

Türkiye’de Depresif Belirtilerin Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler: 2016 ve 2019 Türkiye Sağlık Araştırması Sonuçları



Kemal AYDIN¹, Nadire Gülçin YILDIZ², Halide Z. AYDIN³, Hasan Aykut KARABOĞA⁴,
Fatma KAHRAMAN GÜLOĞLU⁵, Yohane V.A. PHIRI⁶, Hatice YILDIZ⁷

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada on beş yaş ve üzerindeki yetişkin nüfusta depresif belirti yaygınlığı ve dağılımı analiz edilmiş ve depresif belirtilerin sosyodemografik özellikler, kronik hastalıklar, sağlık durumları ve davranışları ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2016 ve 2019 yıllarında toplam 34.326 kişi ile kesitsel olarak yaptığı Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro verileri Ki-Kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiş, etki büyüklükleri ise, Phi ya da Cramer’in V katsayıları ile hesaplanmıştır. Depresyon belirtilerini taramak amacıyla Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü (PHQ-8) kullanılmıştır.

Bulgular: Yetişkin nüfusta noktasal düzeyde depresif belirti yaygınlığı erkeklerde %4,7±0,24 ve kadınlarda %8±0,19 olmak üzere toplamda %6,3±0,21’dir. Yıllık depresif belirti hızı erkeklerde %6,1±0,45 ve kadınlarda %13,2±0,53 olmak üzere toplamda %10±0,49’dur. Depresif belirtilerin yaygınlığında yaş, cinsiyet, gelir ve eğitim düzeyi, sosyal destek, sağlık durumu ve engellilik önemli risk etmenleri olarak tespit edilmiştir (p<0,05). Sonuçlar, depresyon belirtileri yaşayan kişilerin psikolog, psikoterapist ve psikiyatristlerden yardım alma oranlarının çok düşük olduğuna işaret etmektedir.

Sonuç: Yaş, cinsiyet, gelir, eğitim, medeni durum, sağlık durumu, sosyal destek, kronik hastalıklar ve engellilik depresif belirtiler için önemli risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Pandemi ve Kahramanmaraş depremleri öncesi yapılan ve öz-bildirime dayalı bu araştırmalara ilave olarak yapılandırılmış tanı görüşmelerine dayalı yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Davranışsal Belirtiler, Depresif Belirtiler, Kronik Hastalıklar, PHQ-8, Sağlık Durumu, Sosyoekonomik Faktörler, Türkiye Sağlık Araştırması, Yaygınlık

ABSTRACT

Prevalence of Depressive Symptoms and Related Factors in Türkiye: Results of the 2016 and 2019 Turkish Health Survey

Objective: We investigated the prevalence and distribution of depressive symptoms in individuals aged 15 and older, as well as the relationship between depressive symptoms and sociodemographic characteristics, chronic diseases, health status and health behaviors.

Method: The analysis of data collected from the Türkiye Health Surveys conducted by Turkish Statistical Institute (TURKSAT) in 2016 and 2019 involved using the Chi-Square independence test. Effect sizes were evaluated using Phi or Cramer’s V coefficients. Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) module was used to scan the depressive symptoms.

Results: The adult population’s point of prevalence of depressive symptoms was 4.7%±0.24 in males and 8%±0.19 in females, with a population total of 6.3%±0.21. The yearly prevalence of depressive symptoms was 6.1%±0.45 in males, 13.2%±0.53 in females and a population total of 10%±0.49. Age, gender, income, education, social support, health status, disability, and chronic illnesses were found to be significant predictors of the incidence of depressive symptoms (p<0,05). The results indicated that the rate of people with depression getting help from psychologists, psychotherapists, and psychiatrists was low.

Conclusion: Age, gender, income, education, marital status, self-rated health status, social support, number of chronic illnesses, and disability were the most important risk factors for depressive episodes. In addition to such self-reported research completed before the pandemic and Kahramanmaraş earthquakes in Türkiye, further studies based on structured diagnostic interviews are required.

Keywords: Behavioral Symptom Health Status, Chronic Diseases, Depressive Symptoms, PHQ-8, Prevalence, Socioeconomic Factors, Türkiye Health Survey

How to cite: Aydın K, Yıldız NG, Aydın HZ ve ark. (2025) Türkiye’de Depresif Belirtilerin Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler: 2016 ve 2019 Türkiye Sağlık Araştırması Sonuçları. *Türk Psikiyatr Derg* 36:23. <https://doi.org/10.5080/u27341>

Geliş Tarihi: 25.04.2023, **Kabul Tarihi:** 22.04.2024, **Çevrim içi Yayın Tarihi:** 28.07.2024

¹Prof., Amasya Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fak., Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bl., Merzifon, Amasya; ²Doç., Boğaziçi Üniv. Eğitim Bilimleri Fak., Eğitim Bilimleri Bl., İstanbul; ³Doktora Öğr., South Carolina Üniv. Arnold Halk Sağlığı Fak., Columbia, SC, ABD; ⁴Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniv. Eğitim Fak., Ölçme ve Değerlendirme AD, Amasya; ⁵Doç., Yalova Üniv. İnsan ve Toplum Bilimleri Fak., Sosyal Hizmet Bl., Yalova; ⁶Post Doktora, Buffalo Üniv. Epidemiyoloji ve Çevre Sağlığı Bl., NY, ABD; ⁷Dr., İstanbul Medipol Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dr. Kemal Aydın, e-posta: kemal.aydin111@gmail.com

GİRİŞ

Depresyon tüm ülkelerde yaygın olarak görülen bir hastalıktır ve yol açtığı yeti yitimi açısından ilk sıralarda yer almaktadır. Depresyon, bireylerin kendini psikolojik olarak iyi hissetmediği, çok uzun süreler devam edebilen ve günlük hayatı etkileyen psikolojik bir rahatsızlıktır. Motivasyon eksikliği, değersizlik hissi, karamsarlık, mutsuzluk, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, iştah ve cinsel istek kaybı, sosyal izolasyon ve konstrasyon bozukluğu belirtilerin belirginleştiği bir psikolojik hastalıktır. Bireysel düzeyde iş-güç ve yeti yitimi, toplumsal düzeyde ise sosyal ve ekonomik sorunlara neden olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Orta ve yüksek gelirli ülkelerde yapılan araştırmalarda depresyonun gelişiminde pek çok risk etmeni üzerinde durulmaktadır. Genetik yatkınlığa ek olarak, cinsiyet, yaş, gelir ve eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik ve demografik etmenler, sosyal destek, vücut kitle indeksi, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlıkla ilişkili davranışlar, kronik hastalıklar ve olumsuz yaşam tecrübeleri gibi çeşitli risk etmenleri üzerine çalışmalar yapılmıştır (Binbay ve ark. 2014, Kaya 2007). Depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin yeterli olmadığı, genetik yapı ile olumsuz çevresel etkenlerin etkileşiminin belirli bir eşiği aşması ve bunun zamanlamasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ağır depresif belirtilerde biyolojik yatkınlığın daha baskın olduğu ifade edilirken hafif formlarında çevresel etkenlerin rolünün önem kazandığı ileri sürülmektedir (Ünal ve ark. 2002).

Türkiye’de depresyon ile ilgili bugüne kadar yapılmış epidemiyolojik çalışmalar çoğunlukla özel nüfus grupları ile sınırlı kalmıştır. Yüksek maliyetlerden dolayı tüm nüfusu temsil eden araştırmaların sayısı kısıtlıdır. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji konusunda yapılan araştırmaların başlangıcı 1960’lı yıllara kadar geri gitmekle birlikte tüm ülkeyi temsil eden ilk kapsamlı araştırma 1995 yılından sonra yapılmıştır (Erol ve ark. 1998).

En son Sağlık Bakanlığı’nın bir araştırmasına göre depresif bozukluk yaygınlığı %9,0, somatizasyon bozukluğu yaygınlığı %5,0, panik bozukluğu yaygınlığı %2,0 olarak bulunmuştur. Depresif bozukluk kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmüştür. Hem erkeklerde hem de kadınlarda 75 yaş ve üzeri grup, ruh sağlığı sorunlarının en yüksek hızda görüldüğü yaş grubudur (Sağlık Bakanlığı 2013).

Bu çalışmada TÜİK’in 2016 ve 2019 yıllarında kesitsel olarak yaptığı Türkiye Sağlık Araştırmasının mikro verileri analiz edilerek, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri nüfusta depresif belirtilerin yaygınlığı, sosyoekonomik özellikler, sağlıkla ilişkili davranışlar ve kronik hastalıklarla ilişkisi çerçevesinde analiz edilmiştir.

