TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

MAJOR DEPRESYON TANILI HASTALARDA YÜZ YÜZE VE İNTERNET TABANLI UYGULAMALAR ÜZERİNDEN YAPILAN PSİKİYATRİK GÖRÜŞMELERİN İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Doğan AKALIN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

ANKARA
2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

MAJOR DEPRESYON TANILI HASTALARDA YÜZ YÜZE VE İNTERNET TABANLI UYGULAMALAR ÜZERİNDEN YAPILAN PSİKİYATRİK GÖRÜŞMELERİN İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Doğan AKALIN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

ANKARA
2022

Ankara Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Major Depresyon Tanılı Hastalarda Yüz Yüze Ve İnternet Tabanlı Uygulamalar Üzerinden Yapılan Psikiyatrik Görüşmelerin İyileşme Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 11.03.21 tarihinde İ3-205-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

ÖğrencininAdı Soyadı: Doğan AKALIN

Tarih:

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

- İşleme kondu: 29-Kas-2022 12:31 PM
- Gönderim Numarası: 1966119514
- Kelime sayısı: 20572
- Gönderildi: 1

MAJOR DEPRESYON TANILI HASTALARDA YÜZ YÜZE VE İNTERNET TABANLI UYGULAMALAR ÜZERİNDEN YAPILAN PSİKİYATRİK GÖRÜŞMELERİN İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Doğan Akalın tarafından

Benzerlik Endeksi

%10

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Kaynakları: %9

Yayınlar: %3

Öğrenci Ödevleri: %5

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Doğan AKALIN	**Sınav tarihi:**
Anabilim/Bilim Dalı	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	12/12/ 2022
Tez Danışmanı	: Prof.Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER			
Tez Başlığı: Major Depresyon Tanılı Hastalarda Yüz Yüze ve İnternet Tabanlı Uygulamalar Üzerinden Yapılan Psikiyatrik Görüşmelerin İyileşme Üzerinde Etkisinin Karşılaştırılması			
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☐ 1	☒ 2	☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☒ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

.

Jüri Başkanı
Prof.Dr.Vesile ŞENTÜRK CANKORUR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Prof.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr.Sertaç AK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Tez ve asistanlık sürecinde her daim yanımda olan ve bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur'a,

Uzmanlık eğitimim sürecinde mesleki bilgi ve tecrübeleri ile katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Meram Can Saka ve AÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. öğretim üyelerine,

Birlikte çalışma fırsatı bulmuş olmaktan mutluluk duyduğum hem eğitim hayatım boyunca hem sosyal yaşantım boyunca desteklerini benden esirgemeyen dostlarım Dr. Mehmet Akif Kara, Dr. Fatih Özdemir, Dr. Ufuk Kılıç, Dr. Osman Topçu olmak üzere asistanlık sürecinde desteklerini hissettiğim asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık sürecim içinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşire, psikolog ve personel arkadaşlarıma,

Varlığı ile iyi ve kötü zamanlarda en büyük destekçilerimden olan Şefika Başoğlu'na,

Sevgileri ile her zaman en büyük dayanaklarımdan olan melek oğlum Jd'ye ve güzel kızım Lycka'ya

Uzun eğitim hayatım boyunca her daim arkamda olan, sonsuz destekleriyle her daim güçlü hissettiren babam Şerafettin Akalın'a, annem Yasemin Akalın'a, kardeşim Eren Akalın'a ve tüm aile bireylerime,

En içten dileklerimle teşekkür ederim...

Dr. Doğan AKALIN

Ankara 2022

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar ix
Tablolar Dizini x

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 4
3. GİRİŞ VE AMAÇ 7
4. GENEL BİLGİLER 10
4.1. Major Depresif Bozukluk 10
4.2. Major Depresif Bozukluk Belirtileri ve Kliniği 12
4.3. Epidemiyoloji 13
4.3.1. Yaygınlık/Sıklık 13
4.4. Sosyodemografik Özellikler 14
4.4.1. Yaş 14
4.4.2. Cinsiyet 14
4.4.3. Medeni Durum 14
4.4.4. Çocuk Sayısı 15
4.4.5. Sosyoekonomik Etkenler 15
4.4.6. Eğitim Düzeyi 15
4.5. Stresli Yaşam Olayları 16
4.6. Damgalanma (Stigmatizasyon) 16
4.7. Major Depresyonun Patofizyolojisi 17
4.7.1. Depresyon ve Nöroendokrin Sistem 17
4.7.1.1. Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Eksen ve MDB 17
4.7.1.2. Hipotalamik-Pitüiter-Tiroid Eksen (HPT) ve MDB 18
4.7.1.3. Hipotalamik-Hipofizer-Gonadal Eksen (HHG) ve MDB 19

4.7.1.4. Hipotalamik-Hipofizer-Büyüme Hormon Ekseni (HPB) ve MDB 19
4.8. Monoamin Hipotezi 20
4.9. Yangı/İnflamasyon 20
4.10. Nöroplastisite ve Nörogenez 21
4.11. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri 21
4.12. Risk Faktörleri ve Prognostik Faktörler 22
4.12.1. Genetik Faktörler 22
4.12.2. Epigenetik Faktörler 23
4.12.3. Çevresel Faktörler 23
4.12.4. Mizaç 24
4.12.5. Eş Hastalıklar 24
4.13. Major Depresif Bozuklukta Tedavi 24
4.14. Teletıp 25
4.14.1. Teletıp ve Etik 26
4.15. Telepsikiyatri ve İnternet Tabanlı Müdahale Çeşitleri 27
4.15.1. Acil Durumlarda Telepsikiyatri Kullanımı 30
4.15.2. Çevrimiçi Müdahalelerin Avantajları 31
4.15.3. Çevrimiçi Müdahalelerin Dezavantajları 31
4.15.4. Kabul Edilebilirlik ve Hasta Memnuniyeti 32
4.15.5. Maliyet etkinliği 32
4.16. Major Depresyon Tedavisinde Çevrimiçi Uygulamaların Kullanımı 32
5. GEREÇ ve YÖNTEM 36
5.1. Katılımcılar 36
5.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri 37
5.1.2. Katılımcılar için Dışlama Ölçütleri 38
5.2. Kullanılan Değerlendirme Araçları 38
5.2.1. Kullanılan Klinik ve Nöropsikiyatrik Değerlendirme Araçları 38
5.2.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 38
5.2.1.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 38
5.2.1.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) 39
5.2.1.5. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği 39
5.2.1.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği 40
5.2.1.7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) 40

5.2.1.8. Columbia İntihar Siddetini Derecelendirme Ölçeği 41
5.3. Verilerin Değerlendirilmesi 42
6. BULGULAR 43
6.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 43
6.2. HAM-D Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular 46
6.3. HAM-A Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular 48
6.4. İntihar Olasılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular 50
6.5. DSM 5 Kesitsel Belirti Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular 51
6.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular 52
6.7. Sosyodemografik Verilerin HAM-D ve HAM-A Ölçek Puanları ile Korelasyonu 55
6.7.1. HAM-D ile Korelasyon 56
6.7.2. HAM-A ile Korelasyon 57
6.9. Görüşmeye Uyum 58
7. TARTIŞMA 60
8. SONUÇ ve ÖNERİLER 66
9. KAYNAKLAR 68
10. EKLER 90
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 90
EK-2: HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 92
EK-3: HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 94
EK-4: DSM-5 BİRİNCİ DÜZEY KESİTSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİ—ERİŞKİN 96
EK-5: DSM-5 DÜZEY 2 DEPRESYON ERİŞKİN ÖLÇEĞİ 98
EK-6: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ 99
EK-7: COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ 101

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH : AdrenokortikotropikHormon

APA : AmerikanPsikiyatriBirliği

BDNF : BeyinKaynaklıNörotrofikFaktör

CRH : KortikotropinSalgılattırıcıHormon

COVID-19 : Koronavirüs Hastalığı

DSM-5-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sayımsal El kitabı, 5. Baskı Metin Yeniden Gözden Geçirmesi

FSH : Folikül Uyarıcı Hormon

GWAS : GenomÇapındaİlişkilendirmeÇalışmaları

HAM-D : Hamilton DepresyonDerecelendirmeÖlçeği

HAM-A : Hamilton AnksiyeteDerecelendirmeÖlçeği

HHG : Hipotalamik-Hipofizer-Gonadal

HPA : Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal

HPG : Hipotalamik-Pitüiter-Gonadal

HPT : Hipotalamik-Pitüiter-Tiroid

İOÖ : İntiharOlasiliğiÖlçeği

LH : Lüteinleştirici Hormon

MAOI : MonoaminoOksidazİnhibitörü

MDB : Major DepresifBozukluk

NMDA : N-Asetil D-Aspartat

SSRİ : Selektif Serotonin GerialımİnhibitörÜ

TRH : Tirotropin Salgılattırıcı Hormon

TSH : Tiroid Uyarıcı Hormon

T3 : Triiyodotironin

WHO : DünyaSağlıkÖrgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. DSM 5 TR'ye göre Major Depresif Bozukluk tani ölçütleri 11
Tablo 6.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri 45
Tablo 6.2. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-D puanlari 47
Tablo 6.3. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-D puanlarına göre MDB şiddeti 48
Tablo 6.4. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-A puanları 49
Tablo 6.5. Yüz yüze ve Çevrimiçi müdahale gruplarının HAM-A puanlarına göre anksiyete belirti şiddeti 50
Tablo 6.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Alınan ham puanlar)..... 53
Tablo 6.7. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Ham puandan çevrilen ölçek puanı)..... 54
Tablo 6.8. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Depresif belirti şiddeti) 55
Tablo 6.9. Sosyodemografik verilerin HAM-D puanlari ile korelasyonu 56
Tablo 6.10. 6. görüşmede uygulanan HAM-D'de kesim puanının aşağısında ve üzerinde kalan katılımcıların sosyodemografik veriler ve görüşme yöntemi ile korelasyonu 57
Tablo 6.11. Sosyodemografik verilerin HAM-A puanlari ile korelasyonu 58
Tablo 6.12. Yüz yüze ve Çevrimiçi görüşme grubu katilimcilarinin görüşmelere uyumu 59

1. ÖZET

Amaç

Depresyon, toplumlarda sık saptanması ve işlevsellikte kayıplara sebep olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca tüm dünyada iş gücü kaybıyla geçen yıllara en çok sebep olan ikinci hastalıktır. Depresyon tanısı konmuş kişilerin intihar sonucu gerçekleşen ölümleri de düşünüldüğünde; depresyon tüm dünyada en ağır hastalık yüküne sahip hastalıklardan olup, sonraki yıllarda ilk sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir. COVID-19 pandemisinin ruhsal sağlık sorunlarını daha da kötüleştirmiş olabileceğine dair bazı kanıtlar mevcuttur. Araştırmalar, depresif belirtilerde orta derecede bir artış olduğunu belirtirken, ruh sağlığı hizmetlerine başvuruların pandemi döneminde beklenenden önemli ölçüde düşük olması, pandemi nedeniyle olası bir karşılanmamış ihtiyacı düşündürmektedir. Yüz yüze yapılan ruh sağlığı müdahalelerine erişimin azalması ile çevrimiçi uygulamalar üzerinden verilen ruh sağlığı hizmeti çalışmaları hızlanmıştır. Bu durumdan yola çıkarak çalışmamızda major depresif bozukluk tanısı konmuş kişilerin tedavi sürecini yüz yüze veya çevrimiçi uygulamalar üzerinden sürdürerek bu iki yöntemin iyileşme üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve major depresif bozukluk tanısı konulan toplamda 120 hasta dahil edildi. Poliklinik başvurusu sonrası major depresif bozukluk tanısı konulan katılımcılar kendi tercihleri doğrultusunda yüz yüze görüşme grubu veya çevrimiçi uygulama üzerinden görüşmelerin yapıldığı görüşme grubuna 60'ar kişi olacak şekilde kendi tercihleri doğrultusunda dağıtılmıştır. Hastaların başlangıç farmakoterapileri kendilerini muayene eden diğer poliklinik doktorları tarafından belirlenmiştir. İki grup katılımcılarının ilk görüşmeleri yüz yüze yapılıp daha sonra çevrimiçi uygulama üzerinden görüşme yapılan grup katılımcıların görüşmeleri çevrimiçi olarak, yüz yüze görüşme grubunun ise yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Hastalara ilk görüşmede Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği uygulanmıştır. Hamilton Depresyon

Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği 0. , 1. , 2. , 4. , 6. aydaki görüşmelerde de uygulanmıştır. Her iki grup için yapılan ölçeklerin puanları incelenerek çevrimiçi ve yüz yüze müdahalelerin iyileştiricilik üzerine etkisi kıyaslanmıştır.

Bulgular

İlk değerlendirme görüşmesinde yüz yüze görüşme grubu katılımcılarının (n=60) yaş ortalamaları (ort±SS, dağılım aralığı) 36,9±12,2 (21-64), çevrimiçi görüşme grubu katılımcılarının (n=60) yaş ortalamaları (ort±SS, dağılım aralığı) 35,1±8,7 (21-52) olarak tespit edilmiştir. Hem yüz yüze hem de çevrimiçi görüşme grubunun %80,0'i (n=48) kadınlardan oluşmaktaydı. Yüz yüze görüşme grubunun %58,3'ünün (n=35), çevrimiçi görüşme grubunun ise %61,7'sinin (n=37) evli olduğu belirlenmiştir. Yüz yüze görüşme grubunun ortalama eğitim süresi 9,9±3,4 iken, çevrimiçi görüşme grubunun ise 9,8±3,4 olduğu belirlenmiştir. (t= 0,133 p=0,894) Yüz yüze görüşme grubunun %17,0'si (n=10) ilkokul mezunu, %20,0'si (n=12) ortaokul mezunu, %35,0'i (n=21) lise mezunu ve %28,0'inin (n=17) yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Çevrimiçi görüşme grubunun ise %13,0'ü (n=8) ilkokul mezunu, %25,0'i (n=15) ortaokul mezunu, %40,0'ı (n=24) lise mezunu ve %22,0'sinin (n=13) yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur. Öyküde daha önce ruhsal hastalık tanısı konma oranları incelendiğinde yüz yüze görüşme grubuna %26,7 (n=16) oranında, çevrimiçi görüşme grubuna ise %36,7 (n=22) oranında tanı konduğu saptanmıştır.

