

Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Alaaddin ÜNSAL,¹ Ünal AYRANCI,² Mustafa TOZUN³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç, Batı Türkiye'nin bir bölgesinde 40 yaş ve üstündeki kadınlarda depresyon görülme sıklığını saptamak ve depresyon ile ilişkili olduğu düşünülen bazı risk etkenlerini değerlendirmektir. **Yöntem:** 01 Temmuz-30 Ağustos 2007 tarihleri arasında yapılan bu çalışmada bazı sosyodemografik özellikleri ve depresyon için olası risk etkenleri ile ilgili bilgiler içeren bir anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Tarama testi olarak Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sıklık ve yüzde oranları, istatistiksel analizlerde ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri ≤ 0.05 olarak kabul edildi. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 56.03 olup, depresyon yaygınlığı %16.6 idi (115/691). Bivariate analizlerde ileri yaşlarda, herhangi bir kronik hastalığı, hayatı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsü, özürü çocuğu, menopozda, aile içi şiddet öyküsü ve obez olanlarda ve sosyal güvencesi olmayanlarda depresyon görülme sıklığı daha yüksekti (her biri için $p \leq 0.05$). Multivariate analizde sosyal güvenceden yoksun olma (OR: 2.52), olumsuz bir olay öyküsünün varlığı (OR: 2.99), özürü bir çocuğa sahip olma (OR: 3.37) ve menopoz yaşının 30-39 yaş grubunda olması (OR: 2.75) depresyon için önemli risk etkenleri olarak saptandı (her biri için $p \leq 0.05$). **Sonuç:** Depresyon, bu bölgede yaşayan kadınlar için önemli bir sağlık sorunudur. Kadınların depresyon için önemli bir risk grubu olarak değerlendirilmesi ve aynı zamanda depresyonla ilgili etiketlemeye yol açan her türlü etkeni azaltma önlemlerini içeren koruma ve kontrol programlarının başlatılması uygun olacaktır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:148-155)

Anahtar sözcükler: Depresyon, 40 yaş üzerindeki kadınlar, yaygınlık, risk etkenleri

Prevalence of depression and its relationship with sociodemographic characteristics among women in a rural town of western Turkey

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the prevalence of depression and evaluate some risk factors associated with depression in a rural town. **Methods:** In this survey conducted between July 1st and August 30th 2007, a questionnaire including the information related some sociodemographic characteristics and some risk factors assumed as related with depression was completed using a face to face interview method. The Beck Depression Scale was used as the screening test. Data were evaluated by descriptive statistics, logistic regression analysis, chi-square and student t tests. **Results:** The mean age of the respondents was 56.03 years. The prevalence of depression in this sample was 16.6% (115/691). The bivariate analyses revealed that, in those with an advanced age, any chronic illness, an event history affecting the life in a negative way, a handicapped child, menopause, obesity, and not having a social health insurance, the depression prevalence were significantly higher

¹ Doç.Dr., ³ Uzm.Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, ESKİŞEHİR

² Doç.Dr., Osmangazi Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi, ESKİŞEHİR

Yazışma adresi: Doç.Dr. Ünal AYRANCI, Kurtulus ASM Vatan Cd. 12/A ESKİŞEHİR

E-posta: unalayrancioglu@yahoo.com

In multivariate analysis, not having a social health insurance (OR: 2.52), an event history affecting the life in a negative way (OR: 2.99), a handicapped child (OR: 3.37) and an age group of 30-39 as menopause age (OR: 2.75) were all deemed significant as risk factors for depression. Discussion: Depression is an important health problem for women dwelling in this region. We concluded that women should be evaluated as an important at-risk group for depression, and prevention and control programs that also include components for reducing stigma should be implemented. (Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:148-155)

Key words: depression, women elder than 40 years, prevalence, risk factors

GİRİŞ

Depresyon, derin üzüntü veya keder, uykusuzluk, iştah azalması, zevk alamama, ümitsizlik, sinirlilik, kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak kendini gösterir.¹ Klinik olarak bazı farklılıklar göstermesine karşın, hemen tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunu olan depresyon yaş, cins, ırk ve sosyoekonomik duruma bakmaksızın herkeste görülebilir.²

Depresyonun tam nedeni bilinmemekle birlikte, stresle ilişkili olduğu ve kısmen de kalıtsal bir beyin hastalığı olduğu kabul edilir. Genetik ve çevresel etkenlerin etkisiyle serotonin, norepinefrin, dopamin gibi kimyasal maddelerin beyinde özgül değişikliklere neden olması depresif belirtilerin oluşmasına temel hazırlamaktadır.³

Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanılarının başında yer almaktadır.⁴ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonu dünyada en çok yeti yitimine neden olan hastalıklardan biri olarak bildirmiştir. Kadınların yaklaşık %25’i ve erkeklerin yaklaşık %10’u yaşamlarının önemli bir kısmını depresyondan etkilenerek geçirir.⁵ Nitekim tüm dünyada depresyondan mustarip olanların 340 milyondan çok olduğu ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) kadınlar için depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %10-25 olduğu tahmin edilmektedir.⁶ Ülkemizde DSÖ ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11.6 oranında depresyon saptanmış ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir.⁷ Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı son bir yılda %4 olarak belirlenmiştir.⁸ Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı %6.2-%37.0 arasında bulunmuştur.^{2,9,10}

Depresyon, kişinin temel işlevsel yeteneklerini bozmakta, verimliliğini azaltmakta ve diğer ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır.¹¹ Koroner kalp hastalığı, miyokart enfarktüsü, sistolik hipertansiyonlu hastalarda kalp yetmezliği, düşük kemik mineral dansitesi ve morta-

lite riskinde artışa neden olmaktadır.^{12,13} Tedavi edilmemiş depresyon bireysel, ailesel, parasal ve evlilikle ilgili zorluklara yol açar. Majör depresyonlu hastalarda intihar riski %15’tir.¹⁴ İleri yaşlardaki depresyon önemli yeti yitimine yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte, varsa fiziksel hastalıkların gidişini olumsuz yönde etkilemekte, intihar ve fiziksel hastalıklara bağlı ölümleri artırmakta ve yüksek oranda sağlık hizmeti kullanımına neden olmaktadır.¹⁵

DSÖ, depresyonun 2020 yılına kadar yeti yitimine, zaman kaybına ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağını öngörmektedir.¹⁶ Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alacağını bildirmektedir.¹⁷ ABD’nde kadınlarda hastalık yükü nedenleri sıralamasında depresyon ikinci sıradadır.¹⁸ Gelişmiş ülkelerde her psikiyatrik bozukluk için doğrudan tedavi değeri, ulusal sağlık bakım giderlerinin %1-2’sini oluşturmaktadır.¹⁹

Akut ve kronik stres, ilaç ve alkolün kötüye kullanımı, emosyonel veya fiziksel desteğin yetersiz olması, kronik bir hastalığın olması, eş ya da bir yakının kaybı, depresif kişilik özellikleri, kalıtsal yatkınlık, kadın olmak, işsizlik, bekar veya dul olmak, düşük öğrenim düzeyi, olumsuz yaşam olayları, göç, bedensel hastalıklar ve yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için risk etkenleri olarak bildirilmektedir.^{20,21}

Bu çalışma ile bir ilçede yaşayan 40 yaş ve üstündeki kadınlarda depresyon görülme yaygınlığının saptanması ve depresyon ile ilişkili olduğu düşünülen bazı risk etkenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, 01 Temmuz-30 Ağustos 2007 tarihleri arasında Türkiye’nin bir ilçesinde yaşayan 40 yaş ve üstündeki kadınlarda depresyon yaygınlığını saptamak ve depresyonla bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre ilçe merkezinin 40 yaş ve üzerindeki kadın nüfusu 1062

olup, bunların 691'i (%65.0) çalışma grubunu oluşturdu. Evlerinde bulunamayan (n=339) ve çalışmayı kabul etmeyen (n=42) toplam 371 (%35.0) kadın çalışma kapsamı dışında tutuldu. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden (n=691) bilgilendirilmiş sözlü onay alındıktan sonra depresyon ile ilgili olduğu bilinen bazı risk etkenlerinin değerlendirilmesi için literatüre^{22,23} uygun olarak önceden hazırlanan anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Anket formu yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, iş durumu, sosyal güvence durumu, sigara-alkol alışkanlığı, bir fiziksel özrün bulunup bulunmadığı, önceden tanı konmuş bir kronik hastalığın varlığı, yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsünün olup olmadığı, özürlü çocuğunun olup olmaması, menopoza durumu ve son 1 yıl içinde aile içi şiddete uğrama ile ilgili sorular içermektedir.

Bu taramada veriler, çalışmanın amacı ve anket doldurma tekniği hakkında önceden eğitilen Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı stajı yapan ve çalışmada yer almayı kabul eden altı son sınıf öğrencisi tarafından toplandı.