YÖNTEM

Veriler

The European Health Interview Survey (EHIS-Avrupa Sağlık Anketi) olarak isimlendirilen sağlık araştırmaları 2008 yılından beri 27 Avrupa Birliği (AB) ülkesi ile Birleşik Krallık, Norveç, İzlanda ve Türkiye’de yapılmaktadır (Eurostat 2022). Bu araştırmayı Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) adıyla belirli periyotlarda uygulamaktadır. Bu araştırmada sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık belirleyicileri ve sosyoekonomik arka plan olmak üzere dört modül bulunmaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması nüfusun sağlık durumunun genel bir görünümünü sunmakta ve temel sağlık sorunlarının yanı sıra sağlığı etkileyen demografik, sosyoekonomik ve davranışsal etmenlerin belirlenmesine olanak tanımaktadır (TÜİK 2019). Genel nüfusun sağlık durumu ile ilgili bu tür bilgiler gerek sağlıkla ilgili çıkarımlar gerekse ilgili halk sağlığı politikaları açısından önemli bilgiler sağlamaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması ülke genelini yansıttırmasının yanı sıra hem uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlamakta hem de ulusal ihtiyaçlara ışık tutmaktadır (TÜİK 2016, 2019).

Türkiye Sağlık Araştırması’nda genel nüfusta depresyon yaygınlığı ve düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) IV ölçütüne göre geliştirilmiş bir araç olan Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü (PHQ-8) yer almaktadır. Bu modülle nüfusa dayalı araştırmalar ve büyük klinik çalışmalarda depresyonun tanı ve şiddetini ölçmede başvurulmaktadır (Eurostat 2022). PHQ-8 modülü geçerlik ve güvenilirlik araştırmaları uluslararası yazında (Kroenke ve ark. 2009) ve Türkiye’de yapılmış olan ve yaygın olarak kullanılan bir araçtır (Güleç ve ark. 2012, Kaymaz ve ark. 2021).

Türkiye Sağlık Araştırması, 12 bölgeyi kapsayan il, ilçe ve beldelede çok aşamalı bir örnekleme tasarımı ile kesitsel olarak yapılan bir araştırmadır. Sonucusu 2019 yılında icra edilen bu anketler, Türkiye sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerlerinde bulunan hane halklarını kapsamaktadır. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapisyanede, hastanede sürekli olarak kalan, huzurevleri vb.) araştırmaya dâhil edilmemiştir. Örneklem seçimi, yöntemi, sosyo-ekonomik değişkenler ve kronik hastalıkların tanımlanıp sınıflandırılması ilgili ayrıntılı bilgiler TÜİK’in ilgili kaynağında (Türkiye Sağlık Araştırması Veri Portalı 2016 ve Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti 2019) yer almaktadır (TÜİK 2016, 2019).

2016 yılında yapılan araştırma Türkiye toplam tahmini ve-rebilecek şekilde belirlenen 15 yaş ve üzeri 7.668’i erkek (%44,5) ve 9.574’ü kadın (%55,5) olmak üzere toplam 17.242 kişi; 2019 yılında ise 7.784’ü erkek (%45,6), ve 9.300’ü kadın (%54,4) olmak üzere toplam 17.084 kişi ile yapılmıştır. Her iki yılda kesitsel olarak yapılan bu araştırmalarda anketlere katılan 15 yaş ve üzeri kişi sayısı toplamda

34.326'dır. Katılımcıların %16'sını 15-24, %18'ini 25-34, %20'sini 35-44, %17'sini 45-54, %14'ünü 55-64, %9'unu 65-74 ve %5'ini 75 yaş ve üzeri katılımcılar oluşturmuştur. Katılımcıların %21'i hiç evlenmemiş, %69'u evli, %3,2'si dul ve %7'si boşanmıştır. Eğitim durumuna göre katılımcıların %55,2'si ilkokul ve altı, %16'sı ortaöğretim ve dengi, %15'i lise ve dengi ve %13,6'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir (TÜİK, 2016, 2019).

Değişkenler ve Ölçüm

Veriler SPSS v.25.0 (Statistical Package for Social Sciences Version 25.0) paket programı ile analiz edilmiştir. Depresyonun belirti şiddeti ve yaygınlığı ile ilişkili olduğu düşünülen etmenlerden sosyoekonomik, demografik, davranışsal, sağlık durumu, kronik hastalıklar, psikolog/psikoterapi/psikiyatriye başvuru olmak üzere toplam 22 değişken belirlenmiştir. Depresyon belirtilerinin yaygınlığı Ki-kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiştir. Etki büyüklükleri için 2x2 tablolarda Phi ve daha büyük nominal değişken içeren tablolarda ise Cramer'in V katsayıları hesaplanmıştır (Field 2013, Pallant 2020). Bazı gözelerde gözlenen frekansın 25'in altında veya 5'ten küçük olan göze yüzdesi %20'nin üzerindeyken Pearson Ki-kare testi yerine Exact testleri ya da Monte-Carlo simülasyonu yöntemleri kullanılabilir (Field 2013, George ve Mallery 2019, Mehta ve Patel 1996). Eğer hem orta büyüklükte hem de çok küçük beklenen frekanslara sahip kontenjans tablolarında Ki-kare yaklaşımı zayıf olabilir. Bunun yerine Benzerlik Oran Ki-kare testi (Likelihood Ratio) verilebilir (Cressie ve Read 1989). Benzerlik Oran Ki-kare testi, test istatistiği değeri Pearson Ki-kare testi ile üretilen test istatistiği değerinden yüksektir. Pearson Ki-kare testi ile Benzerlik Oran Ki-kare testi farklı test istatistikleri üretmelerine rağmen genellikle aynı sonuçları sağlarlar. Beklenen frekanslar büyük olduğunda, iki istatistik aynı Ki-kare dağılımına sahiptir ve ürettikleri test değerleri benzerdir (Agresti 2019). Çalışmamızda bu gibi durumlarla karşılaşmamıştır. Ancak bu gibi durumlarda Pearson Ki-kare testi yerine Benzerlik Oran Ki-kare testi sonuçları verilebilir. Bu değer için ayrıca bir notasyon kullanılmamış olup " p_a : Ki-kare bağımsızlık testi" şeklinde olasılık değeri tabloda ifade edilmiştir. Etki büyüklükleri ise p_1 ve p_2 şeklinde ifade edilmiş ve gerekli açıklamalar tabloların altında verilmiştir.

Türkiye Sağlık Anketi'nde sekiz Likert tipi maddeden oluşan PHQ-8 öz değerlendirme ölçeğinde katılımcılara son iki hafta içinde depresif belirtileri hangi sıklıkta yaşadığı sorulmuştur. Bu modülde en düşük puan 0 en yüksek puan ise 24'tür. Uluslararası ölçümlerde puan toplamı 5-9 arası hafif depresif belirti düzeyi, 10-14 arası orta depresif belirti düzeyi ve 15 ve üzeri ise ağır depresif belirti düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası ölçümlerde toplamda 10 ve üzeri puan, eşik üstü tedavi gerektiren depresyon olarak (PHQ-8 \geq 10) tanımlanmaktadır. Bu çalışmada depresyon puanları

yukarıdaki ölçüte göre hesaplanarak PHQ-8 puanı 5-9 arası olanlar hafif depresif belirtili ve PHQ-8 puanı 10 ve üzeri olanlar (PHQ-8 \geq 10) tedavi gerektiren majör depresif belirti düzeyine sahip olarak tanımlanmıştır. Majör depresyon tanısında PHQ-8 \geq 10 ve üzeri ölçümler uluslararası çalışmalarda %88 özgüllük ve %88 duyarlılığında bulunmuştur (Kroenke ve ark. 2009). DSM-IV'teki dokuzuncu soru in-tihar veya kendine zarar verme düşüncelerini içermektedir. Kendine zarar verme düşüncesi genel nüfus taramalarında nadir görüldüğü ve puanlamada çok az bir etkisi olduğu için Hasta Sağlık Anketi 9 (PHQ-9) modülü tercih edilmemektedir (Kroenke ve ark. 2009).

Anketlerde yer alan kilo ve boy ölçümleri ile vücut-kitle indeksi (VKİ) sınıflamasına göre normal kilolu, fazla kilolu ve obez kategorileri ve TSA'da yer alan Oslo 3 Sosyal Destek Ölçeği (OSSS-3) hesaplanarak zayıf, orta ve güçlü düzeyde sosyal destek kategorileri oluşturulmuştur (TÜİK 2016, 2019).

BULGULAR

Sosyodemografik Etmenler ve Depresif Belirti Yaygınlığı

Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) 2016 ve 2019 yıllarında kesitsel olarak 15 yaş ve üzeri toplam 34.326 kişi ile yapılmıştır. 2016 ve 2019 yıllarında sırası ile araştırma yapılan kişilerin %72,4 (n=12.249) ve %72,7'sinde (n=12.241) noktasal düzeyde depresif belirti bulunmamıştır. Sırasıyla 2016 ve 2019 yıllarında katılımcıların %21,4 (n=3.623) ve %20,8'inde (n=3.562) kesme noktası altında bulunan hafif depresif belirti (PHQ-8: 5-9); %3,6 (n=603) ve %3,3'ünde (n=563) orta şiddette (PHQ-8:10-14) ve %2,7 (n=452) ve %3,1 (n=538)'inde ağır düzeyde depresif belirti saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de 2016 yılında kesme noktası üzerinde (PHQ-8 \geq 10) bulunan majör depresif belirti yaygınlığı %6,3, 2019 yılında ise %6,4 olarak bulunmuştur. Her iki yılın sonucuna göre olası majör depresyon yaygınlığının ağırlıklı ortalamasının (PHQ-8 \geq 10) %6,34 olduğu anlaşılmıştır.