Her iki grupta depresif belirtiler tedavi başlangıcından sonra 1 ay içinde büyük oranda azalmıştır. (yüz yüze 0./1. görüşme ve çevrimiçi 0. / 1. görüşme= ortalama±standart sapma, p değeri 0. /1. görüşme) (yüz yüze görüşme= 26,8±3,6/12,3±5,9, çevrimiçi görüşme= 24,4±4/12,1 ±5,6, p=0,001/0,661) Aynı şekilde HAM-A'da da benzer sonuçlar elde edildi. ((HAM-A yüz yüze 0. / 1. görüşme ve çevrimiçi 0. / 1. görüşme= ortalama±standart sapma) (yüz yüze görüşme= 26,4±9,4 /16,1 ±9,7, çevrimiçi görüşme= 26,8±10,0/ 15,1±6.7) Kontrol görüşmelerin bazılarında HAM-D puanlarının çevrimiçi görüşme grubunda anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu gördük. ((yüz yüze/çevrimiçi görüşme= ortalama±standart sapma, p değeri) (0. görüşme; 26,8±3.6/ 24,4±4, p= 0,001 , 4. görüşme ; 6,1 ±3,7/ 4,6 ±3,2, p= 0,045 , 6. görüşme ; 5,0 ±3,7/3,3 ±3,2, p = 0,015)

DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği'nde de ağır derece depresif belirtisi olan hasta oranlarında belirgin düşüş saptanmıştır. ((yüz yüze 0. / 1. görüşme ve çevrimiçi 0. / 1. görüşme= %n/%n) yüz yüze görüşme= %53,3/%6,7, çevrimiçi görüşme=%45,0/%3,3)

Sosyodemografik verilerin HAM-D puanları ile korelasyonu incelendiğinde evli ($p<0,001$) ve kadın ($p= 0,001$) olmak ile ölçek puanı arasında artan bir ilişki olduğu saptandı. Sosyodemografik verilerin HAM-A puanları ile korelasyonu incelendiğinde ise evli ($p=0,046$), ruhsal hastalık öyküsünün olmaması ($p=0,024$), sigara ($p=0,011$) ve alkol kullanımının ($p=0,036$) olmaması ile ölçek puanı arasında artan bir ilişki olduğu saptandı.

Çevrimiçi görüşme grubunun kontrol görüşmelerine devam oranlarının daha iyi olduğu görüldü (1. görüşme %83,3/%95,0 $p= 0,04$, 3. görüşme %68,3/%90,0 $p= 0,003$, 4. görüşme %70,0/%86,7 $p= 0,027$, 5. görüşme %58,3/%76,7 $p= 0,032$). Görüşmelere uyumunun sosyodemografik veriler ile korelasyonu incelendiğinde 2. ve 5. görüşmede eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (2. görüşme $r= -0,183$ $p=0,046$, 5. görüşme $r= -0,211$ $p=0,021$). HAM-D ile korelasyonu yapıldığında ise 6. görüşmede istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. ($r= -0,234$ $p=0,024$)

Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen veriler çevrimiçi görüşmenin en az yüz yüze görüşme kadar depresyon belirtilerini azaltmada etkin olduğunu göstermektedir. İzlem görüşmelerinin bazılarında HAM-D puanlarının çevrimiçi grupta anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Yazında çevrimiçi ve yüz yüze görüşme modellerinin etkinliği konusunda çalışmamıza benzer şekilde çevrimiçi müdahalelerin, yüz yüze yapılan müdahaleler kadar etkin olabileceği gösterilmiştir. HAM-A üzerinden değerlendirilen katılımcılardan elde edilen sonuçlar depresif belirtilerde olduğu gibi anksiyete belirtileri üzerinde de çevrimiçi görüşmelerin yüz yüze yapılan görüşmeler kadar etkili olduğunu göstermektedir. Tedaviye devam oranlarının çevrimiçi grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin mevcut yazında da desteklendiği gibi çevrimiçi görüşmelerin daha ulaşılabilir olması olabilir. Tedaviye uyum konusunda da çevrimiçi müdahaleler avantajlı bir konumda olabilir. Çevrimiçi ve yüz yüze müdahalelerin ruhsal hastalıklar üzerindeki avantajlı yönlerinin kullanılabilmesi için iki görüşme yöntemini de içeren karma modellerin araştırılması önerilir. Ayrıca sonraki çalışmaların intihar riskinin olduğu katılımcılar veya yaşlı popülasyon ile yapılması araştırmamızdan dışlanan katılımcı gruplarındaki çevrimiçi müdahalelerin etkinliklerini anlamamıza yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler= Depresyon, Yüz yüze görüşme, Çevrimiçi görüşme

2. ABSTRACT

Introduction

Depression is an important public health problem due to its frequent occurrence and impairment in functionality, and is the second most common disease causing years of loss of work force all over the world. Considering the deaths due to suicide; Depression is one of the diseases with the highest burden of disease in the world, and it is estimated that it will rise to the top in the following years. There is some evidence that the COVID-19 pandemic may have exacerbated mental health problems. While studies indicate that there is a moderate increase in depressive symptoms, the fact that applications to mental health services are significantly lower than expected during the pandemic period suggests a possible unmet need due to the pandemic. With the decrease in access to face-to-face mental health interventions, mental health services provided through online applications have accelerated. Based on this situation, we aimed to examine the effects of these two methods on recovery by continuing the treatment process of people diagnosed with major depressive disorder through face-to-face or online applications.

Materials and Methods

A total of 120 patients who applied to Ankara University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry and were diagnosed with major depressive disorder were included in this study. Participants who were diagnosed with major depressive disorder after their application to the outpatient clinic were distributed to the interview group as 60 people each, through the face-to-face interview group or the online application, in line with their preferences. The initial pharmacotherapy of the patients was determined by the other polyclinic doctors who examined them. The first interviews of the two groups of participants were made face-to-face, and then the interviews of the group participants, who were interviewed via the online application, were conducted online. Hamilton Depression Rating Scale, Columbia Suicide Severity Rating Scale, Suicide Probability Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAS), DSM-5 First Level Cross-sectional Symptom Scale, DSM-5 Level 2 Depression Adult Scale were applied to the patients at the first interview. Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, DSM-5 First Level Cross-sectional Symptom Scale, DSM-5 Level 2 Depression Adult Scale were also administered after the interviews at 0th, 1st, 2nd, 4th, and 6th months. Online or face-to-face monthly interviews were conducted with the patients during the 6-month follow-up period. The effects of online

and face-to-face interventions on healing were compared by examining the scores of the scales for both groups.

Results

In the first evaluation interview, the mean age (mean±SD, range) of the face-to-face interview group participants (n=60) was 36,9±12,2 (21-64), while the mean age of the online interview group participants (n=60) (mean±SD, range of distribution) SD, range of distribution) was determined as 35,1±8,7 (21-52). 80.0% (n=48) of both face-to-face and online interview groups consisted of women. It was determined that 58,3% (n=35) of the face-to-face interview group and 61,7% (n=37) of the online interview group were married. It was determined that the average training period of the face-to-face interview group was 9,9±3,4, while the online interview group was 9,8±3,4. (t= 0,133 p=0,894) Education in the face-to-face interview group 17,0% (n=10) of the face-to-face interview group were primary school graduates, 20,0% (n=12) were secondary school graduates, 35,0% (n=21) were high school graduates and 28,0% (n=17) was determined that were college graduates. On the other hand, 13,0% (n=8) of the online interview group were primary school graduates, 25,0% (n=15) secondary school graduates, 40,0% (n=24) high school graduates, and 22,0% ten of them (n=13) was found that were college graduates. When the rates of diagnosis of mental illness in the history were examined, it was found that 26,7% (n=16) were diagnosed in the face-to-face interview group and 36,7% (n=22) in the online interview group.

In both groups, depressive symptoms were greatly reduced within 1 month after the start of treatment. (face-to-face 0/1st interview and online 0th/1st interview= mean±standard deviation, p value 0./1st interview) (face-to-face interview= 26,8±3,6/12,3±5,9, online interview= 24,4±4/12,1±5,6, p=0,001/0,661) Similarly, similar results were obtained in HAM-A. ((HAM-A face-to-face 0./1st interview and online 0./1st interview= mean±standard deviation) (face-to-face interview= 26,4±9,4/16,1±9,7, online interview=26,8±10,0/ 15,1±6,7) We found that some of the control interviews had significantly lower HAM-D scores in the online interview group ((face-to-face/online interview= mean±standard deviation, p value) (0th interview= 26,8±3,6/ 24,4±4, p= 0,001, 4th interview: 6,1 ±3,7/ 4,6 ±3,2, p= 0,045, 6th interview: 5,0 ±3,7/3,3 ±3,2, p = 0,015)

In the DSM-5 Level 2 Depression Scale, a significant decrease was found in the proportion of patients with severe depressive symptoms. ((face to face 0th / 1st interview and online 0th / 1st interview= %n/%n) face to face=53,3%/6,7%, online interview=45,0%/3,3%)

When the correlation of sociodemographic data with HAM-D scores was examined, it was found that there was an increasing correlation between being married (p<0,001) and female (p= 0,001) and scale score. When the correlation of sociodemographic data with HAM-A scores was examined, it was found that there was an increasing correlation between the scale score and being married (p=0.046), no history of mental illness (p=0,024), no smoking (p=0,011) and no alcohol use (p=0,036). detected.

It was observed that the online interview group had better attendance rates for the control interviews (in the 1st interview 83,3%/95,0% p= 0,04, in the 3rd interview 68,3%/90,0% p= 0,003, in the 4th interview 70,0%/86,7% p= 0,027, 5th interview 58,3%/76,7% p= 0,032). When the correlation of compliance with the interviews with sociodemographic data was examined, it was found that there was a statistically significant inverse relationship with the level of education in the 2nd and 5th interviews (2nd interview r= -0,183 p=0,046, 5th interview r= -0,211 p=0,021). When correlated with HAM-D, a statistically significant inverse relationship was found at the 6th interview. (r= -0,234 p=0,024)

Conclusion

The data obtained from this study show that online interviewing is as effective as face-to-face meeting in reducing depression symptoms. In some of the follow-up interviews, HAM-D scores were found to be significantly lower in the online group. Similar to our study on the effectiveness of online and face-to-face interview models in the literature, it has been shown that online interventions can be as effective as face-to-face interventions. The results obtained from the participants evaluated through HAM-A show that online interviews are as effective as face-to-face interviews on anxiety symptoms as well as depressive symptoms. Treatment attendance rates were higher in the online group. The reason for this may be that online interviews are more accessible, as supported by the current literature. Online interventions may also be in an advantageous position in terms of adherence to treatment. In order to use the advantageous aspects of online and face-to-face interventions on mental illnesses, it is recommended to explore mixed models that include both interview methods. In addition, future studies with participants at risk of suicide or the elderly population may help us to understand the effectiveness of online interventions in groups of participants excluded from our study.

Keywords= Depression, Face-to-face interview, Online interview

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, dünya çapında yaklaşık 280 milyon insanı etkileyen ve yeti yitimine neden olan olan bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon, düşük yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar, bilişsel bozulma ve erken ölüm gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkilidir.

Depresyon tedavisinde çeşitli müdahalelerin etkinliğine dair birçok kanıt vardır (1, 2). Klasik yüz yüze müdahaleler etkili olsa da, etkilenen tüm bireyleri bu yöntemle tedavi etmek mümkün değildir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, depresyon için tedavi açığı %56,3'tür (3). Bu, depresif belirtilerden muzdarip çok sayıda kişinin tedavi edilmediği anlamına gelir. Bu tedavi konusundaki yetersizlik birkaç farklı nedene bağlanabilir. Bunun sebeplerinden biri, yeterli sayıda hizmet sağlayıcısının olmaması ve uzun bekleme listelerinin ortaya çıkmasıdır (4).

Arz tarafında bu engellerin yanı sıra, talep tarafında da engeller mevcuttur. Bunlar arasında hastanın ruhsal hastalıklar açısından damgalanmadan korkması, zihinsel sağlık problemlerini tartışırken duyulan rahatsızlık hissi, sorunları kendi başına aşma isteği, yardıma ihtiyaç duyma konusundaki farkındalık eksikliği ve beklenen yüksek tedavi maliyeti bulunmaktadır (5, 6).

Ek olarak, şiddetli depresyon seviyelerinin, yetersiz motivasyon ve azalmış psikomotor aktiviteye, olumsuz bilişsel önyargılara (örneğin, dünyaya ilişkin olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu gibi) neden olduğu ve bu özelliklerin hastanın yardım arama davranışını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (7). Çevrimiçi tedaviler, geniş ölçüde erişilebilirdir (özellikle kırsal alanlarda yaşayanlar veya fiziksel engelleri olanlar için) ve yüksek düzeyde mahremiyet sağlayabilir (8). Çevrimiçi müdahalelerin entegrasyonu, daha yaygın ve düşük maliyetli zihinsel sağlık hizmeti sunabilir (9).

Gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi ve tedavisi için çevrimiçi müdahalelerin geliştirilmesinde hızlı bir ilerleme olmuştur (10).

Aralık 2019'dan bu zamana Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgını gibi halk sağlığı krizleri, yalnızca fiziksel kaygılar nedeniyle değil, aynı zamanda ruhsal sıkıntılar nedeniyle de tehdit oluşturan ciddi yaşam olayları olarak kabul edilmektedir (11).

COVID-19 ile mücadelede, COVID-19 hastaları, yeti yitimine, hatta ölümlere neden olan bir enfeksiyon hakkında yeterli bilgiye ulaşamamaları, uzun izolasyon dönemleri ve bu süreçte yaşadıkları çaresizlik duyguları nedeni ile de muazzam psikolojik baskı yaşamıştır. COVID-19 tanısı konmuş hastalarda uykusuzluk ve endişe artmış, stres, anksiyete belirtileri, depresif belirtiler saptanmıştır (11). Ayrıca, ateş, yorgunluk ve nefes darlığı gibi enfeksiyon bulgularının yanı sıra tedavilerin yan etkileri de hastaların ruh sağlığının kötüleşmesine neden olabilmektedir (12).

Çeşitli çalışmalar, çevrimiçi müdahalelerin COVID-19 hastalarında depresyon ve anksiyete semptomları üzerindeki etkinliğini değerlendirmiştir (11, 13).