Günde en az 1 sigara içenler sigara içiyor, son 6 aydır sigara içmeyenler bırakmış olarak kabul edildi. Haftada en az 1 kez alkol tüketenler (30 gram etanol) alkol içiyor olarak değerlendirildi.²⁴

Hekimin tanı koyduğu kronik bir hastalığın (kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, astım, osteoporoz gibi uzun süreli ilaç kullanmayı gerektiren hastalıklar) olması, kronik hastalık ve gözle görülebilen bir sakatlık veya özür gibi fiziksel bir sorunun (görme, işitme, konuşma, ortopedik ve benzeri) olması fiziksel kusur var olarak değerlendirildi. Fiziksel veya zihinsel özürlü çocuğu olanlar özürlü çocuğu var olarak kabul edildi.

Cerrahi bir işlem olmadan en az bir yıl amenoresi olan kadınlar menopoza olarak değerlendirildi.²⁵ Erken menopoza girme yaşı 30-39, geç menopoza girme yaşı ise 50 yaş ve üzeri olarak kabul edildi.²⁶ Son bir yıl içinde eşinden tekme-tokat gibi fiziksel, aşağılama gibi psikolojik ve emosyonel yönden şiddete uğrayan kadınlar aile içi şiddete maruz kalan kadınlar olarak tanımlandı.²⁷ Ev hanımları işi yok olarak kabul edildi.

Çalışmada uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), erişkinlerde depresyon taramalarında sık kullanılan ölçeklerden biri olup Beck ve ark.²⁸ tarafından geliştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli²⁹ tarafından yapılmıştır. BDÖ, dörder seçenekten oluşan 21 soru içermektedir. Uygulama ve değerlendirme biçimine uygun olarak katılımcılardan son 2 hafta boyunca

ca kendilerine uygun olan seçenekleri işaretlemeleri istendi. Her sorunun yanıtı 0-1-2-3 puan olarak değerlendirilip, alınacak puan 0-63 arasındadır. Ölçekten 18 ve üzerinde puan alanlar 'depresyon şüphesi var' olarak değerlendirildi.³⁰

Anket uygulandıktan sonra vücut ağırlığı banyo tipi baskülle, boy uzunluğu ise mezura ile ölçüldü. Vücut kitle indeksi (VKİ), kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle hesaplandı. VKİ, 30 kg/m² ve üzeri olanlar obez olarak kabul edildi.³¹

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 13.0) istatistik paket programıyla değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. Bivariyate analiz sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi p≤0.10 olan değişkenlerle oluşturulan Backward Stepwise Lojistik Regresyon Analizine göre depresyon şüphesine etki eden değişkenler belirlendi. Uyum iyiliği, Hosmer-Lemeshow c istatistiği ile hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 691 kadının yaşları 40-95 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 56.03±11.66 idi. Kadınların %37.9'u 60 yaş ve üzerinde, %88.7'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %74.5'i evli, %95.2'si işsiz, %90.6'sı sosyal güvenceye sahip, %44.9'u 3-4 çocuklu idi. Kadınların %85.5'i sigara ve %100'ü alkol kullanmadıklarını belirttiler.

Herhangi bir fiziksel kusuru olan kadınların oranı %5.8, herhangi bir kronik hastalığı olanların ise %56.0 idi. Kadınların %9.6'sı yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bir olay yaşamıştı. Özürlü çocuğu olanların oranı %3.8 idi. %68.7'si menopoza olduğunu ve bunların %60.2'si normal yaşlarda (40-49) menopoza girdiğini belirtti. Kadınların %7.1'i aile içi şiddete uğramıştı. Obez olanların oranı %38.8 olarak bulundu.

Kadınların BDÖ'den aldıkları puanlar 1-51 arasında ve ortalama puan 11.04±7.46 idi. Kadınlardaki depresyon yaygınlığı %16.6 (115/691) olarak bulundu.