Ki-kare bağımsızlık testi ile Phi ve Cramer'in V katsayı sonuçlarına göre sosyodemografik etmenler ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmakla birlikte Phi ve Cramer'in V katsayıları ilişkinin güçlü olmadığına işaret etmektedir. 2016 yılına göre 2019 yılında hafif depresif belirti yaygınlığı %6 azalırken majör depresif belirti yaygınlığında kayda değer bir değişim olmamıştır.

Erkeklerde depresif belirti yaygınlığı 2016 ve 2019 yıllarında sırasıyla %4,3 ve %4,7, kadınlarda ise %7,8 ve %8'dir. Ayrıca, anketlerde yer alan tek soruluk "Son 12 ayda depresyon yaşadınız mı?" sorusuna verilen yanıtlara göre kadınların %13,2'si ve erkeklerin %6,1'i olmak üzere toplamda %10'u son bir yılda depresyon yaşadığını bildirmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik Etmenler ve Depresif Belirti Düzeyleri

Değişkenler	2016						PHQ-8 (≥10)	2019					PHQ-8 (≥10)		
	BY	HB	ODB	ŞDB	Toplam	BY		HB	ODB	ŞDB	Toplam				
Cinsiyet	Erkek	n	5996	1200	178	142	7516	320	6178	1245	193	168	7784	361	
		%	79,8	16	2,4	1,9	100	4,3	79,4	16	2,5	2,2	100	4,7	
	Kadın	n	6253	2423	425	310	9411	735	6243	2317	370	370	9300	7,4	
		%	66,4	25,7	4,5	3,3	100	7,8	67,1	24,9	4	4	100	8	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
<i>Test Sonucu</i> (<i>Etki Büyüklüğü</i>)			$p_a < 0,01$ (0,149; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,073; $p_1 < 0,05$)			$p_a < 0,01$ (0,137; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,067; $p_1 < 0,05$)	
Yaş grupları	15-24	n	2044	443	67	36	2590	103	2169	444	69	48	2730	117	
		%	78,9	17,1	2,6	1,4	100	4	79,5	16,3	2,5	1,8	100	4,3	
	25-34	n	2279	570	89	68	3006	157	2377	564	66	63	3070	129	
		%	75,8	19	3	2,3	100	5,3	77,4	18,4	2,1	2,1	100	4,2	
	35-44	n	2557	684	124	79	3444	203	2516	687	106	86	3395	192	
		%	74,2	19,9	3,6	2,3	100	5,9	74,1	20,2	3,1	2,5	100	5,6	
	45-54	n	2151	669	102	85	3007	187	2075	638	110	95	2918	205	
		%	71,5	22,2	3,4	2,8	100	6,2	71,1	21,9	3,8	3,3	100	7,1	
	55-64	n	1684	548	80	56	2368	136	1794	542	86	91	2513	177	
		%	71,1	23,1	3,4	2,4	100	5,8	71,4	21,6	3,4	3,6	100	7	
	65-74	n	1022	401	70	52	1545	122	1036	404	73	77	1590	150	
		%	66,1	26	4,5	3,4	100	7,9	65,2	25,4	4,6	4,8	100	9,4	
	75 ve üzeri	n	512	308	71	76	967	147	454	283	53	78	868	131	
		%	52,9	31,9	7,3	7,9	100	15,2	52,3	32,6	6,1	9	100	15,1	
	Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101	
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
<i>Test Sonucu</i> (<i>Etki Büyüklüğü</i>)			$p_a < 0,01$ (0,086; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,100; $p_2 < 0,05$)			$p_a < 0,01$ (0,186; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,104; $p_2 < 0,05$)	
Medeni durum	Hiç evlenmedi	n	2528	571	93	70	3262	163	2839	601	92	78	3610	170	
		%	77,5	17,5	2,9	2,1	100	5	78,6	16,6	2,5	2,2	100	4,7	
	Evli	n	8735	2513	393	269	11910	662	8623	2418	356	329	11726	685	
		%	73,3	21,1	3,3	2,3	100	5,6	73,5	20,6	3	2,8	100	5,8	
	Dul	n	326	134	34	38	532	72	357	158	29	30	574	59	
		%	61,3	25,2	6,4	7,1	100	13,5	62,2	27,5	5,1	5,2	100	10,3	
	Boşanmış	n	660	405	83	75	1223	158	602	385	86	101	1174	187	
%		54	33,1	6,8	6,1	100	12,9	51,3	32,8	7,3	8,6	100	15,9		
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4			
<i>Test Sonucu</i> (<i>Etki Büyüklüğü</i>)			$p_a < 0,01$ (0,084; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,097; $p_2 < 0,05$)			$p_a < 0,01$ (0,092; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,112; $p_2 < 0,05$)	
Gelir düzeyi	1. %20	n	2192	1050	187	178	3607	365	344	164	40	41	589	81	
		%	60,8	29,1	5,2	4,9	100	10,1	58,4	27,8	6,8	7	100	13,8	
	2. %20	n	3254	1044	173	132	4603	305	358	105	10	17	490	27	
		%	70,7	22,7	3,8	2,9	100	6,7	73,1	21,4	2	3,5	100	5,5	
	3. %20	n	2339	596	98	65	3098	163	301	72	11	7	391	18	
		%	75,5	19,2	3,2	2,1	100	5,3	77	18,4	2,8	1,8	100	4,6	
	4. %20	n	2280	497	73	41	2891	114	301	78	17	5	401	22	
		%	78,9	17,2	2,5	1,4	100	3,9	75,1	19,5	4,2	1,2	100	5,4	
	5. %20 +	n	2184	436	72	36	2728	108	285	41	3	3	332	6	
		%	80,1	16	2,6	1,3	100	3,9	85,8	12,3	0,9	0,9	100	1,8	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	1589	460	81	73	2203	154		
%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,1	20,9	3,7	3,3	100	7			
<i>Test Sonucu</i> (<i>Etki Büyüklüğü</i>)			$p_a < 0,01$ (0,093; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,094; $p_2 < 0,05$)			$p_a < 0,01$ (0,133; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,167; $p_2 < 0,05$)	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	n	5664	2220	374	313	8571	687	5103	1999	340	364	7806	704	
		%	66,1	25,9	4,4	3,7	100	8,1	65,4	25,6	4,4	4,7	100	9,1	
	İlköğretim	n	2031	516	81	58	2686	139	2250	560	82	73	2965	155	
		%	75,6	19,2	3	2,2	100	5,2	75,9	18,9	2,8	2,5	100	5,3	
	Lise	n	2454	508	88	56	3106	144	2577	524	90	55	3246	145	
		%	79	16,4	2,8	1,8	100	4,6	79,4	16,1	2,8	1,7	100	4,5	
	Üniversite ve üzeri	n	2100	379	60	25	2564	85	2491	479	51	46	3067	97	
%		81,9	14,78	2,34	0,98	100	3,32	81,2	15,6	1,7	1,5	100	3,2		
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4			
<i>Test Sonucu</i> (<i>Etki Büyüklüğü</i>)			$p_a < 0,01$ (0,087; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,078; $p_2 < 0,05$)			$p_a < 0,01$ (0,093; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,099; $p_2 < 0,05$)	

BY: Belirti yok (PHQ-8<5), HB: Hafif belirti (PHQ-8=5-9), ODB: Orta düzey belirti (PHQ-8=10-14), ŞDB: Şiddetli düzey belirti (PHQ-8≥15), Eşik üstü depresif belirti (PHQ-8≥10), PHQ-8: Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü-8, n: sayı, p_1 : Ki-kare bağımsızlık testi, p_2 : Phi katsayısı, p_3 : Cramers'in V katsayısı.
Katılımcıların gelir durumları kategorize edilmiştir. 1.%20 kişinin en düşük gelire sahip ilk %20'lik kesimde yer aldığını, 5.%20 ise kişinin en yüksek gelire sahip kesimde yer aldığını göstermektedir. Düzeyler arttıkça gelir düzeyinin arttığı anlaşılmalıdır.