COVID-19 salgınında ayaktan yürütülen ruh sağlığı hizmetleri dünya çapında ciddi şekilde olumsuz etkilenmiştir. Yüz yüze ruh sağlığı hizmetlerine olan talep, enfeksiyon korkusu nedeniyle, özellikle yaşlı insanlar arasında önemli ölçüde azalmıştır (14). Birçok hizmet, uzaktan ruh sağlığı hizmetlerine dönüşmek zorunda kalmıştır (15).

Kişi başına düşen gelir miktarının yüksek olduğu ülkelerin %80'inden fazlası, gelir miktarını düşük olan ülkelerin ise % 50'si telepsikiyatri yöntemlerinin uygulandığını bildirmiştir. (16).

Çevrimiçi müdahaleler ile kullanıcılar, uygun zamanda ve her yerde, değerli zaman ve gereksiz ulaşım maliyetlerinden tasarruf ederek yardıma erişme fırsatına sahiptir. Psikiyatride teletıp, ruh sağlığı uzmanlarının eksikliğinin ve coğrafi sınırlamaların getirdiği dezavantajları hafifletir (8). Fakat çevrimiçi müdahalelerde, geleneksel terapi ortamlarına kıyasla, birisi düşünce ve duygularından bahsederken daha fazla efor sarfetmesi gerekebilir. Ayrıca, bu tür müdahalelerin, terapistlerin intihar gibi kriz durumlarına yeterince tepki vermelerini zorlaştıracağı, çünkü intihar düşüncelerinin farkedilmesi için kullanılan sözel olmayan ipuçların tespit ederken zorlanılacağı iddia edilmiştir (17). Bu konuda çelişkili literatür verileri mevcuttur (18, 19). Bu dezavantajlar çoğu zaman tek başına çevrimiçi müdahalelerin daha hafif düzey belirtili ruhsal hastalıklar için düşük etkinlikli müdahaleler olarak görülmesine neden olurken, yüz yüze müdahale ve farmakoterapi genellikle daha ciddi semptomlar için tercih edilen seçenekler olarak kabul edilen çalışmalar da mevcuttur (20). Tam tersi olarak intihar girişimi gibi acil durumlarda bile çevrimiçi müdahalelerin olumlu etkilerini konu alan çalışmalar da mevcuttur. (21)

Bu çalışmanın amacı sık görülen bir ruhsal hastalık olan major depresif bozuklukta yüz yüze görüşmeler ile çevrimiçi uygulamalar üzerinden gerçekleştirilen görüşmelerin tedavi etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

Çalışmamızın ana hipotezi major depresif bozukluk tanısı konan hastaların 6 aylık izlemlerinde yüz yüze görüşmeler ile çevrimiçi gerçekleştirilen görüşmelerin depresif belirtiler üzerindeki etkinliğinin farklı olduğudur.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Major Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk (MDB) en yaygın ruhsal bozukluktur (22). 204 ülkede, 12 ruhsal bozukluğun küresel hastalık yükünü araştıran bir sistematik yeniden gözden geçirmede, major depresif bozukluğun, küresel hastalık yükünü oluşturan hastalıklar içinde ikinci sırada olduğu saptanmıştır (23).

Major depresif bozukluk, tanı süreçlerinin kendine özgü özellikleri ve tedaviye değişken yanıtı nedeniyle tanı ve tedavisi zorluklar içeren bir hastalıktır (24).

Uygun tedavi yöntemlerine rağmen depresyon belirtilerinde yeterli iyileşme sağlanamamakta ve hastaların %50'si en az bir yeni depresif dönem yaşamaktadır (25, 26).

Araştırmaların bulguları, MDB belirtileri ile geçirilen zaman arttıkça prognozun kötüleştiği yönündedir. Bu nedenle hastalık belirtileri ile geçirilen zamanın azaltılmasının önemli tedavi hedeflerinden biridir (27, 28).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sayımsal El kitabı, 5. Baskı Metin Yeniden Gözden Geçirmesi'ne (DSM-5-TR) göre; MDB, neredeyse her gün ve günün büyük bir kısmında ya depresif duygudurum ya da neredeyse tüm etkinliklere ilgi kaybının ve etkinliklerden alınan zevk kaybının olduğu en az 2 hafta süren bir dönemdir. Ayrıca, aynı 2 haftalık süre içinde, uyku miktarında artma ya da azalma, beden ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik olacak şekilde kilo alma ya da verme, psikomotor aktivitede artma veya azalma, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü ya da karar vermede güçlük, değersizlik ve suçluluk hissi, intihar düşünceleri gibi belirti alanlarından en az dördünün bulunması gerekir. Bu döneme klinik olarak belirgin bir toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma eşlik etmelidir. Ayrıca bu dönem, manik veya hipomanik dönem belirtilerini içermemelidir. (29).

Tablo 4.1. DSM 5 TR'ye göre Major Depresif Bozukluk tani ölçütleri

A. İki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi-istek ya da zevk almada azalmadır.

Not= Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı belirtileri dahil etmeyin.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği (ör; üzüntülü ve boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) veya başkalarınca gözlenen; günün çoğunda ve hemen her gün olan depresif duygudurumun bulunması (Not= Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)

2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir.)

3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme veya kilo alma (ör; bir ay içerisinde beden ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün iştahta azalma ya da artma (Not= Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama dikkate alınmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma

5. Neredeyse her gün psikomotorajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlemlenebilir; yalnızca öznel olarak hissedilen yerinde duramama ya da yavaşlama duygusu değildir.)

6. Neredeyse her gün yorgunluk ya da enerji azalması

7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değildir)

8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenen)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz

Not= A'dan C'ye kadar olan tanı ölçütleri bir major depresif dönemi temsil eder.

Not= Önemli kayıp (Ör; yas, iflas, doğal afet sonrası kayıplar, önemli bir hastalık ya da engellilik) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen yoğun bir üzüntü duygusu, kayıpla ilgili ruminasyonlar, uykusuzluk, iştahta azalma ve kilo kaybı gibi depresif dönemi andırabilen belirtiler olabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılır ya da yaşanan kayba uygun bulunabilirse de önemli kayıp sonrasında ortaya çıkan normal tepkilere ek olarak bir major depresif dönemin de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykü ve kayıp ile ilgili ifade edilen acının kültürel ölçüleri klinik olarak değerlendirilerek verilir.

D. Major depresif dönem şizoafektif bozukluk (şizofreninin üzerine eklenmiş major depresif dönemi olmamalı), şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısal bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik dönem olmamıştır.

Not= Mani ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

4.2. Major Depresif Bozukluk Belirtileri ve Kliniği

Depresif ruh hali, öyle hissedilen günün büyük bir kısmında mevcut olmalıdır. Majör depresif bozukluk tanı ölçütlerinin sağlanabilmesi için kilo değişikliği ve intihar düşüncesi dışında, diğer belirtilerin hemen her gün bulunması gerekir. Yorgunluk ve uyku bozukluğu hastaların çoğunda mevcuttur; psikomotor aktivitedeki değişiklikler daha az yaygındır, ancak sanrıya yakın suçluluk duyguları gibi belirtiler hastalık şiddetinin önemli göstergelerindendir. Bir majör depresif bozukluk döneminin temel özelliği, ya depresif duygudurum ya da hemen hemen tüm etkinliklere ilgi ya da zevk kaybının olduğu en az 2 haftalık bir dönemdir (29).

Majör depresif bozukluğu olan kişi ruh halini, genellikle depresif, üzgün, umutsuz, cesareti kırılmış olarak tanımlar. İlgi veya zevk kaybı, en azından bir dereceye kadar, hemen hemen her zaman mevcuttur (29).

Uyku bozukluğu, uyuma güçlüğü veya aşırı uyuma şeklinde olabilir. Uykusuzluk mevcut olduğunda, tipik olarak orta dönem uykusuzluk (yani, gece boyunca uyanma ve sonra uykuya dönmekte güçlük çekme) veya son dönem uykusuzluk (yani, çok erken uyanma ve tekrar uyuyamama) şeklini alır. Erken dönem uykusuzluk (yani uykuya dalma güçlüğü) de ortaya çıkabilir (29).

Psikomotor aktivitede artma veya azalma, başkaları tarafından gözlemlenebilecek kadar şiddetli olmalıdır. Psikomotor aktivitede artma (örneğin, hareketsiz oturamama, el sıkma veya deriyi, giysiyi veya diğer nesneleri çekme veya ovma) veya psikomotor aktivitede azalma (örneğin, konuşma, düşünme ve vücut hareketlerinde yavaşlama; cevap vermeden önce artan duraklamalar; ses seviyesi, miktar veya içerik çeşitliliği azalmış konuşma) mevcuttur (29).

Azalmış enerji, yorgunluk ve bitkinlik yaygındır. Bir kişi fiziksel efor sarf etmeden sürekli yorgunluk bildirebilir. Görevlerin gerçekleştirilmesindeki verimlilik azalabilir (29).

Major depresif bozuklukla ilişkili değersizlik veya suçluluk duygusu, kişinin kendi değerine ilişkin gerçekçi olmayan olumsuz eleştirileri veya geçmişte yaşanan küçük başarısızlıklar hakkında suçluluk duygularıyla meşgul olmayı veya derin düşüncelere dalmayı içerebilir. Değersizlik veya suçluluk duygusu sanrısal düzeyde olabilir (29).

Birçok kişi, düşünme, konsantre olma ve hatta küçük kararlar verme yeteneğinin bozulduğunu bildirir. Kolayca dikkatleri dağılmış görünebilir veya hafıza güçlüklerinden şikayet edebilirler. Bilişsel olarak zorlu uğraşlarla uğraşanların genellikle işlevselliği bozulur.

Majör depresif bozukluk başarılı bir şekilde tedavi edildiğinde, hafıza sorunları genellikle tamamen ortadan kalkar (29).

Ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri veya intihar girişimleri yaygındır (29).

Belirtilere klinik olarak belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma eşlik etmelidir (29).

Major depresyonun gidişatı oldukça değişkendir. Kimi kişilerde belirtiler daha az yatışırken kimilerinde ise dönemler arasında belirtisiz veya az belirtili yıllar olabilir. Depresyon belirtilerinin süreğen olup olmamasının ayrımına varmak önemlidir. Depresyon belirtilerinin süreğen olması, altta yatan kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu veya madde kullanım bozukluğu ek tanılarının yüksek oranda, tedaviden sonra belirtilerde tam iyileşmenin düşük oranda olacağını yordar (30).

Major depresif bozukluğu olan kişilerin beşte ikisinde, başlangıçtan sonraki üç ay içinde; beşte dördünde başlangıçtan sonraki bir yıl içinde iyileşme başlar. Belirtilerin başlangıç zamanının yakın olması, uygun tedavi verilirse, kısa sürede içinde tedaviye yanıt verileceğinin güçlü belirleyicilerindendir. İyileşme ihtimalinin düşük olacağının göstergeleri arasında, o sıradaki dönemin süresi, psikotik içeriğin olması, belirgin kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu ve belirtilerin şiddeti gibi göstergeler vardır (30).

Belirtisiz dönem uzadıkça hastalığın yineleme olasılığı giderek düşer. Önceki major depresif bozukluk dönemi ağır geçmiş kişilerde, genç kişilerde ve birden fazla dönem geçirmiş kişilerde hastalığın yineleme olasılığı daha yüksektir. Hastalık belirtilerinin yatışması sırasında ağır olmayan depresyon belirtilerinin süreğen hal alması, hastalığın yineleyeceğinin en önemli göstergelerindendir (30).

4.3. Epidemiyoloji

4.3.1. Yaygınlık/Sıklık

Majör depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığı ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterir, ancak yaklaşık %6'dır. 12 aylık yaygınlık tahminleri %0,3 (Çek Cumhuriyeti) ile %10 (ABD) arasında, orta noktalar ise %4,5 (Meksika) ve %5,2 (Batı Almanya) arasında değişmektedir (31).

Yaşam boyu depresyon riski 12 aylık prevelansa göre üç kat daha yüksektir (%15-18), bu, majör depresif bozukluğun yaygın bir hastalık olduğu anlamına gelir (32). Özellikle,

yüksek gelirli ülkeler (%5,5) ile düşük gelirli ve orta gelirli ülkeler (%5,9) karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığı benzerdir, bu da majör depresif bozukluğun etyolojisinin karmaşık olduğunu gösterir. Depresyon, ne gelişmiş ülkelerde modern yaşam tarzının bir sonucudur, ne de yoksulluk sadece bir sebeptir (33, 34).

Ayrıca, sosyoekonomik durum gibi sosyal ve kültürel faktörler majör depresyonda rol oynayabilse de, genomik ve diğer altta yatan biyolojik faktörler de bu durumun ortaya çıkmasına neden olur (35, 36).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na (1998) göre ülkemizde major depresif bozukluğun yıllık yaygınlığı %4, sağlık ocaklarına başvuran bireylerde ise %20'dir (37).

4.4. Sosyodemografik Özellikler

4.4.1. Yaş

MDB'nin görülme sıklığı her iki cinsiyette de yaşamın ikinci ve üçüncü dekatlarında görülme sıklığı zirve yapar. Bir sonraki tepe noktası, beşinci ve altıncı dekattadır.(38)

MDB hastaların yarısında hastalık 20-50 yaş arasında başlar (39).

Yeni epidemiyolojik çalışmalar MDB sıklığının 20 yaş altı popülasyonda arttığını göstermektedir (39). 18-29 yaşları arasındaki bireylerde saptanan prevalans, 60 yaş ve üzerindeki bireylerde saptanan prevalanstan üç kat daha fazladır (29).

4.4.2. Cinsiyet

Yaşam boyunca, depresyon erkeklere göre kadınlarda yaklaşık iki kat daha yaygındır (31).

ABD'de, yetişkinlerde yapılan çalışmalar, yaşam boyu depresyon oranlarının kadınlarda %17 ve erkeklerde %9, yıllık yaygınlığın ise kadınlarda %8 ve erkeklerde %4 olduğunu belirlemiştir (31).