Atmış yaş ve üzerindeki grupta yaş ilerledikçe depresyon yaygınlığı artmaktaydı (p<0.05). Evli olmayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsü olanlarda, özürlü çocuğu olanlarda, menopoza olanlarda, erken yaşta menopoza girenlerde, aile içi şiddete uğrayanlarda ve obezlerde depresyon yaygınlığı

Tablo 1. Depresyon saptanan ve saptanmayan kadınların bazı özelliklerine göre dağılımı

Depresyon Özellikler	Var Sayı	Var %	Yok Sayı	Yok %	Toplam Sayı	Toplam %	χ^2	p
Yaş grubu (yıl)							6.06	0.048
40-49	222	87.7	31	12.3	253	36.6		
50-59	145	82.4	31	17.6	176	25.5		
60 ve üzeri	209	79.8	53	20.2	262	37.9		
Öğrenim durumu							3.73	0.054
İlkokul ve altı	505	82.4	108	17.6	613	88.7		
Ortaokul ve üstü	71	91.0	7	9.0	78	11.3		
Medeni durumu							4.17	0.041
Evli	438	85.0	77	15.0	515	74.5		
Evli değil	138	78.4	38	21.6	176	25.5†		
İşi							0.51	0.475
Var	29	87.9	4	12.1	33	4.8		
Yok	547	83.1	131	16.9	658	95.2		
Sosyal güvencesi							12.69	0.000
Var	532	85.0	94	15.0	626	90.6		
Yok	44	67.7	21	32.3	65	9.4		
Çocuk sayısı							6.95	0.073
0	22	84.6	4	15.4	26	3.8		
1-2	204	86.8	31	13.2	235	34.0		
3-4	259	83.5	51	16.5	310	44.9		
5 ve üzeri	91	75.8	29	24.2	120	17.3		
Sigara içme alışkanlığı							1.60	0.206
Var	79	79.0	21	21.0	100	14.5		
Yok	497	84.1	94	15.9	591	85.5		
Fiziksel kusur							2.14	0.144
Var†	30	75.0	10	25.0	40	5.8		
Yok	546	83.9	105	16.1	651	94.2		
Kronik hastalık							9.02	0.003
Var	308	79.6	79	20.4#	387	56.0		
Yok	268	88.2	36	11.8	304	44.0		
Hayatı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsü							20.46	0.000
Var	42	63.6	24	36.4#	66	9.6		
Yok	534	85.4	91	14.6	625	90.4		
Özürlü çocuk							9.27	0.002
Var	16	61.5	10	38.5	26	3.8		
Yok	560	84.2	105	15.8	665	96.2		
Menopoz							10.85	0.001
Var	381	80.2	94	19.8	475	68.7		
Yok	195	90.3	21	9.7	216	31.3		
Menopoz yaşı***							7.53	0.023
30-39	29	65.9	15	34.1	44	9.3		
40-49	238	83.2	48	16.8	286	60.2		
50 ve üzeri	114	78.6	31	21.4	145	30.5		
Aile içi şiddet							7.42	0.006
Var	34	69.4	15	30.6	49	7.1		
Yok	542	84.4	100	15.6	642	92.9		
Obezite							4.75	0.029
Var	213	79.5	55	20.5	268	38.8		
Yok	363	85.8	60	14.2	423	61.2		
TOPLAM	576	83.4	115	16.6	691	100.0		

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, ***Menopoza girenler (n=475 kadın) değerlendirildi.

† 1 (%10.0) görme, 2 (%20.0) işitme, 6 (%60.0) ortopedik ve 1 (%4.2) birden fazla fiziksel kusur; # 6 (%6/79) diyabet, 24 (24/79) hipertansiyon, 4 (4/79) kalp hastalığı, 2 (2/79) osteoporoz, 1 (1/79) tiroid hastalığı, 10 (10/79) diğer, 32 (32/79) 2 ve daha fazla hastalığı olanlar; # 14 (%58.3) ölüm, 2 (%8.3) hastalık, 3 (%12.5) aileden birinde hastalık, 2 (%8.3) geçirilmiş operasyon, 1 (%4.2) ailevi bir sorun ve 2 (%8.3) diğer grup; ‡ 162 dul, 14 bekar.

Tablo 2. Depresyon şüphesi ile ilgili olduğu düşünülen bazı değişkenlerle oluşturulan lojistik regresyon analiz sonuçları

Step 7	β	SE ^a	Wald	df ^b	p	OR ^c	%95 CI ^d
Sosyal güvence (Referans: Var)							
Yok	0.926	0.376	6.066	1	0.014	2.524	1.208-5.275
Kronik hastalık (Referans: Yok)							
Var	0.460	0.285	2.601	1	0.107	1.584	0.906-2.770
Hayatı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsü (Referans: Yok)							
Var	1.096	0.343	10.228	1	0.001	2.991	2.991
Özürlü çocuk (Referans: Yok)							
Var	1.215	0.463	6.898	1	0.009	3.372	1.361-8.352
Menopoz girme yaşı (Referans: 40-49 yaş grubu)							
30-39 yaş grubu	1.011	0.372	7.375	1	0.007	2.749	1.325-5.705
50-59 yaş grubu	0.352	0.267	1.738	1	0.187	1.422	0.843-2.400
Constant	-2.277	0.294	60.183	1	0.000	0.103	