Tablo 2. Davranışsal Etmenler ve Depresif Belirti Düzeyleri

Değişkenler	2016					Toplam (≥10)	PHQ-8				2019				Toplam (≥10)	PHQ-8					
	BY	HB	ODB	ŞDB			BY	HB	ODB	ŞDB	BY	HB	ODB	ŞDB		BY	HB	ODB	ŞDB		
Sosyal destek	Zayıf	n	1844	850	195	181	3070	376	2140	912	178	211	3441	389							
		%	60,1	27,7	6,4	5,9	100	12,3	62,2	26,5	5,2	6,1	100	11,3							
	Orta	n	7447	2129	312	214	10102	526	7793	2144	302	254	10493	556							
		%	73,7	21,1	3,1	2,1	100	5,2	74,3	20,4	2,9	2,4	100	5,3							
	Güçlü	n	2958	644	96	57	3755	153	2488	506	83	73	3150	156							
	%	78,8	17,2	2,6	1,5	100	4,1	79	16,1	2,6	2,3	100	4,9								
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101								
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4								
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)			$p_a < 0,01$ (0,110; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,119; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,098; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,100; $p_2 < 0,05$)			
Vücut Kitle İndeksi	Normal	n	5311	1406	228	192	7137	420	5357	1393	208	210	7168	418							
	kilo	%	74,4	19,7	3,2	2,7	100	5,9	74,7	19,4	2,9	2,9	100	5,8							
	Obez	n	4403	1290	216	127	6036	343	4531	1213	187	174	6105	361							
	öncesi	%	72,9	21,4	3,6	2,1	100	5,7	74,2	19,9	3,1	2,9	100	6							
	Obez	n	2535	927	159	133	3754	292	2533	956	168	154	3811	322							
	%	67,5	24,7	4,2	3,5	100	7,7	66,5	25,1	4,4	4	100	8,4								
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101								
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4								
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)			$p_a < 0,01$ (0,047; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,034; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,054; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,044; $p_2 < 0,05$)			
Sigara alışkanlığı	Evet, her gün	n	3079	936	185	143	4343	328	3343	971	168	164	4646	332							
		%	70,9	21,6	4,3	3,3	100	7,6	72	20,9	3,6	3,5	100	7,1							
	Evet, ara sıra	n	492	174	33	19	718	52	395	138	34	18	585	52							
		%	68,5	24,2	4,6	2,6	100	7,2	67,5	23,6	5,8	3,1	100	8,9							
	Hiçbir zaman	n	6836	2060	294	231	9421	525	6797	1924	268	267	9256	535							
	%	72,6	21,9	3,1	2,5	100	5,6	73,4	20,8	2,9	2,9	100	5,8								
Bıraktım	n	1842	453	91	59	2445	150	1886	529	93	89	2597	182								
	%	75,3	18,5	3,7	2,4	100	6,1	72,6	20,4	3,6	3,4	100	7								
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101								
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4								
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)			$p_a < 0,01$ (0,028; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,035; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,023; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,032; $p_2 < 0,05$)			
Alkol alışkanlığı	Evet	n	3174	792	147	99	4212	246	3380	834	150	135	4499	285							
		%	75,4	18,8	3,5	2,4	100	5,9	75,1	18,5	3,3	3	100	6,3							
	Hayır	n	9075	2831	456	353	12715	809	9041	2728	413	403	12585	816							
		%	71,4	22,3	3,6	2,8	100	6,4	71,8	21,7	3,3	3,2	100	6,5							
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101								
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4								
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)			$p_a < 0,01$ (0,040; $p_2 < 0,05$)					$p_a > 0,05$ (0,009; $p_1 > 0,05$)					$p_a < 0,01$ (0,035; $p_2 < 0,05$)					$p_a > 0,05$ (0,003; $p_1 > 0,05$)			

BY: Belirti yok (PHQ-8 <5), HB: Hafif belirti (PHQ-8 =5-9), ODB: Orta düzey belirti (PHQ-8=10-14), ŞDB: Şiddetli düzey belirti (PHQ-8 ≥15), Eşik üstü depresif belirti (PHQ-8≥10), PHQ-8: Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü-8, n: sayı, p_1 : Ki-kare bağımsızlık testi, p_2 : Phi katsayısı, p_3 : Cramers'ın V katsayısı

Yaş grupları, gelir ve eğitim düzeyine göre 2016 ve 2019 verilerinde depresif belirtilerin düzeylerine göre yaygınlıklarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Özetle, majör depresif belirtiler (PHQ-8≥10) kadınlar, yaşlılar, dul ve boşanmış kişiler ile en düşük gelir ve eğitim düzeyinde yer alan kişiler arasında daha yaygındır. Her iki kesitsel araştırma karşılaştırıldığında arada üç yıl gibi kısa bir zaman dilimi olduğu için genel olarak bir farkın olmadığı gözlemlenmekle beraber 2016 yılına nispeten 2019 yılında depresif belirti yaygınlığının en alt gelir diliminde, boşanmış ve dul bireylerde %3 arttığı görülmüştür.

Davranışsal Risk Etmenleri ve Depresif Belirti Yaygınlığı

Oslo Sosyal Destek Modülü'nün (OSSS-3) algoritmik hesaplamasına göre tüm katılımcıların %19'u zayıf sosyal destek,

%61'i orta düzey sosyal destek ve %21'i güçlü düzey sosyal destek aldığını rapor ederken majör depresif belirtisi olan toplam 2156 kişinin %35'i zayıf, %50'si orta ve %15'i güçlü düzey sosyal destek aldığını ifade etmiştir. Tüm katılımcıların %42'si normal kilolu, %36'sı fazla kilolu ve %22'si obezdir. Sosyal destek, obezite, sigara ve alkol tüketimine göre gruplar arasında depresif belirti düzeylerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Zayıf sosyal desteği olanlarda depresif belirti sıklığı orta düzey sosyal desteği olanlara kıyasla iki kat ve güçlü düzey sosyal desteği olanlara göre de yaklaşık üç kat daha fazladır. Vücut kitle indeksi gruplarına göre depresyon belirti düzeyi dağılımı incelendiğinde, normal kilolu katılımcılar ile fazla kilolu ve obez katılımcılar arasında çok açık bir farka rastlanmamıştır. Sigara ve alkol tüketenler ile tüketmeyenler arasında da depresyon yaygınlığı birbirine çok yakın bulunmuştur. Davranışsal risk etmenlerine göre depresif belirti dağılımına ait Ki-kare testleri ve etki katsayılarında anlamlı

Tablo 3. Sağlık Durumu, Günlük Faaliyetlerde Kısıtlanma ve Depresif Belirti Düzeyleri

Değişkenler	2016				Toplam	PHQ-8		2019				Toplam	PHQ-8	
	BY	HB	ODB	ŞDB		(≥10)	BY	HB	ODB	ŞDB	(≥10)			
Sağlık durumu	Çok iyi	n	1261	183	12	1468	24	1151	83	8	5	1247	13	
		%	85,9	12,5	0,8	0,8	100	1,6	92,3	6,7	0,6	0,4	100	1
	İyi	n	7067	1249	139	64	8519	203	7257	1264	144	76	8741	220
		%	83	14,7	1,6	0,8	100	2,4	83	14,5	1,6	0,9	100	2,5
	Orta	n	3082	1417	236	143	4878	379	3317	1483	230	184	5214	414
		%	63,2	29	4,8	2,9	100	7,7	63,6	28,4	4,4	3,5	100	7,9
	Kötü	n	787	708	195	158	1848	353	661	653	149	192	1655	341
		%	42,6	38,3	10,6	8,5	100	19,1	39,9	39,5	9	12	100	20,6
	Çok kötü	n	52	66	21	75	214	96	35	79	32	81	227	113
		%	24,3	30,8	9,8	35	100	44,8	15,4	34,8	14,1	36	100	49,8
	Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101
		%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4
	<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,234; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,283; $p_2 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,242; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,302; $p_2 < 0,05$)	
	6 ay + sağlık problemi	Evet	n	5089	2447	477	394	8407	871	6574	2790	494	502	10360
%			60,5	29,1	5,7	4,7	100	10,4	63,5	26,9	4,8	4,8	100	9,6
Hayır		n	7160	1176	126	58	8520	184	5847	772	69	36	6724	105
		%	84	13,8	1,5	0,7	100	2,2	87	11,5	1	0,5	100	1,5
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101	
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4	
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,272; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,170; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,264; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,160; $p_1 < 0,05$)		
6 ay ve üzeri yaşamsal kısıtlanma durumu	Ciddi ölçüde kısıtlandı	n	623	651	188	215	1677	404	591	550	154	249	1544	403
		%	37,1	38,8	11,2	12,8	100	24	38,3	35,6	10	16	100	26,1
	Kısıtlandı fakat ciddi ölçüde değil	n	3446	1491	228	127	5292	355	2458	1304	202	168	4132	370
		%	65,1	28,2	4,3	2,4	100	6,7	59,5	31,6	4,9	4,1	100	9
	Kısıtlanmadı	n	8180	1481	187	110	9958	297	9372	1708	207	121	11408	328
		%	82,1	14,9	1,9	1,1	100	3	82,2	15	1,8	1,1	100	2,9
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101	
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4	
<i>Test Sonucu</i> (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,250; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,254; $p_2 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,264; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (0,273; $p_2 < 0,05$)		

BY: Belirti yok (PHQ-8 <5), HB: Hafif belirti (PHQ-8 =5-9), ODB: Orta düzey belirti (PHQ-8=10-14), ŞDB: Şiddetli düzey belirti (PHQ-8 ≥15), Eşik üstü depresif belirti (PHQ-8 ≥10, PHQ-8: Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü-8, n: sayı), p_1 : Ki-kare bağımsızlık testi, p_2 : Phi katsayısı, p_3 : Cramer'in V katsayısı

farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$); etki katsayıları ilişkinin güçlü olmadığına işaret etmektedir (Tablo 2).