4.4.3. Medeni Durum

MDB sıklığı bekarlar ve boşanmış kişilerde evli kişilerden daha yüksek çıkmıştır. MDB sıklığı ayrıca hiç evlenmemiş kişilerde, boşanmış ve eşi vefat etmiş kişilere göre daha düşük saptanmıştır (40). Finlandiya tabanlı medeni durumun MDB ile ilişkisini konu alan bir çalışmada, evlilerin MDB prevelansı %4,4 iken, boşanmış kişilerde %8,7 eşi vefat etmiş kişilerde bu oran %10.1 saptanmıştır (41). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise bu duruma

benzer sonuçlara ulaşılmıştır. MDB'nin 12 aylık prevelansına bakıldığında boşanmış ve eşi vefat etmiş %6,2 iken, evlilerde ise %3,8 olduğu saptanmıştır (42).

Toplam 36 çalışmayı konu alan bir gözden geçirme çalışması erişkinlerdeki sosyal destek ile MDB arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmaların çoğu (%89) yetişkinler arasında sosyal destek ile depresyondan korunma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. MDB tanılı yetişkin hastaları inceleyen çalışmalarda (havuzlanmış OR = 0,74, %95 GA 0,72 - 0,76) olasılık oranları 0,23 ile 1,07 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır (43).

4.4.4. Çocuk Sayısı

Çeşitli sosyal teorisyenler, ebeveynliğin sosyal bütünleşmeyi teşvik ettiğini, stresin getirdiği yükü azalttığı ve depresyona karşı koruma sağladığını öne sürmüşlerdir (44).

MDB ile sahip olunan çocuk sayısının ilişkisini inceleyen bir çalışmada adınlar için, her ilave çocuk, %9'luk bir MDB oranında azalma ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle kentsel alanlarda yaşayan kadınlar için anlamlı olduğu saptanmıştır. Erkekler için ise sadece kentsel alanlarda yaşayanlarda anlamlı ilişki saptanmıştır (45).

4.4.5. Sosyoekonomik Etkenler

Birçok çalışmada artmış MDB riskiyle gelir düzeyi arasındaki ters ilişki saptanmıştır (46-48). İspanya, Polonya ve Finlandiya uyruklu 10.800 katılımcıyı içeren sosyoekonomik düzeyin MDB üzerindeki etkisini araştıran bir kesitsel çalışmada MDB tanısını karşılayan hastaların sözel bildirimine dayalı olarak bilgiler alınmıştır ve bu çalışmada da Finlandiya ve Polonya popülasyonları için bu durum desteklenmekle beraber İspanya popülasyonu için anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (49). Ülkemizde yapılan bir çalışmada MDB en yüksek oranda gelir düzeyi düşük bireylerde saptanmıştır (50). İşsizliğin de MDB için önemli bir risk etmeni olarak saptanmıştır. İşsiz kişilerdeki MDB sıklığı, iş sahibi olanlara göre 3 kat artmıştır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerin MDB sıklığı 2 kat fazla bulunmuştur (51).

4.4.6. Eğitim Düzeyi

16.718 katılımcıyı içeren bir çalışmada 12 yıldan daha az eğitim almış kişilerin MDB tanısı alma riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (<12 yıl β = -0.42; 95% CI= -0.49, -0.38 / >12 yıl β = -0.28; 95% CI= -0.35, -0.22) (52). Düşük eğitim düzeyi, artan major depresif bozukluk riski ile ilişkilidir (52, 53).

Monozigotik ikizler için üniversite mezunu olmak daha az depresif semptomla ilişkilendirilmiştir ve bu ilişkinin diğer sosyal ve genetik faktörlerden bağımsız olarak devam edebileceği saptanmıştır (54).

4.5. Stresli Yaşam Olayları

Holmes ve Rahe (1967), büyük yaşam değişikliklerinin fiziksel hastalık riskini önemli ölçüde artırdığını öne sürdüklerinde yaşam olayları ilgi çekmeye başlamıştır. Stresli Yaşam Olayları ve Günlük Sıkıntılar Ölçeği'ni oluşturan maddelerden olan eşin kaybı, boşanma, hapis cezası alma veya benzer durumlar, bir aile üyesinin kaybı gibi yaşam olayları bu durumdan etkilenen kişileri çeşitli yönlerden etkilemektedir (55).

Birçok araştırma, stresli yaşam olaylarının ortaya çıkması ile bir major depresyon atağının başlaması arasında bir ilişki bulmuştur (56, 57). İleri bölümlerde bu konu daha detaylı ele alınmıştır.

Stresli yaşam olayları ile majör depresyon arasında nedensel olmayan bir ilişki olduğu da çalışmalara konu olmuştur (56, 58, 59).

İlk olarak, çok sayıda çalışma, stresli yaşam olaylarına maruz kalmanın büyük ölçüde genetik faktörlerden etkilendiğini göstermiştir (60-62). Bireyler stresli yaşam olaylarını aslında çoğunlukla rastlantısal şekilde yaşamazlar; bazı bireylerin stresli yaşam olayları ile karşılaşma olasılığı yüksek olan durumlara yönelimi konusunda istikrarlı bir eğilimi vardır.

İkincisi, stresli yaşam olayları ile ilgili genetik risk faktörlerinin, MDB için belirlenen genetik risk faktörleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yani, genetik olarak etkilenmiş bir dizi özellik nedeniyle, hem bireylerin kendilerini stresli yaşam olayları üretmesi muhtemel yüksek riskli ortamları seçme olasılığını arttırır hem de majör depresyona karşı duyarlılıklarını arttırır (63-65).

4.6. Damgalanma (Stigmatizasyon)

Stigma, bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına ve toplumun bir dizi farklı alanına katılmaktan dışlanmasına neden olan aşağılayıcı özelliklerin kişiye atfedilmesi demektir (66).

Bireyin kendi kendisini damgalama olarak adlandırılan içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin kendilerine olumsuz kalıp yargılar uygulama, başkaları

tarafından ötekileştirilmeyi veya reddedilmeyi bekleme ve topluma yabancılaşma sürecini ifade eder (67).

İçselleştirilmiş damgalanmanın majör depresif bozukluğu olan hastalarda yaygın olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, damgalanma, tedavi arayışında ve uzun vadede tedaviye devam etmede önemli bir engel gibi görünmektedir (68).

Batı ve Asya ülkelerinde yapılan çoğu çalışma, major depresif bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın %21,7 ile %51,4 arasında değiştiğini göstermektedir (69, 70).

13 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışma, duygudurum bozukluğu kümesine ait tanısı olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini değerlendirmiştir ve orta ila yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmanın bireylerin %21,7'sinde mevcut olduğu saptanmıştır (71).

4.7. Major Depresyonun Patofizyolojisi

Majör depresif bozukluğun patofizyolojisinin anlaşılması için önemli miktarda çalışmalar yapılmıştır, ancak tek bir model veya mekanizma, hastalığı bütünsel olarak tatmin edici bir şekilde açıklayamaz. Farklı hastalardaki atakların altında farklı nedenler veya patofizyoloji olabilir. Psikososyal stresörler ve biyolojik stresörler farklı yolaklar üzerinden etki gösterebilir ve farklı müdahalelere daha iyi yanıt verebilir (24).

Depresyonun nörobiyolojisine yönelik çeşitli hayvan çalışmaları yapılmıştır, ancak hayvan modellemelerinden depresyona dair çıkarım yapmak ve temel bilimden elde edilen bulguların klinik pratiğe dönüştürülmesinin zor olduğu belirtilmektedir (72).

Bu nedenle, majör depresif bozukluğun patofizyolojisini anlamak için hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerin incelenmesi daha faydalı olabilir (24).

4.7.1. Depresyon ve Nöroendokrin Sistem

4.7.1.1. Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Eksen ve MDB

HPA ekseni, adından da anlaşılacağı gibi, hipotalamus, hipofiz ve adrenal bezleri içeren bir etkileşim döngüsünden oluşur. Bu yapılara ek olarak, HPA ekseni; hipokampus, amigdala, stria terminalinin bazal çekirdeği ve paraventriküler çekirdeklerden düzenleyici geri bildirimler alır.

Fiziksel veya duygusal bir stres etkeni sırasında HPA ekseni etkinleştirilir. Hipotalamus, adrenokortikotropin hormonu (ACTH) salınımını artırmak için hipofiz üzerinde etki gösteren kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salgılar. CRH, merkezi sinir sisteminin çeşitli bölümlerinde dağılmış 41 amino asitli bir peptittir ve memeli stres yanıtının birincil düzenleyicisidir. CRH, ACTH salgılayan hipofizdeki reseptörlerle etkileşime girer. ACTH, kanda adrenal kortekse taşınır ve kortizol üretimini ve salınımını uyaran adrenokortikal hücreler üzerindeki reseptörlerle etkileşime girer. Kortizol, insanlarda ve diğer primatlarda salgılanan adrenal glukokortikoid stres hormonudur.

HPA ekseni, uzun süredir majör depresif bozukluğun anlaşılabilmesi için incelenen ana konulardan olmuştur. (73, 74).

Major depresif bozukluktaki en belirgin tespit edilen farklılıklardan birisi, artan plazma kortizol miktarıdır. MDB tanılı kişilerin yaklaşık yarısında artmış plazma ve idrar kortizol düzeyleri saptanır (75). Bu farklılık, stresle ilişkili aşırı kortizol salınımından ve bozulmuş glukokortikoid reseptörü aracılı geri bildirim inhibisyonundan kaynaklanmaktadır.

Majör depresif bozuklukta kullanılan antidepresan tedavinin HPA eksenindeki bu bozulmayı kortikosteroid reseptör gen üretimini arttırarak düzelttiği saptanmıştır.(39).

Ayrıca HPA ekseni bozuklukları kötüleşen bilişsel performans ile de ilişkili bulunmuştur. (76).

Antidepresan tedaviye HPA ekseninin zayıf yanıtı ise klinik olarak iyileşmenin azlığı ve yüksek relaps ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (77).

Erken yaşamda maruz kalınan kronik stresin, CRH salgılayan hücreleri etkileyerek, ileri dönemde majör depresif bozukluğa yakalanma ihtimalini arttırabileceği saptanmıştır (78).

4.7.1.2. Hipotalamik-Pitüiter-Tiroid Eksen (HPT) ve MDB

Majör depresif bozukluk ve HPT ekseni arasındaki ilişki uzun süre ilgi konusu olmuştur ve literatürde özellikle üç farklı konu vurgulanmıştır.

İlki tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) uyarısına yeterli tiroid uyarıcı hormon (TSH) yanıtının alınamamasıdır. Yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluk tanısı konan hastaların TRH uyarısına küntleşmiş bir TSH yanıtı olduğu saptanmıştır (79). Ek olarak, küntleşmenin varlığı, bazı depresif hastalarda antidepresan tedaviye iyi bir yanıtı öngörmektedir (80).

İkincisi, subklinik hipotiroidizm ve majör depresif bozukluk arasındaki ilişkidir. Subklinik hipotiroidizm, depresif semptomları veya majör depresif bozukluğu olan hastaların önemli bir bölümünde saptandığından, majör depresif bozukluk ile özellikle alakalı olabilir (81, 82). İlk kanıtlar, subklinik hipotiroidizmi majör depresif bozukluk için bir risk faktörü olarak göstermiştir (83) ve tedaviye dirençli depresyonun altında yatan sebeplerden olabileceği saptanmıştır (84). Trisiklik antidepresanların triiyodotironin (T3) ile güçlendirilmesi, dirençli depresyon tedavisinde faydalı gibi göründüğünden dolayı HPT ekseninin azalmış aktivitesi, zayıf tedavi yanıtı ile ilişkili olabilir (85-87).

Üçüncü bir araştırma alanı, hipotalamik-pituiter-tiroid (HPT) eksenine bağlı sirkadiyen ritim düzenindeki bozukluklardır. TSH sirkadiyen salınım örüntüsünün majör depresif bozukluk tanılı kişilerde tek düze hale geldiği (88) ve tedavi sonrası klinik iyileşme ile normale döndüğü bildirilmiştir (89, 90).

4.7.1.3. Hipotalamik-Hipofizer-Gonadal Eksen (HHG) ve MDB

Depresyonda libido azalmasının yaygın olmasına rağmen, depresif hastalarda HHG ekseni ile ilgili nispeten az sayıda çalışma bildirilmiştir. Bir çalışmada,(91) cinsiyet ve aynı yaştaki kontrollere kıyasla major depresif tanılı postmenopozal kadınlarda daha düşük Lüteinleştirici Hormon (LH) seviyeleri gösterilmiştir. Diğer çalışmalar, katılımcıların LH ve FSH seviyelerinde (92)benzer düşüşler göstermiştir. Bununla birlikte, çoğu çalışmada LH salgılatıcı hormon ile uyarılan LH ve Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) seviyeleri, primer majör depresif hastalarda normal (93-96) saptanmıştır ve sadece bazı hastalarda başlangıç LH'sinde artış (94) veya azalmış LH (96) görülmüştür. Ayrıca, manik ataktaki erkek hastalarda artmış LH seviyeleri (97) görülmüştür. Gonadal steroidler östrojen ve testosteron kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır. Sakar ve ark. yaptığı çalışmada (98) kontrollere kıyasla depresif erkeklerde azalmış testosteron düzeylerini gösterilen (99) aksine, depresif erkeklerde remisyona kıyasla akut durumda testosteron düzeylerinin değişmediğini bildirilmiştir. Bu nedenle, HPG ekseninin işlevi ile ilgili çalışmaların bulguları çelişkilidir ve ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

4.7.1.4. Hipotalamik-Hipofizer-Büyüme Hormon Ekseni (HPB) ve MDB

Büyüme hormonu, major depresif bozukluk sırasında salınımı değişen norepinefrinden etkilenerek düzeyi azalır. Bunun yanında büyüme hormonunun uyku sırasında yaptığı pik de bu hastalarda gözlenememiştir (100).