SE^a: Standard hata; df^b: Serbestlik derecesi; OR^c: Odd's ratio; CI^d: Güven aralığı
(Hosmer-Lemeshow testi: $\chi^2=0.676$, df=5; p=0.984).

daha yüksekti (her biri için p<0.05).

Kadınların %3.8'inin (26) çocuğu yoktu. Çalışma grubundakilerin ortalama çocuk sayısı 3.12±1.60 (aralık: 0-10) idi. Hiç çocuğu olmayanlarda depresyon görülme yaygınlığı %15.4 iken, 5 ve daha çok çocuğu olanlarda %24.2 idi (p>0.05). Depresyonu olan ve olmayan kadınların bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Yapılan bivarite analizler sonucunda depresyon şüphesi ile aralarında anlamlı ilişkiler saptanan yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, kronik bir hastalığın varlığı, yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsünün varlığı, çocuk sayısı, özürlü çocuğa sahip olma, menopoz durumu, menopoza girme yaşı, aile içi şiddet varlığı ve obezite gibi değişkenlerle (p anlamlılık düzeyi ≤0.10 olan değişkenler) oluşturulan Backward Stepwise Lojistik Regresyon analizine göre sosyal güvenceden yoksun olma (OR: 2.52), olumsuz bir olay öyküsünün varlığı (OR: 2.99), özürlü çocuğa sahip olma (OR: 3.37) ve menopoz yaşının 30-39 yaş grubunda olması (OR: 2.75) depresyon için önemli risk etkenleri olarak saptandı (her biri için p<0.05). Ayrıntılı veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

TARTIŞMA

Depresyon ileri yaşlarda önemli bir sağlık sorunu olup, en yaygın ruhsal bozukluklardandır. Kessler ve ark. nüfusun %8-18'inin yaşamında en az bir kez depresyon geçirdiğini bildirmiştir.³² Kadınlarda ergenlik dönemiyle birlikte artan depresyona yatkınlık, vücuttaki hormonal değişiklik-

lerle ilgilidir. Hormonal aktivitenin arttığı adet öncesi, gebelik, doğum sonrası ve menopoz dönemlerinde depresyon geçirme riski artmaktadır. Menopoz dönemindeki artış, emekli olma ve çocukların evden ayrılması gibi etkenlerle de ilgili olabilir. Kadının toplumda erkekte daha az saygı görmesi, sosyal yaşamdaki rollerinin, özellikle ataerki toplumlarda daha sınırlı olması depresyon yaygınlığının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmamızda depresyon yaygınlığı %16.6 oranında saptandı. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda depresyon yaygınlığı %6.2-%37.0 arasında bulunmuştur.^{6,18} Çalışma bulgumuz başka çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Bazı araştırmalarla³³ uyumlu olarak çalışmada da kadınlarda depresyon yaygınlığının yaş arttıkça anlamlı düzeyde arttığı saptandı (p<0.05). Stordal ve ark. depresyon yaygınlığında en etkili değişkenin ileri yaşlarda düşük öğrenim düzeyi olduğunu bildirmiştir.³⁴ Bazı araştırmacılar, depresyon belirtilerinin yaygınlığında yaşı önemli bir etkisinin olmadığını ve multivariante analizlerde önceden saptanan yaşı etkilerinin hemen hemen çoğunun kronik sağlık sorunları ve işlevsel yetersizlikten dolayı olduğunu belirtmiştir.³¹ Bu çalışmada da yaşı depresyon açısından önemli bir risk etkeni olmadığı görülmüştür.

Depresyondan korunmada, tanı konma sürecinde ve tanı konduktan sonra tedaviye uyum gösterme konusunda öğrenim düzeyinin önemli bir rolü vardır. Düşük öğrenim düzeyi genellikle düşük gelirle birlikte ve sosyal destek almayı

engelleyerek depresyon görülme sıklığını artırabilir. Bu nedenle yüksek öğrenim düzeyi, depresyon için koruyucu bir etken olarak kabul edilir.³⁵ Bizim çalışmamızda ise, öğrenim durumu ile depresyon yaygınlığı arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun nedenleri olarak çalışma grubunda öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların sayısının çok az olması ve çalışma alanının kırsal bir bölgede olması düşünülebilir.