Sağlık Durumu, Günlük Faaliyetlerde Kısıtlanma ve Depresif Belirti Yaygınlığı

Türkiye Sağlık Araştırması'nda genel sağlık durumu, kronik morbidite ve sağlık sorunları nedeni ile günlük faaliyetlerde kısıtlama olmak üzere üç farklı sağlık kavramını ifade eden bir modül bulunmaktadır. Bu modül Minimum Avrupa Sağlık Modülü (Minimum European Health Module (MEHM)) olarak isimlendirilmektedir. Ayrıca, herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük faaliyetlerde kısıtlama değişkeni, Küresel Aktivite Kısıtlama Göstergesi (Global Activity Limitation (GALI)) olarak bilinmektedir (Aydın 2019, Eurostat 2022).

Bu üç soruluk minimum sağlık modülü depresyon araştırmalarında sıklıkla kullanılmaya başlanmış ve depresyonu tahminde önemli olduğu ifade edilmiştir (Ambresin ve ark. 2014). Sağlık durumu, hastalık ve engellilik etmenleri ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar ($p < 0,01$) tespit edilmiş ve ilişki ölçüsünün orta-güçlü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Özetle, sağlık durumu, son altı ayda hastalık/sağlık durumu ve günlük faaliyetlerde kısıtlanma değişkenleri depresif belirti tahmininde çok güçlü etmenler olarak ortaya çıkmaktadır. Sonuçlar, olası majör depresyonu olan kadınların yaklaşık %70'inde sağlık/hastalık problemi ile depresyon arasında karşılıklı bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir. Majör depresyonu olan erkeklerde ise bu oran %30'dur.

Tablo 4. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'de Depresif Belirti Yaygınlığı (PHQ-8≥10) (Arias-de la Torre ve ark. 2021, Hapke U ve ark. 2019)

	Kadın %	Erkek %	Toplam %
Türkiye	8,0	4,7	6,3
Almanya	10,8	7,6	9,2
Avusturya	5,3	3,4	4,3
Birleşik Krallık	8,6	6,1	7,4
Bulgaristan	8,0	6,0	6,5
Çekya	3,4	2,0	2,7
Danimarka	9,5	5,3	9,5
Estonya	8,0	5,0	6,6
Finlandiya	6,4	5,7	6,0
Fransa	9,0	5,2	7,2
Güney Kıbrıs	5,2	3,0	4,1
Hırvatistan	3,4	3,4	3,4
İzlanda	14	6,7	10,3
İrlanda	8,8	6,6	7,8
İtalya	5,6	3,5	4,6
İsveç	11,2	6,5	8,8
Letonya	5,8	3,3	4,7
Litvanya	4,1	2,3	3,3
Lüksemburg	11,7	8,2	10
Macaristan	9,6	7,1	8,5
Malta	4,4	2,2	3,3
Norveç	6,4	4,0	5,2
Polonya	5,5	4,0	4,8
Portekiz	12,9	4,7	9,1
Romanya	5,1	4,7	4,9
Slovakya	3,4	2,3	2,9
Slovenya	7,3	4,0	5,6
Yunanistan	3,8	2,5	3,2
AB ortalama	7,9	5,2	6,6

AB Ülkeleri ve Türkiye'de Depresyon Yaygınlığı

Tablo 4'te 2013 ve 2015 yılları arasında 27 AB ülkesinde uygulanan araştırmanın (European Health Interview Survey-EHIS) PHQ-8 modülü sonuçları ile Türkiye'de en son 2019 yılında uygulanan aynı araştırmanın (TSA) sonuçları yer almaktadır. AB ülkelerinde anlamlı farklılıklar olmakla birlikte ortalama depresyon yaygınlığı %6,6'dır. Cinsiyet açısından Hırvatistan ve Finlandiya dışındaki tüm ülkelerde erkek ve kadınlar arasında belirgin farklılıkların olduğu görülmektedir.

Kronik Hastalıklar ve Depresif Belirti Yaygınlığı

Tablo 5'te son 12 ayda kronik hastalıklara [bel bölgesi problemleri (bel ağrısı, bel fıtığı ve diğer bel defektleri), boyun bölgesi problemleri (boyun ağrısı, boyun fıtığı, diğer boyun defektleri), hipertansiyon, diyabet, artroz, alerji, koroner kalp hastalığı] yakalanma durumuna göre noktasal düzeyde

depresif belirti seviyelerinin karşılaştırması yer almaktadır. En az bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresif belirti seviyelerinin farklılık gösterdiği anlaşılmıştır ($p<0,01$). Kronik hastalığı olan katılımcılarda hafif ve şiddetli depresif belirti yaygınlığının yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Kronik hastalıklar arttıkça depresif belirtilerin arttığı söylenebilir. Hem kronik hastalığı olup hem de depresyon belirtisi olan kişiler incelendiğinde kadınların oranının hastalık bazında %67-79 arasında dağıldığı görülmektedir. Özetle, kronik hastalıklara depresyon belirtilerinin eşlik etme olasılığı kadınlarda erkeklere oranla 2,5-3 kat fazla bulunmuştur.

Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı ve Depresif Belirti Yaygınlığı

Tablo 6'da son 12 ayda psikoloğa, psikoterapiye ve psikiyatrye başvuru ile noktasal depresif belirti dağılımına ait bulgular

Tablo 5. Kronik Hastalıklar ve Depresif Belirti Düzeyleri

Değişkenler	2016					Toplam	PHQ-8		2019				Toplam	PHQ-8	
	BY	HB	ODB	ŞDB			(≥10)		BY	HB	ODB	ŞDB		(≥10)	
Bel bölgesi	Evet	n	2977	1598	326	242	5143	568	3130	1670	328	323	5451	651	
		%	57,9	31,1	6,3	4,7	100	11	57,4	30,6	6	5,9	100	11,9	
	Hayır	n	9272	2025	277	210	11784	487	9291	1892	235	215	11633	450	
		%	78,7	17,2	2,4	1,8	100	4,2	79,9	16,3	2	1,8	100	3,8	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,219; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,131; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,242; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,153; $p_1 < 0,05$)		
Boyun bölgesi	Evet	n	1816	1190	268	208	3482	476	2000	1315	265	254	3834	519	
		%	52,2	34,2	7,7	6	100	13,7	52,2	34,3	6,9	6,6	100	13,5	
	Hayır	n	10433	2433	335	244	13445	579	10421	2247	298	284	13250	582	
		%	77,6	18,1	2,5	1,8	100	4,3	78,6	17	2,2	2,1	100	4,3	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,240; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,157; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,254; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,155; $p_1 < 0,05$)		
Hipertansiyon	Evet	n	1849	1050	202	167	3268	369	1802	957	187	221	3167	408	
		%	56,6	32,1	6,2	5,1	100	11,3	56,9	30,2	5,9	7	100	12,9	
	Hayır	n	10400	2573	401	285	13659	686	10619	2605	376	317	13917	693	
		%	76,1	18,8	2,9	2,1	100	5	76,3	18,7	2,7	2,3	100	5	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,176; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,102; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,181; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,125; $p_1 < 0,05$)		
Şeker hastalığı	Evet	n	1049	612	117	97	1875	214	1082	615	118	146	1961	264	
		%	55,9	32,6	6,2	5,2	100	11,4	55,2	31,4	6	7,4	100	13,4	
	Hayır	n	11200	3011	486	355	15052	841	11339	2947	445	392	15123	837	
		%	74,4	20	3,2	2,4	100	5,6	75	19,5	2,9	2,6	100	5,5	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,132; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,076; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,151; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,103; $p_1 < 0,05$)		
Artroz	Evet	n	786	572	141	108	1607	249	1099	720	157	171	2147	328	
		%	48,9	35,6	8,8	6,7	100	15,5	51,2	33,5	7,3	8	100	15,3	
	Hayır	n	11463	3051	462	344	15320	806	11322	2842	406	367	14937	773	
		%	74,8	19,9	3	2,2	100	5,2	75,8	19	2,7	2,5	100	5,2	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,180; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,124; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,195; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,136; $p_1 < 0,05$)		
Alerji	Evet	n	1102	638	142	100	1982	242	1304	650	137	150	2241	287	
		%	55,6	32,2	7,2	5	100	12,2	58,2	29	6,1	6,7	100	12,8	
	Hayır	n	11147	2985	461	352	14945	813	11117	2912	426	388	14843	814	
		%	74,6	20	3,1	2,4	100	5,5	74,9	19,6	2,9	2,6	100	5,5	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,141; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,090; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,137; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,101; $p_1 < 0,05$)		
Koronar kalp hastalığı	Evet	n	615	456	111	106	1288	217	607	456	116	159	1338	275	
		%	47,7	35,4	8,6	8,2	100	16,8	45,4	34,1	8,7	12	100	20,6	
	Hayır	n	11634	3167	492	346	15639	838	11814	3106	447	379	15746	826	
		%	74,4	20,3	3,1	2,2	100	5,3	75	19,7	2,8	2,4	100	5,2	
Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101		
	%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4		
Test Sonucu (Etki Büyüklüğü)		$p_a < 0,01$ (0,173; $p_2 < 0,05$)					$p_a < 0,01$ (-0,126; $p_1 < 0,05$)		$p_a < 0,01$ (0,210; $p_2 < 0,05$)				$p_a < 0,01$ (-0,167; $p_1 < 0,05$)		