4.8. Monoamin Hipotezi

1960'lı yıllarda histamin reseptör antagonisti üretimine yönelik yapılan çalışmalarda rastlantısal olarak bazı fenotiazin türü antidepresan etkinlik gösteren etken maddelerin bulunmasından sonra, bu etken maddelerin üzerinde çalışmalar yapılarak monoamin hipotezi oluşturulmuştur. Monoamin hipotezi, monoamin türü nörotransmitter miktarının çeşitli yolaklardaki farklılığının, major depresif bozukluğun etiyolojisindeki rolünü açıklamaya çalışan bir hipotezdir. Fakat yapılan araştırmalardaki çelişkili bulgular ve antidepresan tedavisi ile birlikte saptanan nörotransmitter değişikliğinin tedaviye yanıt ile zamansal olarak örtüşmemesi, hipotezin geçerliliği hakkında soru işaretleri doğurmuştur (101). Güncel araştırmalar, major depresif bozukluk etiyolojisinin sadece monoaminerjik nörotransmitterlerle açıklanamayacağını göstermiş olup, daha sonra çeşitli genlerin üretimini düzenleyen moleküllere ve çeşitli reseptörlerin etkinliğine dair konulara yönelim artmıştır. Sonraki süreçte geliştirilen monoamin reseptör hipotezine göre, nörotransmitter üretimindeki eksiklikler, stres gibi çevresel faktörler ya da kalıtsal olarak sahip olunan reseptör anormallikleri nedeniyle post-sinaptik reseptör miktarı ve işlevinde değişiklik olmaktadır. Bu durumun da depresyona sebep olduğu belirtilmektedir. Reseptörlerdeki işlev bozukluğu; monoaminerjik nörotransmitter hatalı üretimininden, reseptörlerin kendisindeki bir yapısal hatadan veya sinyal iletimindeki bir işlev bozukluğundan olabilmektedir (101).

4.9. Yangı/İnflamasyon

Periferik sitokin konsantrasyonları, beyin fonksiyonu ve biliş ile bağlantılıdır (102).

Periferik sitokinler, kan-beyin bariyerini geçtikten sonra veya afferent yolların aracılık ettiği sinyaller yoluyla, astrositler ve mikroglia gibi nöronlar ve destekleyici hücreler üzerinde doğrudan etki edebilir (103).

Bu mekanizmalar, otoimmün hastalıkları ve şiddetli enfeksiyonları olan bireylerin neden depresyona daha yatkın olduğunu ve interferon gama ve interlökin 2 gibi terapötik olarak uygulanan sitokinlerin neden depresyonu tetiklediğini açıklayabilir (24).

İnflamasyonun depresyonun nedenselliği ve alevlenmesindeki rolü, çocuklukta artan interlökin 6 miktarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde depresyon geliştirme riskini arttırdığı bulgusu ve hastaların beyinlerinde bulunan mikroglial aktivasyon ve nöroinflamasyon kanıtı ile daha da desteklenmektedir (104).

4.10. Nöroplastisite ve Nörogenez

Geçen yüzyılın en önemli keşiflerinden biri, yetişkin beyninde, nörogenez olarak adlandırılan bir sürecin tanımlanması olmuştur. Nöronal seviyede büyüme ve adaptasyon daha geniş olarak nöroplastisite olarak adlandırılmıştır ve muhtemelen hücresel seviyedeki bu nöroplastisite, çevresel stresin neden olduğu inflamasyon ve HPA eksen disfonksiyonu tarafından değiştirilir (105).

Nörogenez süreci çeşitli mekanizmalar tarafından düzenlenir. Majör depresif bozukluğu olan hastalarda azalan beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) gibi proteinler bu düzenlemede önemli rol oynar. Majör depresif bozukluğu olan kişilerde azalmış olan BDNF düzeyleri, farmakoterapi veya psikolojik müdahaleler ile yeniden arttırılabilir (106).

Hayvan çalışmalarında, nörogenezin sınırlandırılması, antidepresan ilaçların yaptığı etkiyi önler ve stres etkenine bağlı olarak depresif belirtilerin daha kolay ortaya çıkmasına sebep olur. Bu nedenle, nörojenezin, strese karşı direnci arttırdığı öne sürülmüştür (107).

MDB belirtileri olan hastalarda yapılan ölüm sonrası çalışmalar, depresyonda olmayanlara kıyasla, tedavi edilmeyen bireylerde dentat girusta granül nöron eksikliği olduğunu göstermektedir. Depresyon için tedavi edilen hastalar, tedavi edilmeyen bir MDB tanılı grupla ve hatta depresyon belirtileri olmayan bir grupla karşılaştırıldığında, önemli ölçüde daha fazla nöronal progenitör hücreye sahip olduğu saptanmıştır (108). Bu bulgular, antidepresanların yetişkin beyninde nörojenezi artırarak işe yaradığını gösteren fare çalışmalarıyla tutarlıdır (98).

4.11. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri

Depresif belirti gösteren hastalarda yapılan yapısal görüntüleme araştırmalarında, majör depresif bozuklukta, depresyonu olmayan kişilere kıyasla hipokampal hacmin daha küçük olduğunu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (109). Bazı çalışmalar, hipokampal hacim kaybının derecesini, yaşam boyu depresyonda geçirilen süre ile ilişkilendirmiştir (110, 111).

Tedavi edilmeyen major depresif bozukluk tanılı hastalardaki dentat girus hacmi, hem depresyonu olmayan kişilerdeki hem de tedavi gören bir grup depresif bozukluk tanılı hastalardaki hacmin yaklaşık yarısı kadardır (112, 113). Hacim olarak azalan hipokampusun tedavi ile hacminin eski haline dönüp dönemeyeceği henüz klinik çalışmalarda gösterilememiştir.

Fonksiyonel nörogörüntüleme, duygu düzenleme, ruminasyon, anhedoni ile ilgili bozulmuş ödül yolakları ve öz farkındalık gibi kilit süreçlerde yer alan beyin ağları hakkında bilgi sağlar. Depresif bozukluklarda bu ağları inceleyen çalışmalar, genel olarak amigdalanın aktivitesinin artmış olduğunu, çok miktarda bağlantılara sahip olduğunu ve subgenual anterior singulat gibi diğer yapıların aktivitesinin artmış olduğunu, ancak insula ve dorsal lateral prefrontal korteksin aktivitesinin azalmış olduğunu bulmuştur (114, 115).

4.12. Risk Faktörleri ve Prognostik Faktörler

4.12.1. Genetik Faktörler

Major depresif bozukluğu olan bireylerin birinci derece aile üyeleri, genel popülasyondan iki ile dört kat daha fazla majör depresif bozukluk riskine sahiptir. Erken başlangıçlı ve tekrarlayan formlar için göreceli riskler daha yüksek görünmektedir. Kalıtım yaklaşık %40'tır (29).

İkiz ve evlat edinme çalışmaları, majör depresif bozukluğun orta derecede kalıtsal olduğunu göstermiştir (116).

Ne yazık ki, sorumlu genlerin güvenilir bir şekilde tanımlanması zordur. Şimdiye kadar, genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS), her biri küçük bir etkiye sahip birden fazla gen tanımlamıştır ve 2018 yılına kadar birkaç gen isabetli şekilde kopyalanmıştır (117).

Mevcut GWAS, risk varyantlarını başarıyla tanımlamaya başlamakta ve tekrarlanabilir bulgular göstermektedir. Bu durum bizi majör depresif bozukluğun patofizyolojisi hakkında bilgilendirmeye başlayabilir. Genetik sonuçlar, MDB vakaları ve kontroller arasında farklılıklar gösteren anatomik bölgeler olan prefrontal ve anterior singulat korteksteki gen üretim örüntüsüyle tutarlıdır (118).

Şiddetli hastalığı olan daha homojen vakaları inceleyen çalışmalar da umut verici görünmektedir ve majör depresif bozukluk riskine katkıda bulunan lokusları (SIRT1,LHPP) belirlemiştir (119).

Örneğin, majör depresif bozukluk, glukokortikoid reseptör geni NR3C1, monoaminoksidaz A geni, glikojen sentaz kinaz-3β geni (metabolik enzimlerin fosforilasyonunda ve düzenlenmesinde anahtar bir role sahiptir) bir grup-3 metabotropikglutamat reseptör geni (GRM3) ve birçok transkripsiyon faktöründeki polimorfizmlerle ilişkilendirilmiştir (120-123).

Bulguların değişkenliği göz önüne alındığında, genomik araştırmalara ek olarak, epigenetik faktörler de incelenmektedir.

4.12.2. Epigenetik Faktörler

Geçtiğimiz on yılda, çevrenin genetik bilginin yorumlanmasını doğrudan etkileyebileceği ve bazı genlerin çevresel faktörler tarafından aktive edildiğinin saptanması heyecan verici bir keşif olmuştur. Bu süreç gen-çevre etkileşimi olarak tanımlanmıştır ve epigenetik mekanizmalar tarafından belirlenir (124). Bu fenomeni inceleyen araştırmalar, çevresel faktörlerin beyin nörobiyolojisinin modifikasyonunda rol oynayabilecek yeni yollar ve mekanizmalar ortaya çıkarmıştır (örn; nöronal plastisite) (125). Bununla birlikte, bu yeni alan önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Potansiyel patolojik epigenetik etkileri önleyebilen terapötik yaklaşımları oluşturabilmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (126).

4.12.3. Çevresel Faktörler

Yaşam olaylarının majör depresif bozukluğa neden olma rolü uzun zamandır bilinmektedir (127).

Stresli yaşam olayları arasında yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar, maddi zorluklar, iş kaybı, ayrılık, yas ve şiddete maruz kalma yer alır. Stresli yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkilerin güçlü olduğu bulunmuştur. Bir hasta grubu stresli yaşam olaylarının etkilerine karşı savunmasız olabilirken başka bir sağlıklı grubun muhtemelen biyolojik yapısından dolayı stresli yaşam olaylarının etkilerine dayanıklılığı daha yüksektir (128, 129).

İkinci bir yaklaşım, stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalındığında yetişkinlik döneminde MDB geliştirmeye yatkınlıkla ilişkili görünen istismar, kayıp ve ihmal gibi kötü muamele gibi çocukluk çağında maruz kalınan faktörleri içermektedir (130).

Bu yaklaşımı inceleyen çalışmalar, bireyleri majör depresif bozukluğa yatkın hale getiren en az iki tür moleküler varyant saptamıştır. İlki etkileri olumsuz yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkan moleküller ve ikincisi ise olumsuz olaylardan bağımsız olarak etkileri her durumda mevcut olan moleküllerdir. (126). Bu çalışmalar hem saf epigenetik mekanizmaları hem de gen-çevre etkileşimlerini tanımlamıştır.

Hayvan çalışmaları ve klinik çalışmalar, HPA eksenindeki değişiklikler, özellikle de glukokortikoid reseptör hipofonksiyonu yoluyla erken çocukluk çağı travmasını daha ileri dönemde MDB ile ilişkilendirmiştir (131).

Spesifik olarak, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma, glukokortikoid reseptör genindeki anahtar bölgelerin DNA metilasyonuna neden olur (132). Dolayısıyla, duygusal ihmale, cinsel ve fiziksel istismara maruz kalma, ileri dönemde MDB'a yakalanma riskini arttırmaktadır.

4.12.4. Mizaç

Nevrotizm (olumsuz duygulanım), majör depresif bozukluk bir risk faktörüdür ve bireylerin stresli yaşam olaylarına tepki olarak depresif dönemler geliştirme olasılığını artırıyor gibi görünmektedir (29).

4.12.5. Eş Hastalıklar

Esasen neredeyse tüm kronik hastalıklar, bireyin MDB geliştirme riskini artırır. Başka bir hastalığa ikincil gelişen depresif ataklar genellikle daha dirençli bir seyir izler. Madde kullanımı, kaygı bozukluğu ve sınırda kişilik bozuklukları MDB ile sıklıkla birliktedir. Bu tanıların beraberinde ortaya çıkan depresif belirtiler, diğer hastalıkların tanınmalarını zorlaştırabilir veya geciktirebilir.

Kronik veya yeti yitimine neden olan çeşitli tıbbi durumlar da MDB riskini artırır. Diyabet, morbid obezite ve kardiyovasküler hastalık gibi yaygın hastalıklar genellikle depresif ataklarla birliktelik gösterir. Bu durumda depresif belirtilerin kronikleşme olasılığı, herhangi bir eş hastalığı bulunmayan bireylerin depresif ataklarından daha fazladır (29).

4.13. Major Depresif Bozuklukta Tedavi

Major depresif bozukluğun tedavisini konu alan çalışmalar, tedaviden elde edilen sonucu, klinisyen tarafından bireye uygulanan major depresif bozukluk belirtilerindeki iyileşme durumunu baz alarak, "yanıt" ve "remisyon" terimleriyle belirtmektedirler (133, 134). Uygulanan ölçeğin kesme puanına eşit ve daha az puan alan bireyin remisyona ölçütlerini sağladığı kabul edilirken, remisyonda olmayan fakat belirtilerde %50 ve üzeri iyileşme gösteren bireylerin ise tedaviye yanıt verdiği kabul edilmektedir. Depresyon tedavisinin amacı bireyi remisyon kriterlerini sağlar konuma getirmek ve bu durumu sürdürmektir. Diğer amaç ise bireyin işlevselliğinin eski haline getirilmesidir (135, 136).

Bir depresif epizodu tedavi ederken, ilk amaç depresif semptomların tamamen ortadan kaldırılmasıdır ve genellikle, bu amaca genellikle psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisi birden kullanılarak ulaşılabilir (137-139).

Hafif depresif bozuklukta, psikoterapi tek başına yeterli olabilir ve ilk sıra olarak bilişsel davranışçı terapi gibi kanıta dayalı bir psikoterapi önerilmelidir. Bu terapi aynı zamanda orta şiddette depresyonu tedavi etmek için de kullanılabilir, ancak çoğu durumda ilaca ihtiyaç duyulabilir ve farmakoterapi ile psikoterapinin kombinasyonu tercih edilir. Şiddetli majör depresif bozukluk vakalarında, ilaç tedavisi birinci basamak tedavi olarak düşünülmelidir ve ilaca yanıt vermeyen hastalarda elektrokonvülsif tedavi bir seçenektir (24).

Majör depresif bozukluk için çeşitli psikoterapiler mevcuttur (137, 139).

Bilişsel davranışçı terapi, majör depresif bozukluğu olan hastalara olumsuz düşünce kalıplarını nasıl tanımlayacaklarını öğreten ve en iyi test edilebilen psikoterapi yöntemidir (140).

Kişilerarası terapi, bilişsel davranışçı terapiden farklıdır, çünkü ağırlıklı olarak ilişkilerdeki zorluklara, özellikle kişilerarası çatışmalara ve yaşamdaki sorunlara odaklanılır (141). Genel olarak, psikoterapiler majör depresif bozukluğun tedavisinde etkilidir, ancak psikoterapi yöntemlerinin majör depresif bozukluk üzerine olan iyileştirici etkilerini kıyaslamak kolay değildir (142).