Bu çalışmada depresyon yaygınlığı evli olmayan kadınlarda evli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Dulların eş kaybı nedeniyle stresli bir yaşam olayı yaşamaları ve sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilenmesi depresyona yakınlığı artırabilir. Çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir.^{36,37}

Sağlığını olumsuz yönde etkileyen işsizlik, ekonomik sıkıntıya ve bu konuda kişinin kendini güvende hissetmemesi sonucu ruhsal bozuklukları artırabilmektedir.³⁸ Çalışmamızda, işi olan kadınlarla olmayanlar arasında depresyon yaygınlığı açısından bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu durum çalışan kadın sayısının azlığı ve aile reisinin genellikle erkek olup evi geçindirme sorumluluğunun erkeklerde olmasına bağlı olabilir.

Sağlık sigortasının olması, ileri yaşta kişiler sağlık sorunları ile karşılaştığında önemli bir destek olabilir. Sosyal güvencesi olmayanlar birinci basamak sağlık kurumları da olsa, özellikle tanı ve tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamaz. Bu nedenle, sosyal güvencesi olmayanlarda depresyon yaygınlığının yüksek olması beklenir. Çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin toplumda depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir.^{5,39} Çalışmamızda, oluşturulan lojistik modelde sosyal güvencesinin olmaması depresyon için bir risk etkeni olarak saptandı (OR:2.52, $p<0.05$). Farklı olarak Bekaroğlu ve ark., iş, ekonomik durum ve depresyon arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir.⁹ Bu konuda daha çok çalışmaya gerek vardır.

Ailenin çok sayıda çocuğunun olması barınma, giyinme, beslenme ve eğitim gibi birçok alanda sorun yaratır. Annelerin çocukları ile yeteri kadar ilgilenerek zamanı bulamaması da önemli stres nedenlerindendir. Harlow ve ark., çocuğu olmayanlara göre bir ve daha çok çocuğu olanlarda ruhsal bozukluk riskinin daha az olduğunu bildirmiştir.⁴⁰ Çalışmamızda kadınlardaki çocuk sayısı arttıkça depresyon yaygınlığının artmasına karşın, aralarında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Çeşitli çalışmalarda sigara içenlerde depresyon yaygınlığının içmeyenlere göre daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir.^{41,42} Çalışmamızda sigara içen kadınlarda depresyon yaygınlığı içmeyen-

lere göre daha yüksek oranda bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla %21.0 ve %15.9) ($p>0.05$).

Sosyal bakım hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, yaşlılarda fiziksel kusuru olanların depresyona daha yatkın olduğu bildirilmiştir.⁴³ Çalışmamızda ise, fiziksel kusuru olanlarla olmayanlar arasında depresyon yaygınlığı açısından fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu durum çalışmamızı yaptığımız bölgede, sosyokültürel yönden kadınların fiziksel kusuru önemsememelerine bağlı olabilir.

Yaşamın ileri dönemlerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan depresyon, birçok özgül kronik hastalıkla ilişkilidir.⁴⁴ Fiziksel hastalık, özgül tıbbi sorunlar ve depresyon arasındaki ilişki karmaşıktır ve birbirini etkiler. Örneğin, Parkinson hastalığında olduğu gibi depresyon, kronik tıbbi bir hastalığın özgül biyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkar.⁴⁵ Bu çalışmada bir kronik hastalığı olanlarda depresyon yaygınlığı olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmalarda da hipertansiyon, göz hastalıkları, diyabet, artrit, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, astım, inme, osteoporoz, tiroit, üriner inkontinans, mide sorunları gibi kronik gidişli hastalığı olanlarda depresyon yaygınlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^{10,46}

Keller ve ark., farklı tipte yaşam olaylarının farklı depresif belirti profilleri gösterdiğini, belirgin depresif belirti modelleri ve tüm olumsuz yaşam olayları arasında önemli bir ilişki olduğunu belirtmiştir.⁴⁷ Çalışmamızda yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsü olanlarda depresyon yaygınlığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Lojistik model sonuçlarına göre de yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir olay öyküsünün varlığı kadınlarda depresyon için önemli bir risk etkeni idi (OR: 2.99, $p<0.05$).