BY: Belirti yok (PHQ-8 <5), HB: Hafif belirti (PHQ-8 =5-9), ODB: Orta düzey belirti (PHQ-8=10-14), ŞDB: Şiddetli belirti (PHQ-8 ≥15), Eşik üstü depresif belirti (PHQ-8≥10), PHQ-8: Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü-8, n: sayı, p_1 : Ki-kare bağımsızlık testi, p_2 : Phi katsayısı, p_3 : Cramers'in V katsayısı

Tablo 6. Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı ve Depresif Belirti Düzeyleri

Değişkenler	2016					Toplam	PHQ-8 (≥10)	2019				Toplam	PHQ-8 (≥10)	
	BY	HB	ODB	ŞDB				BY	HB	ODB	ŞDB			
Psikolog	Evet	n	156	137	47	49	389	96	177	150	42	72	441	114
		%	40,1	35,2	12,1	12,6	100	24,7	40,1	34	9,5	16	100	25,8
	Hayır	n	12093	3486	556	403	16538	959	12244	3412	521	466	16643	987
		%	73,1	21,1	3,4	2,4	100	5,8	73,6	20,5	3,1	2,8	100	5,9
	Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101
		%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4
<i>Test İstatistiği</i>		$p_a < 0,01$					$p_a < 0,01$		$p_a < 0,01$				$p_a < 0,01$	
<i>Etki Büyüklüğü</i>		$(0,138; p_2 < 0,05)$					$(-0,117; p_1 < 0,05)$		$(0,154; p_2 < 0,05)$				$(-0,129; p_1 < 0,05)$	
Psikoterapist	Evet	n	50	47	17	19	133	36	67	41	12	27	147	39
		%	37,6	35,3	12,8	14,3	100	27,1	45,6	27,9	8,2	18	100	26,6
	Hayır	n	12199	3576	586	433	16794	1019	12354	3521	551	511	16937	1062
		%	72,6	21,3	3,5	2,6	100	6,1	72,9	20,8	3,3	3	100	6,3
	Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101
		%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4
<i>Test İstatistiği</i>		$p_a < 0,01$					$p_a < 0,01$		$p_a < 0,01$				$p_a < 0,01$	
<i>Etki Büyüklüğü</i>		$(0,089; p_2 < 0,05)$					$(-0,077; p_1 < 0,05)$		$(0,090; p_2 < 0,05)$				$(-0,076; p_1 < 0,05)$	
Psikiyatrist	Evet	n	249	224	69	74	616	143	367	276	80	110	833	190
		%	40,4	36,4	11,2	12	100	23,2	44,1	33,1	9,6	13	100	22,8
	Hayır	n	12000	3399	534	378	16311	912	12054	3286	483	428	16251	911
		%	73,6	20,8	3,3	2,3	100	5,6	74,2	20,2	3	2,6	100	5,6
	Toplam	n	12249	3623	603	452	16927	1055	12421	3562	563	538	17084	1101
		%	72,4	21,4	3,6	2,7	100	6,3	72,7	20,8	3,3	3,1	100	6,4
<i>Test İstatistiği</i>		$p_a < 0,01$					$p_a < 0,01$		$p_a < 0,01$				$p_a < 0,01$	
<i>Etki Büyüklüğü</i>		$(0,167; p_2 < 0,05)$					$(-0,137; p_1 < 0,05)$		$(0,179; p_2 < 0,05)$				$(-0,151; p_1 < 0,05)$	

BY: Belirti yok (PHQ-8 <5), HB: Hafif belirti (PHQ-8 =5-9), ODB: Orta düzey belirti (PHQ-8=10-14), ŞDB: Şiddetli düzey belirti (PHQ-8 ≥15), Eşik üstü depresif belirti (PHQ-8≥10 , PHQ-8: Hasta Sağlık Anketi Depresyon Modülü-8, n: sayı, p_2 : Ki-kare bağımsızlık testi, p_1 : Phi katsayısı, p_2 : Cramers'in V katsayısı

yer almaktadır. Yardım alanlarda şiddetli depresif belirtilerin daha yüksek oranlarda olduğu gözlenmiştir ($p < 0,01$).

Son bir yılda psikiyatriste gitme durumuna göre 2016 yılında tüm katılımcıların %4'ü 2019'da %4,9'u psikiyatriste gittiğini bildirmiştir. 2016 ve 2019 yıllarında sırası ile depresif belirtisi olmayanların %2 ve %3'ü, hafif belirtisi olanların %6,1 ve %7,8'i, eşik üstü depresif belirtisi (kesme noktası 10 puan ve üzeri) olanların %13,5 ve %17,2'sinin bir psikiyatriste gittiği anlaşılmıştır. 2016 yılına göre 2019 yılında psikolog ve psiko-terapistte gitme oranı %4 artmıştır.

TARTIŞMA

Sonuçlar değerlendirildiğinde, 15 yaş ve üzerindeki kişilerde noktasal düzeyde tedavi gerektirmeyen hafif depresif belirti yaygınlığı %21,1 tedavi gerektiren depresif belirti (kesme noktası 10 puan ve üzeri) yaygınlığı erkeklerde %4,7±0,24 ve kadınlarda %8±0,19 olmak üzere toplamda %6,3±0,21'tir. Yıllık depresyon yaygınlığı ise erkeklerde %6,1±0,45 ve kadınlarda %13,2±0,53 olmak üzere toplamda %10±0,49'dur.

İlerleyen yaşlarda depresif belirti yaygınlığı artmakta ve 75 yaş ve üzeri kişilerde (erkeklerde %11,9, kadınlarda %18) genel

dağılıma (%6,3) kıyasla yaklaşık üç kat daha yükselmektedir. Yaşlı kişiler ile lokal düzeyde yapılan diğer araştırmalarda da 75 yaş ve üzeri kişilerde depresif belirti yaygınlığının %13,6 (Kavakçı ve ark. 2011) ve %16 (Kulaksızoğlu ve ark. 2005) olduğu saptanmıştır. Ayrıca dul ve boşanmış kişilerde depresyona yakalanma sıklığı genel dağılıma göre 2,5 kat daha fazladır. Eğitim düzeyi ile depresyon yaygınlığı arasında yaş ve kronik hastalıklar kadar olmasa da orta düzeyde bir farkın olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon yaygınlığı azalmaktadır.

Bir diğer önemli etmen olan gelir düzeyine göre depresyon yaygınlığı en düşük gelir diliminde yer alanlarda %13,8, alt-orta dilimde %5,5, orta-orta dilimde %4,6, üst-ortada %5,2 ve en üst dilimde yer alanlarda %1,8'dir. Sonuçların da gösterdiği üzere en alt ve en üst gelir düzeyleri hariç orta dilimlerde bulunan katılımcılarda depresyona yakalanma riski yaklaşık %5 ile aynıdır. En alt gelir dilimi aynı zamanda nispi yoksulluk sınırının altında yer aldığı için yoksulluk düzeyinin depresyon riskini önemli ölçüde yükselttiği görülmektedir. En üst %80'lik dilime kıyasla en alt %20'lik dilimde bulunanlar arasındaki bu açık fark en alt dilimdeki kişilerin daha düşük maddi yaşam koşulları ile ilişkili olabilir. Toplumun geneline göre görece düşük gelir düzeyi temel ihtiyaçları karşılamada

belirsizlik, sosyal stres ve travmaya yol açarak ruh sağlığını bozduğu öne sürülmektedir (Yılmaz ve ark. 2021). Ancak analizlerimizde en alt gelir dilimi ile bir üstü olan alt-orta gelir dilimi arasında keskin bir gelir farkı bulunmamıştır. En alt gelir diliminde yer alan dar gelirli hanelerin gelir düzeyinin az bir miktar yükselmesi ve alt-orta gelir düzeyine yaklaşması ile %13,8 olan depresyon sıklığının %5-6'ya düşürülerek %50 azaltılabileceği tahmin edilmektedir.

Sosyal destek algısı, obezite, sigara alışkanlığı ve alkol tüketimine göre değerlendirildiğinde, zayıf sosyal desteği olanlarda depresif belirti yaygınlığı orta düzey sosyal desteği olanlara kıyasla iki kat ve güçlü düzey sosyal desteği olanlara göre de yaklaşık üç kat daha fazladır. Türkiye'de farklı sosyal destek modülleri ile özel nüfus grupları ve depresyon ilişkisini araştıran çalışma sonuçları algılanan sosyal destek arttıkça depresyon düzeyinde azalma olduğu yönündedir (Aksüllü ve Doğan 2004, Elmacı 2006, Yavuzer ve ark. 2018).

Depresyon ve VKİ ilişkisine göre, normal kilolu katılımcılar ile fazla kilolu ve obez katılımcılar arasında açık bir farka rastlanmamıştır. Türkiye'de yapılan bir araştırmada VKİ ile depresyon arasında çok zayıf fakat anlamlı bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Çakmur ve Güneş 2018, Pahalı ve ark. 2018). Sigara içen, içmeyen ve ara sıra içenlerde minimal düzeyde bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de özel nüfus grupları ile yapılan çalışmalarda depresyon ve sigaranın ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Depresyondaki kişilerin önemli bir kısmı sigara içmektedir. Benzer şekilde sigara içenlerde depresyon riski sigara içmeyenlere göre daha fazla görünmektedir. (Ertekin ve ark. 2017, Velioğlu ve Sönmez 2018). Bu çalışmada ise sigara içen ve içmeyenlerde depresif belirti yaygınlığı birbirine yakın bulunmuştur. Benzer sonuçlar alkol tüketimi ve depresyon için de geçerlidir.