Majör depresif bozukluk için farmakoterapi, monoaminerjik nörotransmisyonun güçlendirilmesi üzerine kurulmuştur (143). Ancak daha yeni antidepresanlar, N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörü, melatonin veya gama-aminobütirikasit gibi diğer beyin sistemlerini hedefler.

Trisiklikler ve MAOI'ler gibi en erken geliştirilen antidepresanlardan bazıları, bunlar arasında yer almaya devam etmektedir (144). Çoğu ortamda ve özellikle tedaviye ilk başladığında, bu ilaçların yerini farmakolojik olarak daha seçici etkileri olan ve dolayısıyla daha az yan etkisi olan daha yeni ilaçlar almıştır (145). Bu nedenle, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), ölçülebilir bir fayda sağlaması haftalar alabilen orta düzeyde etkinliğe rağmen, birinci basamak antidepresan ilaç sınıfı haline gelmiştir (146).

4.14. Teletıp

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı raporda teletıp "mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda, hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisi yanında hastalıklardan ve yaralanmalardan korunma; araştırma, değerlendirme ve sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi ile bireylerin ve toplumlarının sağlığını geliştirmek ile ilgili bilgi alışverişi için, sağlık

profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmeti sunumu" olarak belirtilmektedir. Telesağlık çoğunlukla hastalıkları önleme, bireylerin eğitimi tarzında genel müdahaleleri kapsamaktadır, teletıp ise daha çok tanı ve tedaviye yönelik eylemler barındırmaktadır (147).

Telekonsültasyon ve teleradyoloji uygulamalarını kapsayan bir sistem olduğu da ayrıca belirtilmektedir. Bu konuda ihtiyaçlar;

1- İletişimin sağlanacağı altyapı sistemleri (internet vb),

2- Müdahale sürecinde kullanılacak yazılımlar,

3- Konu hakkında ileri eğitim almış insan gücü olarak listelenebilir (148).

4.14.1. Teletıp ve Etik

Telesağlık ve teletıp savunucuları, bu teknolojilerin tedaviye yeni erişim kanalları açtığını ve hasta merkezli tedavi için yeni fırsatlar sunduğunu vurgulamaktadır (149, 150). Eleştirmenler bu konuda daha temkinli tutum içindedir. Özellikle mahremiyet ve mahremiyete yönelik yeni veya artan riskler söz konusudur. Fizik muayene için çevrimiçi müdahalelerin sınırlılıkları ve hasta-hekim ilişkisinin bozulma riski bulunmaktadır (151-153).

Elektronik sağlık ve tıp müdahaleleri, geleneksel sağlık hizmetleri müdahalelerinden daha geniş bir yelpazede üçüncü tarafları içerir. Etkileşimin içinde hasta ve diğer uçtaki sağlık personelinin yanı sıra telekomünikasyon hizmet sağlayıcıları ve muhtemelen onların iş ortakları da yer almaktadır. Bazı müdahaleler gizlilik yasaları ve düzenlemeleri kapsamında korunur, hepsi korunmayabilir ve ek riskler taşıyabilir. Örneğin, sağlık hizmeti sunan web siteleri aslında ziyaretçilerin düşündüğü kadar anonim olmayabilir; bir web sitesindeki kod aracılığıyla veya hastaların bilgisayarlarına yerleştirilen uygulamalar aracılığıyla üçüncü taraflara bilgi sızdırabilirler (154).

Teletıp yoluyla klinik hizmetler sunan doktorlar, gizlilik uygulamalarına kendileri de uymalı ve işbirliği yaptıkları uzak web sitelerindeki sağlık hizmeti profesyonellerinin de aynı şekilde davrandığından emin olmalıdır. Ayrıca, birlikte çalıştıkları teletıp hizmetlerinin yetkisiz erişimi önlemek ve hasta bilgilerinin güvenliğini ve bütünlüğünü korumak için uygun protokollere sahip olduğundan emin olmalıdırlar. Doktorlar, teletıp hastalarını veya vekillerini veri güvenliği ve erişim sorunlarının ortaya çıkabileceği konusunda uyarmalı ve gizli bilgileri korumak için atılan adımlar hakkında onları bilgilendirmelidir (155).

Hasta çıkarlarını ilk sıraya koyma yükümlülüğü, tele sağlık faaliyetlerine veya teletıp programlarına katılan hekimlerin çıkar çatışmalarını ve ön yargılarını en aza indirecek adımlar atmalarını gerektirir. Hekimlerin ticari sağlık web siteleri ve hizmetleri ile rollerini etkileyebilecek finansal veya diğer türlü çıkarlarını belirlemeli ve çıkar çatışmalarını yönetmek veya ortadan kaldırmak için aktif adımlar atmaları önemlidir (155).

Çevrimiçi olarak sunulan klinik hizmetler için hastanın bilgilendirilmiş onamının alınmasını gerekecektir. Tele sağlık veya teletıp bağlamında, hastaların yalnızca tıbbi konular ve tedavi seçenekleri hakkında değil, aynı zamanda teletıbbın bazı ayırt edici özellikleri hakkında da bilgi sahibi olmaları gerekir (155).

Klinik hizmet sunan hekimler için, yetkin bakım sağlama yükümlülüğünün yerine getirilmesi, ilgili teknolojilerin kullanımında yetkin olmayı ve hastalarla etkileşim oluşturmak için teknolojiyi rahatça kullanabilmeyi gerektirir. Yeterlilik aynı zamanda hekimlerin kullandıkları teletıp teknolojilerinin sınırlılıklarının farkında olma ve bireysel bir hastaya bakma konusundaki sınırlılıkların farkında olma sorumluluğunu da içerir. Hekimler, belirli bir hasta için hangi bakım yönteminin en iyi olduğunu belirlemeli, telesağlık veya teletıptan yüz yüze müdahaleye ne zaman geçileceğini belirlemek de dahil olmak üzere, gerekli adımları atmalıdır (155).

4.15. Telepsikiyatri ve İnternet Tabanlı Müdahale Çeşitleri

1973'te 'telepsikiyatri' terimi ilk olarak Massachusetts General Hospital'dan Boston Logan Uluslararası Havalimanı'ndaki bir tıbbi merkeze ve Bedford Veteran's Administration'a sağlanan konsültasyon hizmetlerini tanımlamak için kullanılmıştır (156).

2000'li yıllardan bu yana, kolayca erişilebilen kişisel bilgisayarların ve akıllı telefonların ortaya çıkışı, ekonomik veya coğrafi nedenlerle tedaviye gücü yetmeyen hastalar için yeni bir tedavi şekli olarak internet tabanlı terapinin ortaya çıkmasını teşvik etmiştir (157, 158). Halihazırda mevcut olan çevrimiçi müdahale çabaları genellikle Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikoeğitim gibi çeşitli yaklaşımları benimsemektedir (158, 159). Bu programlara erişim yolları da çeşitlidir, internet sitelerinin ötesinde e-posta yazışmalarına, sohbet odalarına, görüntülü sohbetlere ve mobil uygulamalara kadar uzanır. Bu yönler, çevrimiçi müdahalelere büyük avantajlar sağlayarak, bireylerin kendi ihtiyaçlarına göre özelleştirmelerine ve sosyal damgalanmadan endişe duymadan yardım aramalarına olanak tanır (160, 161). Ek olarak, çoğu çevrimiçi müdahale, hastaların semptomlarında önemli ölçüde iyileşme sağlar ve

etkindir. Örneğin, psikoeğitimin web tabanlı programla verilmesinin MDB tanılı hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarını önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (158).

Telepsikiyatri müdahaleleri, eşzamanlı sesli konferans (yani sesli arama) dahil olmak üzere gerçek zamanlı ve etkileşimli senkronize video konferansın kullanımını ve e-postalar, metin tabanlı mobil sağlık müdahaleleri, sohbet robotları, e-postalar dahil asenkron teknoloji modalitelerini içerir (162-165).

Telepsikiyatri, psikiyatrik değerlendirme, konsültasyon, süpervizyon, eğitim ve tedavi sağlamak için kullanılan, gerçek zamanlı etkileşimli sesli ve görüntülü telekomünikasyon sistemi aracılığıyla sağlanan eşzamanlı (yani 2 yönlü) bir video konferans hizmetinden oluşur (166). Gerçek zamanlı etkileşim, bir psikiyatrist ile diğer kalifiye sağlık profesyonellerinden uzak bir yerde bulunan bir hasta arasında sağlanır. Telepsikiyatri, olağan yüz yüze bakımla karşılaştırılabilir bakım sağlamak için çok az adaptasyon gerektirir, esnektir ve ihtiyaç duyulan bakıma kolayca erişemeyen hastalar için hastane ziyaretlerine makul bir alternatiftir (165, 166).

Geleneksel, gerçek zamanlı, etkileşimli, çift yönlü ve sesli-görüntülü iletişimin yanı sıra, diğer teknoloji çeşitleri da ana akım haline gelmektedir. Telefon uygulamaları, giyilebilir cihazlar ve sensörler, e-posta uygulamaları, metin tabanlı mobil sağlık müdahaleleri, sohbet robotları, e-danışma uygulamaları dahil olmak üzere yenilikçi uygulamalar ruh sağlığı bakımını geliştirmektedir (167).

Metin tabanlı mobil sağlık müdahaleleri (metin mesajı veya kısa mesaj servisleri, SMS), hatırlatıcı müdahaleler, destekleyici mesajlar olmak üzere kendi kendini izlemeyi sağlayan bir mobil terapi müdahalesi olarak kullanılmıştır (168). Metin tabanlı iletişim hızlıdır ve kullanıcılar tarafından güvenli hissedilen bir etkileşime izin verir (167). Şu anda mobil terapi, teşhis koyma, kendi kendini izleme, kendini tanıma, semptom izleme ve belgeleme, randevu ve terapi ev ödevi hatırlatıcılarının yanı sıra geleneksel terapiye bağlılık konularında yardım etmektedir (168).

Son olarak, sensörler ve giyilebilir teknolojiler (yamalar, bandajlar, gömlekler, akıllı saatler, akıllı gözlükler, bileklikler vb.), sağlık durumlarını izlemek, değerlendirmek ve tedavi etmek için yararlı olan başka dijital yöntemler sunabilir (169-171).

Çeşitli telepsikiyatri müdahaleleri, ruh sağlığı uzmanlarının uzaktan hizmet sağlamalarını veya uzman olmayan bakım ekiplerini denetlemelerini sağlayabilir (172).

İnternet tabanlı müdahaleler ayrıca rehbersiz veya rehberli olarak da sınıflandırılabilir. Rehberli çevrimiçi müdahaleler, bir terapist veya eğitimli bir kişi tarafından desteklenmektedir (örneğin, sık e-posta yazışmaları veya telefon desteği yoluyla). Kendi kendine yönlendirilen çevrimiçi müdahalelerde, hasta herhangi bir ek insan desteği almaz. (173, 174). Yapılan üç meta-analiz, rehberli çevrimiçi tedavilerin MDB belirtileri üzerinde değişen oranlarda olumlu etkilerinin olduğunu fakat daha kesin sonuçlar için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (19, 173, 175).

Rehberli internet tabanlı kendi kendine yardım programları, bir tür insan desteğini içeren ancak insan desteğinin yüz yüze yapılan müdahalelerden önemli ölçüde daha az olduğu otomatik müdahalelerdir. Rehbersiz İnternet tabanlı kendi kendine yardım programları, insan etkileşimi olmadan olan otomatik müdahalelerdir (112). Kendinden rehberli çevrimiçi müdahaleler ise, internet üzerinden iletilen talimatları içerir; bu, programa bağlı otomatik geri bildirimi içerebilir, ancak terapötik içeriğe ilişkin ek insan desteği sağlamaz (176).

Genel anlamda iki çeşit rehbersiz paket destek program bulunmaktadır. Görev verici programlar; performansla ilgili somut geribildirimde bulunur. Duygu desteği ile ilgili programlar; empatik bir yapıya sahip olan destek uygulamasıdır. Bu programlar insanlar tarafından verilen sözlü ve sözsüz bilgileri tespit etme ve işleme kapasitesine sahiptir. Kullanıcı duygularını doğru şekilde ve o anda yakalayabilmek için çeşitli sensörlerin, algılanan duyguları yorumlamak için ise yapay zeka ile birlikte sofistike bir teknolojik tasarımın geliştirilmesine ihtiyaç vardır (177).

Tek başına bir müdahale çeşidi olarak rehberli veya rehbersiz çevrimiçi mühalelere ek olarak, daha yeni bir tedavi yaklaşımı ise, yüz yüze oturumları çevrimiçi oturumlarla birleştiren müdahale çeşididir. Bu yaklaşım genellikle karma yaklaşım olarak adlandırılır ve dezavantajları hafifletirken her iki tedavi şekli ile ilgili olumlu yönleri korumayı amaçlar (178, 179). Çevrimiçi ve yüz yüze tedavileri harmanlamanın farklı avantajları vardır. Örneğin, maliyet etkinliği açısından bakıldığında, karma müdahaleler yüz yüze görüşmelerin sayısını azaltabilir ve böylece genel tedavi maliyetlerini azaltabilir. Karma tedaviler, yüz yüze müdahalelere çevrimiçi müdahale oturumları ekleyerek, seans sıklığını artırarak, ek maliyetler olmadan etkinliği arttırabilir (180). Ayrıca yüz yüze oturumlar sırasındaki davranış değişikliğini desteklemek ve böylece yüz yüze psikoterapinin etkinliğini artırmak için çevrimiçi veya mobil unsurlar kullanılabilir (181).

Hem yüz yüze hem de çevrimiçi müdahalelerin avantajları ve dezavantajları olduğu için, iki yaklaşımı karma bir uygulamada birleştirmek iki iyi uygulamanın negatif yönlerini de azaltabilir (181).

4.15.1. Acil Durumlarda Telepsikiyatri Kullanımı

Acil durumlarda, özellikle ana çalışma saatleri dışında psikiyatri hizmetlerine erişim, birçok insanı etkileyen bir sorundur. Psikiyatri uzaktan hizmet için çok uygun bir disiplin olmasına rağmen, telepsikiyatrinin acil durumlarda kullanımına ilişkin literatür oldukça sınırlıdır. Birçok sağlık sisteminin, ruhsal hastalıktan muzdarip veya bir krizle karşı karşıya olan insanlara 24 saat hizmet vermekte zorlandığı düşünülürse bu şaşırtıcıdır. Sonuç olarak, yüksek risk dönemlerinde çok sayıda hasta uzman görüşlerine erişememektedir (21).