Özürlü bir çocuğun gelişim güçlükleri, sağlık sorunları ve anne-babaya bağımlılık düzeyi, başta anneler olmak üzere tüm aile üyelerinde stres yaratır. Bailey ve ark., özürlü bir çocuğa sahip olmanın kadınlarda depresyon için önemli bir risk etkeni olduğunu bulmuştur.⁴⁸ Çalışmamızda da depresyon yaygınlığı özürlü bir çocuğu olan kadınlarda olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Oluşturulan lojistik model sonuçlarına göre de özürlü bir çocuğa sahip olmanın depresyon için önemli risk etkenlerinden biri olduğu saptandı (OR: 3.37, $p<0.05$).

En güçlü depresyon belirleyicilerinden biri menopozal durumdur. Menopoz sonrası depresif kadınlarda östrodiol ve serotonin konsantrasyonu anlamlı düzeyde düşük, follikül stimüle edici

hormon konsantrasyonu ise anlamlı düzeyde yüksektir. Bu hormonlar, sinir sistemi işlevlerinde değişiklik yaratabileceğinden, menopoza ortaya çıkan depresyondan sorumlu tutulmaktadır.⁴⁹ Çalışmamızda depresyon yaygınlığı menopoza olanlarda menopoza öncesi kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Çalışmamızda erken menopoza giren kadınlarda depresyon yaygınlığı diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Lojistik model sonuçlarına göre erken yaşta menopoza girme depresyon için önemli risk etkenlerinden biri olarak bulundu (OR:2.75, $p<0.05$). Menopoza erken giren kadınlarda depresyon yaygınlığının yüksek olması hormonal etkiden çok, erken yaşta menopoza girerek doğurganlığın kısıtlanması, öğrenim düzeyi ve yaşanan olumsuz olayların etkisi ile açıklanabilir. Chim ve ark. da benzer sonuçlar bulmuştur.²⁶ Woods ve ark., menopoza geç girmiş kadınlarda depresyon yaygınlığını daha yüksek bulmuştur.⁵⁰ Bu konunun araştırması gerekmektedir.

Kadınlardan %7.1'inin aile içi şiddet gördüğünü bildirmesi, aile içi şiddetin önemli bir sorun olduğunu gösterir. Depresyon, aile içi şiddet gören kadınlarda sıkı.⁵¹ Bonomi ve ark., eşlerinden cinsel ve fiziksel şiddet gören kadınların depresyon için bir risk grubu oluşturduğunu bildirmiş-

tir.⁵² Çalışmamızda da olarak aile içi şiddete uğrayan kadınlarda depresyon yaygınlığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çeşitli çalışmalara göre, obezitenin depresyona neden olması beklenen bir durumdur. Palinkas ve ark. obezitenin, karbohidratlar gibi depresyonu etkileyen besinlerin tüketiminin depresyonla ilişkili olabileceğine öne sürmüştür.⁵³ Obezitenin, depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu bildirilmektedir.⁵⁴ Çalışmamızda depresyon yaygınlığı obez olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Simon ve ark. da benzer sonuç bulmuştur.⁵⁵

Sonuç olarak, kadınlarda depresyon epidemiyolojisi çalışmalarında sosyoekonomik değişkenlerin daha ayrıntılı ve kapsamlı biçimde ele alınması gereklidir. Kadınlarda depresyonun erken tanı ve tedavisi için toplum tabanlı sağlık programlarının geliştirilmesine hız verilmelidir. Bu programlarda disiplinler arası işbirliğinin sağlanması gerekmektedir. Özellikle kırsal alandaki kadınların özellikleri dikkate alınarak taramaların yapılması ve riskli gruba yönelik sağlık eğitimi gibi koruyucu yaklaşımlar geliştirilmelidir. Ayrıca depresyon şüphesi olanların özelleşmiş psikiyatri merkezlerine yönlendirilmesi kadınların ruh sağlığı açısından önemli ilerleme sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, APA, 2000.
2. Küley L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clin Neuropsychopharmacol* 1989; 12(Suppl.2):1-12.
3. McClung CA. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther* 2007; 114:222-232.
4. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. *J Gen Intern Med* 1997; 12:439-445.
5. Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the Italian community: epidemiology and socio-economic implications. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19:135-142.
6. Buys L, Roberto KA, Miller E, Bliessner R. Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans. *Aust J Rural Health* 2008; 16:33-39.
7. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 1995;6:13-20.
8. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 1998.
9. Bekaroğlu M, Uluotku N, Tanrıöver S, Kirpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:174-178.
10. Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:1087-1094.
11. Olsson M, Marcus S, Druss B, Elinson L, Tanie-lian T, Pincus HA. National trends in the outpa-tient treatment of depression. *JAMA* 2002; 287:203-209.
12. Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. The association of bone mineral density and depression in an older population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:732-736.
13. Abramson J, Berger A, Krumholz HM, Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. *Arch Intern Med* 2001; 161:1725-1730.
14. Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Arch Suic Res* 2008; 12:1-19.
15. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70:38-44.
16. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
17. World Health Organization (WHO) Western Pacific Region. Manila, 2002. http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4EIDABC5-A033-40E3-8465-BOOB5AE29EE5/0/RSJbr_Mental_Health.pdf

18. Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease: Implications for future research. *JAMA* 2001; 285:535-539.
19. Hu TW. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Mental Health Policy Econ* 2006; 9:3-13.
20. Farmer AE. The genetics of depressive disorders. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8:369-373.
21. Ünal S, Özcan ME. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:41-48.
22. Hwang WC, Myers HF, Takeuchi DT. Psycho-social predictors of first-onset depression in Chinese Americans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:133-145.
23. Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Comm Health* 2000; 54:192-199.
24. Tolonen H, Wolf H, Jakovljevic D, Kuulasmaa K. The European Health Risk Monitoring Project. Recommendation for indicators, international col-laboration, protocol, and manual for operations for chronic disease risk factor surveys, 2002 <http://www.ktl.fi/ehrm/>
25. Gyllstrom ME, Schreiner PJ, Harlow BL. Peri-menopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recom-mendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:275-292.
26. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002; 41:275-282.
27. Aekplakorn W, Kongsakon R. Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. *Singapore Med J* 2007; 48:763-768.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
29. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psychol J* 1988; 6:118-122.
30. Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation Energy and Protein Requirement. WHO Technical Report Series. 1985; 724:1-67.
31. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52:252-258.
32. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
33. Heun R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry* 2005; 20:199-204.
34. Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:132-141.
35. Ku YC, Liu WC, Tsai YF. Prevalence and risk factors for depressive symptoms among veterans home elders in Eastern Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:1181-1186.
36. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:350-357.
37. Kebede D, Alem A, Deyassa N, Shibre T, Negash A, Beyero T. Socio-demographic correlates of depressive disorder in Butajira, rural Ethiopia. *Cent Afr J Med* 2005; 49:78-83.
38. Warr P. *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford, Oxford Science, 1987.
39. Harlow SD, Goldberg EL, Comstock GW. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Am J Epidemiol* 1991; 134:526-538.
40. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:418-424.
41. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Patterns of depressive symptomatology in women smokers, ex-smokers, and never-smokers. *Addict Behav* 2003; 28:575-582.
42. Benjet C, Wagner FA, Borges GG, Medina-Mora ME. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *Psychol Med* 2004; 34:881-888.
43. Choi NG, Kim JS. Age group differences in depressive symptoms among older adults with functional impairments. *Health Soc Work* 2007; 32:177-188.
44. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997; 278:1186-1190.
45. Prince M, Harwood R, Thomas A, Mann AH. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med* 1998; 28:337-350.
46. Schnitker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med* 2005; 60:13-23.
47. Keller MC, Neale MC, Kendler KS. Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1521-1529.
48. Bailey DB, Golden RN, Roberts J, Ford A. Maternal depression and developmental disability: research critique. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13:321-329.
49. Jasienska G, Ziolkiewicz A, Górkiewicz M, Pajak A. Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "Jolly Fat" hypothesis. *Womens Health Issues* 2005; 15:145-151.
50. Woods NF, Smith-Dijulio K, Percival DB, Tao EY, Taylor HJ, Mitchell ES. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16:667-677.
51. Kaya M, Kaya B. Kadına yönelik şiddet. Pandora'nın kırık kutusu. *Sağlık, Toplum, Siyaset Dergisi* 2000; 3:50-53.
52. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Women's Health* 2007; 16:987-997.
53. Palinkas LA, Wingard DL, Baret-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *J Psychosom Res* 1996; 40:59-66.
54. Gudelić-Radić J, Davidović D, Avramović D, Backović D, Jorga J. Factors mediating the depression in the adult obese outpatients. *Srp Arh Celok Lek* 2007; 135:61-66.
55. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, et al. Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:32-39.