Avrupa Birliği ülkelerinde depresif belirti yaygınlığı en düşük Çekya, Slovakya, Litvanya gibi Doğu Avrupa ülkeleri ve en yüksek hızda İzlanda, Danimarka, Almanya, Lüksemburg arasında bir dağılım göstermektedir. En düşük yaygınlığın Doğu Avrupa ülkelerinde rastlanması sürpriz bir sonuçtur. Türkiye ise %6,3 ile Bulgaristan, Estonya ve Finlandiya ile (%6,6) ile aynı düzeydedir. Almanya, İrlanda, Lüksemburg ve İsveç'te 15-25 yaş arası genç nüfusta depresif belirti yaygınlığı %11 iken Türkiye'de %4,3'tür. Fakat Türkiye'de 65 yaş ve üzeri kişilerde depresif belirti yaygınlığı %15 iken, aynı yaştaki kişiler için Almanya, Norveç ve İsviçre'de yaklaşık %6'dır. Türkiye, İtalya, Portekiz ve Romanya'da 75 yaş ve üzeri kişilerde depresif belirti yaygınlığı %15 ile aynıdır (Hapke ve ark. 2019). Türkiye ile AB ülkeleri arasında bir diğer fark hafif belirti yaygınlığıdır. Türkiye'de majör depresif belirti yaygınlığı Almanya ve Birleşik Krallık'a göre daha düşük düzeyde iken hafif depresif belirti yaygınlığı Türkiye'de %21, Almanya'da %14 ve Birleşik Krallık'ta %11,3 olarak bulunmuştur (De la Torre ve ark. 2021, Hapke ve ark. 2019, Shin ve ark. 2017). Dolayısı ile Türkiye'de hafif depresif belirtilerin

daha yüksek hızda seyretmesi göz ardı edilmemelidir. Fakat Türkiye gibi riskli bir coğrafyada hayatı sürdürmek Almanya ve İngiltere gibi ülkelere kıyasla daha zordur. Sonuç olarak hafif depresif belirti yaygınlığının daha sık görülmesi beklenen bir sonuçtur. Özetle hem AB ülkelerinde hem de Türkiye'de depresif belirtiler oldukça yaygındır fakat ülkeler arasında anlamlı farklılıklar vardır. Öte yandan, Tablo 3'te de görüldüğü üzere depresyon yaygınlığı en yüksek hızda ekonomik olarak gelişmiş ve refah düzeyi yüksek AB ülkelerinde görülmektedir (Arias-de la Torre ve ark. 2021).

Bu çalışmada analiz edilen tüm değişkenlerin içinde sağlık durumu algısı depresyon tahmininde en güçlü risk etmeni olarak ortaya çıkmıştır. Öz-bildirime dayalı sağlık durumu fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlık algısı hakkında bilgi sağlayan çok önemli bir etmen olarak gözükmektedir. Öz-bildirime dayalı sağlık durumu algısı depresyonu tahmin etmede en önemli etmen olarak daha önce de ortaya çıkmış olup şaşırtıcı bir sonuç olmadığı düşünülmüştür (Ambresin ve ark. 2014). Fakat, kötü sağlık algısı ile depresif belirti ilişkisi irdelenirken ortaya çıkacak olan yüksek düzeyde korelasyon ve çoklu doğrusallık sorunu göz ardı edilmemelidir.

Küresel Aktivite Kısıtlama Göstergesi (Global Activity Limitation) başta işlevsel engellilik olmak üzere engelliliği izlemek için geliştirilmiş tek maddelik bir araçtır. İşlevselliğinde ciddi olarak kısıtlanma yanıtı engelliliğin bir vekil değişkeni (proxy variable) olarak değerlendirildiğinde 2016 ve 2019 yıllarında depresif belirtisi olan toplam 2.156 kişinin %37'sini (806 kişi) engelli kişilerin oluşturduğu ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklar ve depresyon ilişkisine dair bulgularda görüldüğü üzere kadınlarda depresif belirti yaygınlığının erkeklere kıyasla 2,5-3 kat daha fazla olmasına dair öne sürülen açıklamalarda hem biyolojik bir faktör olarak hormonal farklılıklardan hem de geleneksel kadın cinsiyet rollerinden bahsedilmektedir (Etiler 2016, Kaya 2007). Ayrıca kadınlarda hamilelik, doğum ve menstrüasyon gibi biyolojik ve psikolojik etmenlerin depresyona yakınlık oluşturduğu düşünülmektedir.

Özetle, depresif belirti yaygınlığının sağlık durumunu 'çok iyi' ve 'iyi' olarak değerlendiren kişilerde %1-3 arasında, 'kötü' ve 'çok kötü' olarak değerlendirenlerde sırası ile %24-%49,3, uzun süren/sürmesi beklenen hastalık/sağlık sorunu olanlarda %10 ve olmayanlarda %1,8 ve sağlık problemi nedeni ile günlük faaliyetleri kısıtlanan ve engelli olarak değerlendirilebilecek kişilerde %24 ve kısıtlanmayanlarda %3 sıklığında bir dağılımın ortaya çıkması Phi ve Cramers'in V katsayılarının da gösterdiği üzere sağlık durumu ve depresyonun birbiri ile orta-güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.

Depresyon, kronik hastalıkların en yaygın komplikasyonlarından biridir ve halk sağlığı araştırmalarında kronik hastalıklar, depresyon etiolojisinin bir diğer önemli boyutunu oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar depresyonun tahmininde

diğer sosyo-demografik ve davranışsal etmenlere göre daha güçlüdür. En yaygın yedi kronik hastalık ve depresif belirti bulguları kısaca özetlendiğinde bel bölgesi problemleri, boyun bölgesi problemleri, artroz ve koroner kalp hastalığı olanların depresyona yakalanma riski 3-3,5 kat, hipertansiyon, şeker ve alerji hastalığı olanların ise 2,5 kat daha yüksektir.

Lokal düzeyde bel ağrısı olan hastalar ile yapılan diğer çalışmalarda da depresyonun sık görüldüğü belirtilmekte ve depresyon varlığının ağrı nedeni olabileceği ifade edilmektedir. Hastaneye başvuran bel ağrısı olan kişilerde depresyon düzeyinin %40-70 arasında olduğunu tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Ay ve Evcik 2008, Dünder ve ark. 2009). Türkiye'de kronik boyun ağrısı, tüm nüfusta bel ağrısından sonra en yaygın ikinci hastalıktır. Boyun ağrısı ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi değerlendiren diğer çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır (Soysal ve ark. 2013). İki önemli halk sağlığı sorunu olan depresyon ve hipertansiyonun birbiri ile yakından ilişkili olduğuna dair çok sayıda araştırma yapılmış ve depresyonun hipertansiyon riskini arttırdığı rapor edilmiştir (Fidancı ve ark. 2015, Grimsrud ve ark. 2009, Kayır ve Öztekin 2022, Unsal ve ark. 2014). Çeşitli çalışmalarda şeker hastalarında depresif bozuklukların yaygınlık hızının %8,5-14 ve yaşam boyu hızının %11-33 olduğu ve hastaların %40'ında anksiyete belirtilerinin de görüldüğü bildirilmiştir. Türkiye'de şeker hastalığı ve depresyon ilişkisine dair yapılan diğer çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır (Atasoy ve ark. 2013, Bahar ve ark. 2006, Gülseren ve ark. 2001, Kayır ve Öztekin 2019, Sayın ve ark. 2018). Depresyonun artroz hastası kişiler arasında yaygın olduğu ifade edilmekte ve kullanılan ölçütlere bağlı olarak depresif belirti sıklığı %5-42 arasında değişmektedir (Şengül ve Akkaya 2013, Uçar ve ark. 2014). Alerjik hastalıklar sık görülen ve önemli sosyal sorunlara neden olan bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel belirtilerin yanında yorgunluk, uyku, iştah azalması gibi depresyonda da gözlenen semptomların ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Ayrıca kullanılan ilaçların da hastaların psikolojik durumlarında kötüleşmeye yol açabildiği belirtilmektedir (Özmen ve Özdemir 2006, Uyar ve ark. 2017). Araştırmalarda depresyon ve koroner kalp hastalığının birbirini tetiklediğine dair çok fazla çalışma bulunmaktadır. Koroner kalp hastalarının değerlendirildiği diğer çalışmalarda hastaların %17-27'sinde majör depresyon olduğu ve depresyon riskinin 3 kat arttığı görülmüştür (Altunbaş ve ark. 2012, Arslan ve ark. 2011, Erşan ve ark. 2013).

Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar sağlık durumu, sağlık/hastalık sorunu nedeni ile günlük faaliyetlerde engellenme ve kronik hastalıkların etkili risk etmenleri olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'de noktasal düzeyde ortalama depresif belirti hızı olan %6,34 baz alındığında en alt gelir dilimi, 75 yaş ve üzeri, boşanmış ve dul olmak, zayıf sosyal destek algısı ve tüm bu etmenlerle bağlantılı olarak kadın olmak ortalama depresyon hızını üç dört kat yükselten en önemli risk etmenleridir.