Görüntülü konferans veya görüntülü telefonlarla ilk değerlendirmelerin yapılması, zamandan tasarruf etmek ve en önemlisi, hızlı bir şekilde profesyonellerle iletişime geçerek acil durum ile hızlı bir şekilde başa çıkmak için çok yararlı bir alternatif araç olarak bulunmuştur (63, 182, 183).

Klinik etkileşimin kalitesi bir dizi yayında tartışılmaktadır. Araştırmacılar, yüz yüze müdahalelerdekine benzer etki bildirmektedirler; bununla birlikte, bu sonuçlar öz bildirime ve denetlenmemiş anketlere dayanmaktadır (183-185).

Mevcut literatürün gözden geçirilmesi kalite, güvenlik ve maliyetler açısından telepsikiyatrinin acil kullanımını destekleyen bazı kanıtlar da sunar. Acil durumlarda veya akut ortamlarda telepsikiyatrinin tanıtılmasının, uzmanlara hızlı erişim ve pratisyenlere gereksiz yere seyahat etmeden yatan hastaları inceleme fırsatı verme gibi bir dizi potansiyel avantajı vardır. Akut bir durumdaki veya krizdeki hastalar kendi evlerinden bile değerlendirilebilir, bu da zamandan tasarruf sağlar ve hastaların ve ailelerinin seyahat etme ihtiyacını azaltır. Bu tür teknolojik müdahalenin kullanımı, aynı zamanda, mesafeli seyahati içeren yüz yüze değerlendirmelerden nispeten daha ucuz olabilir. Veriler değerlendirildiğinde daha iyi ve daha düşük maliyetle tedaviye erişim açısından acil bir durumda telepsikiyatrinin kullanımını desteklenmektedir, ancak bu yöntemin acil durumlarda uygulanması sınırlıdır ve bununla ilgili yapılan çalışma sayısı azdır. Bazı yönler tamamen yerel mevzuata bağlı olsa da, telepsikiyatrinin acil durumlarda kullanılması ile ilgili yasal konular net değildir. Ancak, gizlilik yükümlülüğü, bakım ve sonuçların sorumluluğu ve hastanın acil risk altında olması durumunda müdahale gibi bazı ilkeler evrenseldir (21).

4.15.2. Çevrimiçi Müdahalelerin Avantajları

Çevrimiçi müdahaleler ile kullanıcılar, uygun zamanda ve her yerde, zaman ve gereksiz ulaşım maliyetlerinden tasarruf ederek yardıma erişme fırsatına sahiptir. Psikiyatride teletıp, ruh sağlığı uzmanlarının eksikliğinin ve coğrafi sınırlılıkların getirdiği dezavantajları hafifletir.

Telepsikiyatrik müdahaleler, büyük ölçüde erişilebilirdir (özellikle kırsal alanlarda yaşayanlar veya fiziksel engelleri olanlar için) ve yüksek düzeyde mahremiyet sağlayabilir (8, 186). Ayrıca, bireylerin kendileri müdahaleyi ne zaman ve nerede kullanmak istediğine karar verebilir. Ek olarak, bu müdahaleler genellikle düşük maliyetlidir ve bu nedenle, kısıtlı finansal kaynakları olan kişiler için uygundur (10). Son yıllarda, çoğu depresyon ve anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanılan fizibilite, kabul, etkililik ve yan etkileri için birçok çevrimiçi müdahale geliştirilmiş ve araştırılmıştır (187). Bugüne kadar, çok sayıda çalışma çevrimiçi müdahalelerin etkinliğine dair kanıt sağlamıştır. Çalışmalar, küçükten büyüğe değişen etki büyüklükleri bulmuştur (174, 188). Bir çalışmada çevrimiçi müdahaleler ile yüz yüze yapılan müdahalelerin etkinliği kıyaslandığında farkın anlamlı olmayacak düzeyde çevrimiçi müdahalelerin lehine olduğunu saptamıştır (174). Çevrimiçi müdahalelerin yüz yüze yapılan müdahalelere anlamlı üstünlük sağladığı çalışmalar da mevcuttur (176). Ayrıca bir çalışmada maliyet etkinliğine bakıldığında yüz yüze müdahaleleri çevrimiçi müdahalelerle harmanlamanın maliyeti azaltarak aynı etkinliğin sağlanabildiğini göstermiştir (178). Çevrimiçi müdahalelerin veya harmanlanmış müdahalelerin klinisyene daha fazla zaman kazandırabileceğini, bazı hastalarda daha düşük tedaviyi bırakma oranlarını sağlayacağını saptanmıştır (181). Ayrıca bir klinisyenin senkronize olmayan telepsikiyatrik yöntemle (yani bir video kaydı aracılığı ile) bir psikiyatriste hasta konsülte edebilmesinin mevcut yöntemlere göre avantajlı olabileceği ve ilerleyen dönemde tedavi sürecinde yeni bir hizmet modeli olarak yerini alabileceği belirtilmiştir (183).

İnternet tabanlı programlar ve dijital teknolojiler de sürdürülebilir eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve ruh sağlığı çalışanlarının desteklenmesi ve denetlenmesi için önemli araçlar olma potansiyeline sahiptir (10, 189).

4.15.3. Çevrimiçi Müdahalelerin Dezavantajları

Çevrimiçi müdahalelerin, yüz yüze müdahalelere göre dezavantajlı yönleri de mevcuttur. İnternet müdahalelerinde, geleneksel terapi ortamlarına kıyasla, düşünce ve duyguların ifade edilmesi için daha fazla efora gereksinim olabilir. Ayrıca, bu tür

müdahalelerin, terapistlerin intihar gibi kriz durumlarına yeterince tepki vermelerini zorlaştıracağı, çünkü intihar düşüncelerinin farkedilmesi için kullanılan sözel olmayan ipuçların tespit ederken zorlanılacağı iddia edilmiştir (17). Bu konuda çelişkili araştırma verileri mevcuttur (18, 19). Ayrıca görüşmeler için gerekli olan teknolojik altyapının yetersiz kaldığı yerler olabilir ve bu altyapının sağlanması çeşitli mali yükler getirebilir. Çevrimiçi görüşmelerde verilerin gizliliği önemli bir sorun gibi durmaktadır. Bu dezavantajlar çoğu zaman tek başına çevrimiçi müdahalelerin daha hafif düzey belirtili ruhsal hastalıklar için düşük etkinlikli müdahaleler olarak görülmesine neden olurken, yüz yüze müdahale ve farmakoterapi genellikle daha ciddi semptomlar için tercih edilen seçenekler olarak kabul edilir (20).

4.15.4. Kabul Edilebilirlik ve Hasta Memnuniyeti

Kabul edilebilirlik ve hasta memnuniyetini inceleyen tüm araştırmalar, ya telepsikiyatri ile yüz yüze bakım arasında fark olmadığını (190, 191) ya da hastaların telepsikiyatriden daha memnun olduklarını göstermiştir (192, 193).

İlginç bir şekilde, psikiyatristler hastalara göre yüz yüze tedaviyi daha çok tercih edebilirler. Yapılan bir çalışmada çevrimiçi veya yüz yüze görüşme grupları arasında hasta memnuniyeti açısından bir fark bulunmamışken, psikiyatristler hastaları yüz yüze gördüklerinde çevrimiçi görüşmeye kıyasla daha fazla memnuniyet bildirmişlerdir (191). Ayrıca hekimler, telepsikiyatrinin terapötik uyum üzerindeki potansiyel olumsuz etkileri hakkında daha fazla endişe ifade etme eğilimindedir.

4.15.5. Maliyet etkinliği

Çalışmaların çoğu, çevrimiçi müdahalenin azaltılmış seyahat nedeniyle daha uygun maliyetli olabileceği fikrine atıfta bulunmuştur (192, 194, 195). Diğer çalışmalar, telepsikiyatrinin yüz yüze görüşmeden daha düşük maliyete sahip olduğunu (191, 196, 197) veya yüz yüze görüşmeye göre daha pahalı olmadığını göstermiştir (198).

4.16. Major Depresyon Tedavisinde Çevrimiçi Uygulamaların Kullanımı

Depresyon tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapinin etkinliğine dair kanıtlar vardır (2, 140). Klasik yüz yüze psikoterapi etkili olsa da, etkilenen tüm bireyleri bu yöntemle tedavi etmek mümkün değildir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, depresyon için tedavi açığı % 56,3'tür (3). Bu, depresif belirtilerden muzdarip çok sayıda kişinin tedavi edilmediği anlamına gelir.

Bu tedavi boşluğu birkaç farklı nedene bağlanabilir. Bunun sebeplerinden biri, yeterli sayıda psikiyatristin olmaması ve uzun bekleme listelerinin ortaya çıkmasıdır. Kırsal alanlarda, psikiyatristlere ulaşım kolay değildir (4). Ayrıca, pratisyen hekimler çoğu zaman MDB'yi tanımamaktadır. Ayrıca yanlış tanılar ile sıkça karşılaşılmaktadır (199). Hastanın damgalanmadan korkması, kendi zihinsel sağlık problemlerini tartışırken rahatsızlık hissi, sorunları kendi başına aşma isteği, yardıma ihtiyaç duyma konusundaki farkındalık eksikliği ve beklenen yüksek tedavi maliyeti ruhsal sağlık hizmetlerine ulaşımı engelleyebilmektedir (5, 6). Ek olarak, major depresif bozukluğun getirdiği yetersiz motivasyon ve azaltılmış aktivite, ayrıca olumsuz bilişsel önyargılar (örneğin, dünyaya ilişkin olumsuz bir bakış açısına olduğu gibi) nedeniyle, yardım aramak için gösterilen eforun da azaldığı gösterilmiştir (7).

Geçtiğimiz on yılda, çevrimiçi uygulamalar üzerinden hizmet sağlamak için önemli ilerleme kaydedilmiştir. Bu tedavi yöntemi, yüz yüze psikiyatrik hizmetlerin maliyetinden daha düşük bir fiyata verilebildiğinden ve bunlara erişilebildiğinden, hizmete erişim ile ilgili engelleri azaltma potansiyeline sahiptir (187). Yüz yüze görüşme literatürüne benzer şekilde, araştırmalar, depresyon için çevrimiçi uygulamalarında genel olarak yetişkinler için etkili olduğunu göstermiştir (200). Daha yaşlı yetişkinler giderek daha fazla internet kullanıyor olsa da çalışmalarda yeterince temsil edilmemektedirler. (201).

Gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi ve tedavisi için çevrimiçi müdahalelerin geliştirilmesinde hızlı bir büyüme olmuştur (10). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2015) 15.000 katılımcıyı içeren çevrimiçi müdahaleler ile ilgili yaptığı anket sonucunda, çevrimiçi müdahalelerin %29'unda ruh sağlığında teşhis ve tedaviye odaklanıldığı bildirilmiştir (9). Ülkemizde ise bu tarz ruh sağlığı müdahaleleri yaygın değildir. Son dönemde, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, COVID-19 salgınıyla mücadele sırasında en çok etkilenen gruplardan olan sağlık personeli ve yakınlarına destek sunmak amacıyla Sağlık Personeli Ruhsal Destek Uygulaması (RUHSAD) geliştirilmiştir (202).

Bununla birlikte, hızla büyüyen bu sektörün önünde hala bir takım zorluklar vardır. İnternet erişimindeki artış ve akıllı telefon kullanımının hızlı bir şekilde artışı göz önüne alındığında İnternet tabanlı müdahalelerin entegrasyonu daha yaygın ve düşük maliyetli zihinsel sağlık bakımı sağlama potansiyeli sunabilir (9, 189).

Telepsikiyatri müdahalelerini, yüz yüze müdahaleler ile kıyaslayan birçok çalışma bulunmaktadır; bu çalışmaların çoğu terapi odaklı uygulamalardır.

Moshe ve arkadaşlarının yaptığı 83 çalışmayı konu alan ve 15,530 katılımcıyı içeren bir meta-analitik gözden geçirmede çevrimiçi ve yüz yüze yapılan müdahalelerin MDB üzerinde etkinlik açısından farkı olmadığını saptamıştır. Ayrıca MDB'ye telefon üzerinden yapılan müdahaleler ile bilgisayar üzerinden yapılan müdahaleler arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Rehberli çevrimiçi müdahalelerin, rehbersiz olanlara göre depresif belirtiler üzerinde daha etkin olduğunu da saptamışlardır (203). 8107 katılımcıyı içeren başka bir meta-analizde de rehberli çevrimiçi müdahalenin, rehbersiz olana göre MDB belirtileri üzerinde daha etkili olduğunu saptamıştır. Bu etkililik arasındaki fark, katılımcının başlangıçtaki belirti şiddeti arttıkça doğru orantılı şekilde rehberli çevrimiçi müdahale lehine artmaktadır (204). Etzelmueller ve arkadaşlarının yaptığı 19 çalışmayı içeren bir meta-analizde MDB için rutin olarak çevrimiçi müdahalelerin kullanımını destekleyen kanıtlar sunulmuştur (205). Andersson ve arkadaşlarının yaptığı 13 çalışmayı ve 1053 katılımcıyı içeren meta-analizde rehberli çevrimiçi müdahale ile yüz yüze yapılan müdahalenin eşdeğer etkinlikte olduğunu saptanmıştır (206). Carlbring ve arkadaşlarının yaptığı 20 çalışma ve 1418 katılımcıyı konu alan sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında da çevrimiçi ve yüz yüze yapılan müdahalenin MDB belirtileri için eşit etkinlikte olduğu saptanmıştır (174). Yang ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz, çevrimiçi müdahalelerin bazı sınırlılıklarına rağmen, çevrimiçi müdahalenin etkinliğine yönelik depresif semptomların hafifletilmesiyle ilgili olarak ikna edici kanıtlar sağlamıştır. Çevrimiçi müdahalelerin major depresif bozukluk tedavisinde yüzyüze görüşmelere göre alternatif bir yöntem olabileceği vurgulanmaktadır (207). Başka meta-analiz ve gözden geçirme çalışmaları da çevrimiçi uygulamaların benzer etkinliklerini vurgulamaktadır (75, 175, 176, 208-210). Bunun dışında bir meta-analiz ise çevrimiçi müdahalelerin küçük bir etki büyüklüğünün olduğunu saptamıştır. Fakat çevrimiçi müdahaleler kolay ulaşılabilir olduğundan yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmişlerdir (211). Yang ve arkadaşlarının yaptığı başka bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında ise çevrimiçi müdahalelerin etkinliğinin yanı sıra, bu etkinin yaşam kalitesinde önemli bozulmalar yaşayan kişilerde düştüğünü ve bu konuda çevrimiçi tekniklerin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır (207). Ayrıca 108 çalışmayı inceleyen bir sistematik gözden geçirmede çevrimiçi uygulamaların daha düşük maliyetli olduğunu gösteren çalışmalara vurgu yapılmıştır (187).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada çevrimiçi müdahalenin MDB belirtilerinde 3 ay boyunca iyileşme sağlayabileceği, daha az etkililik ile bu iyileşmenin 6 aya kadar sürebileceği tespit edilmiştir (212). Yüz yüze yapılan müdahale ile birlikte yapılan çevrimiçi

