77 445-51
- 35- Murphy JM, Arthur MS, Donald CO et al (1989) Prodromes of Depression and Anxiety The Stirling County Br J Psychiatry, 155 490-495
- 36- Weissman MM, Pottenger M, Kleber H et al (1977) Symptom Patterns in Primary and Secondary Depression Arch Gen Psychiatry, 34(7) 854-862
- 37- Zis A, Goodwin F (1979) Major affective disorder as a recurrent illness A critical review Arch Gen Psychiatry, 36 835-839
- 38- Keller MB (1994) Depression Along Term Illness Br J Psychiatry, 165(26) 9-15
- 39- Güleç C, Küey L (1989) Türkiye'de 1980'lerde Depresyon Epidemiyolojik ve Klinik Yaklaşımlar Nöro-Psikiyatri Arşivi, Cilt XXVI, Özel Sayı, 17-28
- 40- Turns D (1977) The Epidemiology of Major Affective Disorders American Journal of Psychotherapy, 5-19
- 41- Weissman MM, Myers JK (1978) Affective Disorders in a US Urban Community Arch Gen Psychiatry, 35 1304-11
- 42- Walters V (1993) Stress, Anxiety and Depression Women's Accounts of Their Health Problems Soc Sci Med, 36(4) 393-402
- 43- Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL et al (1988) Affective disorders in five United States communities Psychological Medicine, 18 141-53
- 44- Demiriz E (1980) Yarı-kırsal kesimde depresyon epidemiyolojisi ve ruhsal bozuklukların sıklığı üzerine bir araştırma Uzmanlık Tezi HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara
- 45- Hancıoğlu M (1981) Kentleşme ve psikiyatrik epidemiyoloji-gecekondu bölgesi ve kent merkezinde karşılaştırmalı alan çalışması Uzmanlık Tezi HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara
- 46- Weissman MM Myers JK (1977) Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community Acta Psych, 57 3, 9-21
- 47- Birtchnel J, Kennard J (1983) Marriage and mental illness Br J Psychiatry, 142 193-198
- 48- Harlow SD, Goldberg EL, Cornstock GW (1991) A Longitudinal Study of Risk Factors for Depressive Symptomatology in Elderly Widowed and Married Women Am J Epidemiology, 134(5) 526-38
- 49- Alnaes R, Torgersen S (1988) Major depression, anxiety disorders and mixed conditions Childhood and precipitating events Acta Psychiatr Scand, 78 632-38
- 50- Bruce ML, Kirm KM (1992) Differences in the Effects of Divorce on Major Depression in Men and Women Am J Psychiatry, 149(7) 914-17
- 51- Birtchnel J (1988) Depression and family relationships a study of young, married women on a London housing estate Br J Psychiatry, 153 758-769
- 52- Kertner GI, Miller IW (1990) Family functioning and depression an overview Am J Psychiatry, 147 1128-37
- 53- Gotlib IH, Whiffen VE (1989) Depression and Marital Functioning An Examination of Specificity and Gender Differences Journal of Abnormal Psychology, 98(1) 23-30
- 54- Nolen-Hoeksema S (1987) Sex differences in unipolar depression Evidence and theory Psychol Bull, 101 259-282
- 55- McMiller PC, Kreitman NB, Ingham JG and Sashidharan SP (1989) Self-esteem, life stress and psychiatric disorder Journal of Affective Disorders, 17 65-75
- 56- Yıldırım İ (1993) Evli Bireylerin Uyum Düzeyleri Psikiyatri, Psikoloji ve Psikiyatrik Dergisi, 1(3) 249-257
- 57- Masuda M, Holmes TH (1967) The Social Readjustment Rating Scale A Cross-Cultural Study of Japanese and Americans Journal of Psychosomatic Research, 11 227-237
- 58- Hall LA (1990) Prevalance and Correlates of Depressive Symptoms in Mothers of Young Children Public Health Nursing, 7(2) 71-79
- 59- Blazer D, George LK, Landerman R et al (1985) Psychiatric disorders A rural/urban comparison Arch Gen Psychiatry, 42 651-656
- 60- Warren LW, McEachren L (1983) Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women Journal of Abnormal Psychology, 92(2) 151-60
- 61- Eisemann M (1986) Social class and social mobility in depressed patients Acta Psychiatr Scand, 73 399-402
- 62- Brown GW, Bhrolchain NM Harris TO (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population Sociology, 9 225-254
- 63- Hammen CL, Padesky CA (1977) Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck inventory J Abnorm Psychol, 86 609-614
- 64- Özmen E, Aydemir O (1993) Bedensel Hastalığı Olanlarda Depresyon Psikiyatri Bülteni 2 2, 71-77
- 65- Witcher HU, Knauper B, Kessler RC (1994) Lifetime Risk of Depression Br J Psychiatry, 165(26) 16-22