Sağlık durumu, kronik hastalıklar ve depresyon arasındaki ilişki yaşanan kronik hastalıkların şiddeti ve kişilerin yaşamını ne kadar etkilediğine bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik stres ile bağlantılı olabilir.

Depresif belirtisi olan kişilerin %84,6'sının depresyon tedavisi için bir psikiyatriste başvurmamış olması düşündürücüdür. Fakat diğer ülkelerde de depresyona yakalananların pek azının yardım aradığı bilinmektedir (Kılıç 2020). Ödeme güçlüğü nedeni ile ruhsal tedaviye ulaşamama oranı Türkiye genelinde %2,5'i geçmemektedir (TSA 2016, 2019). Dolayısı ile bir hekime başvurmamak ekonomik nedenlerden daha çok hastalığın farkına varamama, damgalanma ve iş ve sosyal çevreden kaynaklanmaktadır (Kılıç 2020). Damgalama, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu engellemektedir. Halkın depresyona yönelik tutumu oldukça olumsuzdur ve depresyonlu hastayı tehlikeli olarak algılama eğilimindedir. Bu sonuçlar ayrıca Türkiye'de depresyon tedavisi ve psikiyatri alanında halk arasında sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı faaliyetleri ile damgalanmaya karşı depresyonun bir hastalık olarak anlatılması gerekmektedir (Taşkın ve ark. 2009).

Tüm ülke nüfusunu temsil eden bu sonuçlar ülkemizde depresyon hakkında önemli epidemiyolojik bilgiler sağlayabilir. Bu sonuçlar, depresif belirtilerin izlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması için kaynak olarak kullanılabilir. Fakat sonuçlar değerlendirilirken bu araştırmaların kesitsel ve öz-bildirime dayalı olduğu göz ardı edilmemelidir. PHQ-8 ölçeği klinisyenlere depresyonun yaygınlığını tanımlama ve teşhis etmede yardımcı bir araç olarak geliştirilmiştir ve bir hekimin koyduğu teşhis ile tamamen örtüşmeyebilir. Sonuncusu 2019 yılında yapılan bu araştırmadan iki ay sonra ülkemizde pandemi başlamış ve 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan yüzyılın felaketi depremler toplumsal psikolojiyi tahrip ederek büyük travmalara yol açmıştır. Daha güvenilir veriler elde etmek için ülkemizin yoğun olarak yaşadığı travmalar da göz önünde bulundurularak uzman hekimlerin tanı koyabileceği yapılandırılmış tanı görüşmelerine dayalı yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca yeni çalışmalarda depresyona yakalanma riskini önemli ölçüde etkileyen sosyodemografik, sağlık durumu ve kronik hastalıklar gibi etmenlerin de dikkate alınması ve depresyonun teşhis, tedavi ve önlenmesinde bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksüllü N, Doğan S (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg* 5: 76-84.
- Altunbaş G, Ercan S, Davutoğlu V ve ark. (2012) Kardiyovasküler hastalık ve depresyon ilişkisi. *J Mood Disord* 2: 84-90.
- Ambresin G, Chondros P, Dowrick C ve ark. (2014) Self-rated health and long-term prognosis of depression. *Ann Fam Med* 12: 57-65.

- Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A ve ark. (2021) Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health* 6: e729-e38.
- Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z (2011) Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klin Psikiyatr Derg* 14: 143-9.
- Atasoy V, Anaforoğlu İ, Algün E ve ark. (2013) Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Türk J Endocrinol Metab* 17: 28-32.
- Ay S, Evcik D (2008) Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi* 25: 228-31.
- Aydın K (2019) Yaşam koşulları ve sağlık hastalık algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 22: 32-68.
- Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A (2006) Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 7: 18-26.
- Binbay T, Direk N, Aker T ve ark. (2014) Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Derg* 25: 264-81.
- Cressie N, Read TR (1989) Pearson's X2 and the loglikelihood ratio statistic G2: a comparative review. *Int Stat Rev* 57: 19-43.
- Çakmur H, Güneş ÜB (2018) Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türk Aile HekDerg* 22: 58-65.
- De La Torre JA, Vilagut G, Ronaldson A ve ark. (2022) Prevalence of depression in Europe using two different PHQ-8 scoring methods. *Eur Psychiatry* 65: S299.
- Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS ve ark. (2009) Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi* 19.
- Elmacı F (2006) The role of social support on depression and adjustment levels of adolescents having broken and unbroken families. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 6: 421-31.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara, T. C. Sağlık Bakanlığı.
- Erşan EE, Kelleci M, Baysal B (2013) Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16: 214-24.
- Ertekin H, Aydın M, Arslan M ve ark. (2017) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sigara kullanımı değerlendiriliyor mu? *Konuralp Tıp Derg* 9: 78-82.
- Etiler N (2016) Gender differences in self-rated health and their determinants in Turkey: A further analysis of Turkish health survey. *Turkish Journal of Public Health* 14: 152-63.
- Eurostat (2022) [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:European_health_interview_survey_\(EHIS\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)), 2 Ağustos 2022 tarihinde ulaşıldı.
- Fidancı İ, Aksoy H, Başer D ve ark. (2022) Esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarda anksiyete veya depresyon görülme sıklıklarının değerlendirilmesi: retrospektif çalışma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak Derg* 17: 72-6.
- Grimrud A, Stein DJ, Seedat S ve ark. (2009) The association between hypertension and depression and anxiety disorders: Results from a nationally representative sample of South African adults. *PloS one* 4: 1-9.
- Güleç MY, Güleç H, Şimşek G ve ark. (2012) Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Compr Psychiatry* 53: 623-9.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. (2001) Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Derg* 12: 89-98.
- Hapke U, Cohrdes C, Nübel J (2019) Depressive symptoms in a European comparison: Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit* 4: 57-65.
- Kavakçı Ö, Bilici M, Çam G ve ark. (2011) Trabzon ilinde elli beş yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatr Derg* 12: 258-65.
- Kaya B (2007) Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Kayır T, Öztekin C (2019) Bir aile sağlığı merkezine başvuran diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Hitit Medical Journal* 4: 49-55.
- Kaymaz S, Karasu U, Alkan H ve ark. (2021) Validity and reliability of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-8 for patients with systemic sclerosis. *Journal of Turkish Society for Rheumatology* 13: 66-72
- Kılıç C (2020) Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim* 35: 179-87.
- Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL ve ark. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114: 163-73.
- Kulaksizoglu IB, Gurvit H, Polat A ve ark. (2005) Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *Int Psychogeriatr* 17: 303-12.
- Mehta C R, Patel NR (1996) *Exact Tests*, SPSS Incorporated: Chicago, IL, USA, p. 3.
- Özmen M, Özdemir A (2006) Alerjik rinit ve ruhsal sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2: 23-8.
- Pahalı C, Bulut H, Omay O ve ark. (2018) Psikiyatrik hastalıklar ve beden kitle indeksi. *J Contemp Med* 326-32.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013) *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması*, Ankara.
- Sayın S, Sayın S, Bursalı B ve ark. (2019) Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler. *Çukurova Med J* 44: 479-85.
- Shin C, Kim Y, Park S ve ark. (2017) Prevalence and associated factors of depression in general population of Korea: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2014. *Journal of Korean Medical Science* 32: 1861-9.
- Soysal M, Bilge Kara, Arda MN (2013) Assessment of physical activity in patients with chronic low back or neck pain. *Türk Neurosurg* 23: 75-80.
- Şengül CB, Akkaya N (2013) Romatolojik hastalıklar ve depresyon. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar* 6: 363-74.
- Taşkın EO, Yüksel EG, Devci A ve ark. (2009) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 10: 100-8.
- TÜİK (2016) Türkiye Sağlık Araştırması Veri Portalı. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2016-24573>. 5 Mayıs 2022'de ulaşıldı.
- TÜİK (2019) Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti. <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/turkiye-saglik-arastirmasi.pdf>. 6 Mayıs 2022'de ulaşıldı.
- Uçar M, Sarp Ü, Gül A (2014) Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Derg* 41: 548-51.
- Unsal A, Tozun M, Ayrancı U (2014) Effect of depression on hypertension among Turkish individuals aged 30 and over years. *Health* 6: 1686-93.
- Uyar B, Varol R, Aksu EE (2017) Saman nezlesi olan hastalarda Minnesota çok yönlü kişilik envanter-2 test profili. *Bozok Medical Journal* 3: 37-42.
- Ünal S, Küey L, Güleç C ve ark. (2002) Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klin Psikiyatri* 5: 8-15.
- Velioglu U, Sönmez CI (2018) Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyo demografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi. *Dicle Tıp Derg* 45: 35-41.
- Yavuzer Y, Albayrak G, Keldal G (2018) Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (HU Journal of Education)*, 33: 242-55.
- Yılmaz F, Gungor Ozcan D, Gokoglu AG ve ark. (2021) The effect of poverty on depression among Turkish children. *Child and Adolesc Soc Work J* 38: 679-89.