müdahale sonuçları ile sadece yüz yüze müdahale yönteminin sonuçlarını MDB için karşılaştıran bir randomize kontrollü çalışmada yüz yüze müdahalenin üzerine eklenen çevrimiçi müdahalenin bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir (213). Gilbody ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada MDB belirtileri üzerine çevrimiçi müdahalenin, yüz yüze yapılan müdahaleden üstün bir yanının olmadığı saptanmış olup, hatta çevrimiçi müdahale grubu katılımcılarının dörtte birinin çalışmayı bıraktığı saptanmıştır (214). Chong ve Moreno, gelir düzeyi düşük olan grup olan Hispanik (Latin Amerika kökenli) majör depresyon tanısı konulmuş hastalarda telepsikiyatrinin etkinliğini araştırmıştır. Hastaların yarısı psikiyatristle yüz yüze poliklinikte, diğer yarısı da video konferans yöntemiyle evlerinden görüşmüştür. Altı ayın sonunda, videokonferans yöntemi ile müdahale grubunun antidepresan tedaviye devam etme oranlarının (iki kat daha fazla) ve tedaviden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. (192).

Olumlu bulgularla birlikte, bazı çalışmalarda çevrimiçi müdahaleler yüz yüze yapılan müdahalelere ek olarak yapıldığında iyileşme üzerine yalnızca küçük ile orta derece etkisinin olduğuna dair saptamada bulunulmuştur (178, 212).

Ülkemizde yürütülmüş telepsikiyatrinin etkisini konu alan çalışmalar incelendiğinde majör depresif bozuklukta telepsikiyatri yöntemlerini konu alan bir çalışmaya ulaşılamamıştır.. Kelleci ve arkadaşlarının psikiyatri kliniğinde yatan çeşitli tanılar konulmuş hastaların taburculuk sonrası ilaç tedavisine uyumunu belirlemek için telefon üzerinden izlemin yapıldığı çalışma sonucunda, hastaların taburculuk sonrası bu tarz yeni uygulamalar ile izleminin yapılmasının olumlu etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (215). Şizofreni tanısı konulmuş hastaları (n=62) konu alan bir çalışmada, psikoeğitim ve telefon ile yapılan telepsikiyatri izleminin hastaların tedaviye uyumlarını ve sosyal işlevsellik düzeylerini artırdığı saptanmıştır (216).

Günümüz teknolojilenin getirileri ve mevcut salgın koşulları göz önüne alındığında, çalışmamızın amacı sık görülen bir ruhsal hastalık olan major depresif bozuklukta yüz yüze görüşmeler ile çevrimiçi uygulamalar üzerinden gerçekleştirilen görüşmelerin etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

Bu çalışmanın ana hipotezi major depresif bozukluk tanısı konan hastaların 6 aylık izlemlerinde yüz yüze görüşmeler ile çevrimiçi gerçekleştirilen görüşmelerin depresif belirtiler üzerindeki etkinliğinin farklı olduğudur.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Katılımcılar

Çalışmamız major depresif bozukluk tanısı konmuş kişilerin kontrol görüşmelerinin yüz yüze veya çevrimiçi müdahale şeklinde iki ayrı grup olarak yapıldığı ve iyileşme oranlarının karşılaştırıldığı, kontrollü kohort çalışmasıdır. Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na depresif şikayetler ile başvurmuş ve major depresif bozukluk tanısı konan hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 120 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların kendi istekleri doğrultusunda yüz yüze takip grubuna 60 katılımcı, çevrimiçi takip grubuna 60 katılımcı kabul edilmiştir. İlk görüşmede katılımcılara İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ve Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği uygulanarak aktif intihar düşüncesi tespit edilen 5 katılımcı çalışmadan dışlanmıştır.

Çalışmamız Eylül 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşme grubunun kontrolleri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniklerinde araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çevrimiçi görüşme grubunun görüşmeleri ise katılımcıların teknolojik alt yapı imkanlarına veya teknolojik bilgilerine göre kendi istekleri üzerine Zoom veya Whatsapp video konferans sistemi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çevrimiçi görüşmeler öncesi katılımcıların yeterli mahremiyeti sağlamasına yönelik ve görüşmelerin kayıt altına alınmamasına yönelik uyarılarda bulunulmuştur. Görüşmeci tarafından uygun görülmeyen bir durum saptandığında görüşme başka bir tarihe ertelenmiştir. Görüşmeci de aynı şekilde bu kuralları takip etmiştir. Hastalar ilk poliklinik başvurularında ilk görüşmeleri yapılmış olup, ortalama 4 haftalık aralar ile (±5 gün) 6 izlem görüşmesi yapılarak toplam 7 görüşme ile değerlendirilmişlerdir. MDB tanılı hastaların kendilerinden, çalışmaya katılımlarına dair sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Her katılımcı için 6 aylık takip süresi öngörülmüştür. Hastaların başlangıç farmakoterapileri kendilerini muayene eden poliklinik doktorları tarafından belirlenmiştir. Katılımcıların izleminde de farmakoterapi değişiklikleri rastgele atanan poliklinik doktorları tarafından yapılmıştır. İki grup katılımcılarının da ilk görüşmeleri (0. görüşme) yüz yüze yapılıp daha sonra çevrimiçi uygulama üzerinden görüşme yapılan grup katılımcıların görüşmeleri çevrimiçi olarak, yüz yüze görüşme grubunun ise görüşmeleri yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşme grubunda 9 katılımcıya, çevrimiçi görüşme grubunda 4 katılımcıya ilk görüşme sonrası tekrar ulaşılamaması üzerine yüz yüze görüşme grubunun görüşmelerine 51 katılımcı, çevrimiçi görüşme grubunun görüşmelerine 56 katılımcı ile

devam edilmiştir. Yüz yüze görüşme grubunda 20 katılımcı, çevrimiçi görüşme grubunda 36 katılımcı hiçbir görüşmesini aksatmamıştır. İlk görüşmeler (0. görüşme) ortalama 60 dakika, kontrol görüşmeleri ortalama 30'ar dakika sürmüştür. Hastalara ilk görüşmede (0. görüşme) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği uygulanmıştır. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği 1. , 2. , 4. , 6. görüşmeler sonrası da tekrar uygulanmıştır. İzlem sırasında aktif intihar düşüncesi gelişen hasta tespit edilmemiştir.

Yüz yüze görüşme grubunun görüşmelerine devam eden 51 katılımcının 11'inin ilaç tedavisine müdahale edilmesine gerek olmamıştır. Çevrimiçi görüşme grubunda ise 56 katılımcının 12'sinin ilaç tedavisine müdahale edilmesine gerek olmamıştır.

Çevrimiçi grup katılımcıları ile görüşme yapıldığı sırada 5 katılımcı görüşmesinin internet altyapısı nedeniyle kesintiye uğramıştır. 4 katılımcının görüşmesine aynı süre zarfında devam edilirken, 1 katılımcının görüşmesi o gün içinde gerçekleştirilememiş ve başka tarihe ertelenmiştir.

Çalışmanın birincil sonuç değişkeni olarak Hamilton Depresyon Ölçeği puanı kabul edilmiştir. Güç analizine göre %5 yanılma düzeyinde, %80 güç ile iki yönlü Student's t testi için her bir gruba 51'er gönüllü alınması gerektiği hesaplanmıştır.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 11.03.21 tarihinde İ3-205-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

5.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

-21-65 yaş aralığında kadın veya erkek olmak,

-DSM-5 ölçütlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı konmuş olmak.

-Ayaktan başvurmuş olmak

-İnternet tabanlı uygulama üzerinden görüşülecek gruptaki kişilerin gerekli materyale sahip olması

-Eğitim düzeyinin en az okur-yazar olması

5.1.2. Katılımcılar için Dışlama Ölçütleri

-Dirençli major depresif bozukluk tanısı olan hastalar,

-İntihar riski olanlar

-Hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastalar,

-İnternet tabanlı uygulama üzerinden görüşülecek gruptaki kişilerin gerekli materyale sahip olmaması,

-Okuma yazma bilmeyenler,

-Ağır veya orta mental retardasyon, majör bilişsel ve psikotik bozukluğu olanlar,

-Santral sinir sistemini ilgilendiren nörolojik hastalıkları olanlar,

-Kokain, kannabis, opiyat, halüsinojen vb. bağımlılık yapan madde kullananlar,

-Bipolar affektif bozukluk tanısı olan hastalar,

-Şizofreni tanısı olan hastalar

5.2. Kullanılan Değerlendirme Araçları

5.2.1. Kullanılan Klinik ve Nöropsikiyatrik Değerlendirme Araçları

5.2.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların çeşitli sosyodemografik ve klinik verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, aylık gelir, medeni durum, çocuk sayısı, önceden konulan psikiyatrik tanı, ailede psikiyatrik tanı öyküsü, sigara tüketimi, alkol ve madde kullanımına dair sorular sorularak yer almaktadır.

5.2.1.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton (1967) tarafından oluşturulan ölçek, depresif belirtileri olan bireylerdeki depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

Ölçek uygulanmadan önceki bir hafta içinde bireyin yaşadığı depresif belirtileri konu alan 17 madde içerir. Puanlaması likert tipi bir dizgi ile yapılan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları(1996) tarafından yürütülmüştür. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 53 arasındadır. Yüksek puanlar depresyonun şiddeti ile orantılıdır.

Puanlamaya göre; 0-7 puan alan bireylerde MDB'nin olmadığını, 8-15 puan arası bireyin hafif derecede MDB'ye sahip olduğunu, 16-28 puan arası orta derecede MDB'ye sahip olduğunu ve 29 puan ve üzeri ise ağır derecede MDB'ye sahip olduğunu göstermektedir. Kesme puanı 7'dir (217).

5.2.1.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), anksiyete bozukluğu tanısı konan bireylerin sahip olduğu belirtilerin şiddetini ve uygulanan tedavinin etkisini belirlemek için sık uygulanan yarı yapılandırılmış bir değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (218). Anksiyete belirtilerini değerlendiren 14 soru içermektedir. Ölçek beşli likert tipi ölçüm ile puanlanmaktadır. Her sorunun cevabından elde edilen cevaplara göre bir ölçrk toplam puanı elde edilir. Her sorudan 0-4 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan ise 0-56 arasındadır. Alınan toplam puan arttıkça bireyin anksiyete belirtilerinin şiddetinin de arttığı kabul edilir. HAM-A alınan toplam puanı 0-8 olan bireylerin anksiyete belirtilerinin anlamlı düzeyde olmadığı, 8-14 arasında ise hafif düzeyde, 15-23 arasında ise orta düzeyde, 24 ve 24'den fazla olanlar ise ağır düzeyde anksiyete belirtileri olan bireyler olarak kabul edilir. Kesme puanı 8'dir. (219). Çalışmamızda da aynı kesme puan aralıkları kullanılmıştır.

5.2.1.5. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, psikiyatrik tanılar için önemli olan çeşitli alanları değerlendiren, öz bildirim ile derecelendirilen bir ölçektir. Klinisyenlerin, bireyin tedavisi ve prognozu üzerinde ek araştırma alanlarını belirlemelerine yardımcı olması amaçlanmıştır. Ek olarak, ölçek bireyin zaman içerisinde belirtilerinde meydana gelen değişiklikleri izlemek amacıyla kullanılabilir.

Ölçeğin yetişkin formu depresyon, öfke, mani, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, psikoz, uyku sorunları, hafıza, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, dissosiyasyon, kişilik ve madde kullanımı dahil olmak üzere 13 psikiyatrik alanı değerlendiren 23 sorudan oluşmaktadır. Her bir madde, özgül belirtinin ölçeğin uygulanmadan önceki iki hafta boyunca kişiyi ne şiddette (veya hangi sıklıkla) rahatsız ettiğini sorgulamaktadır. Bireyin kendisi ölçeği tamamlayamıyorsa (örn, demans tanısı olan) bilgi sahibi erişkin bir kişi ölçeği tamamlayabilir. Ölçeğin, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da erişkin klinik örneklemlerinde gerçekleştirilen DSM-5 Alan Araştırmalarında, klinik olarak yararlı olduğu ve iyi test-tekrar

test güvenilirliğine sahip olduğu bulunmuştur (220). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır (221).

Ölçekteki her madde 5-maddelik puan ile derecelendirilir (0=hiç; 1=hafif, 1 veya 2 günden az; 2=orta, birkaç gün; 3=ılımlı, günlerin yarısından çoğunda; ve 4=şiddetli, neredeyse her gün). Biralanın içindeki her maddenin puanı gözden geçirilmelidir. Ek araştırma, bir alan içindeki herhangi bir maddedeki en yüksek puana dayandığından, klinisyenden "En Yüksek Alan Puanı" sütununda o puanı belirtmesi istenir. Bir alan adı içindeki herhangi bir maddenin orta (2) veya daha fazla derecelendirilmesi (madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz hariç), bu alt alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol gösterebilir. Madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz için, hafif (1) veya daha fazla derecelendirilme, bu alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol gösterebilir (220).

5.2.1.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği

DSM-5 Düzey 2-Depresyon-Erişkin Ölçeği, 18 yaşın üzerindeki bireylerde major depresif bozukluk belirtilerini değerlendiren PROMIS Depresyon Kısa Formu'nu baz alarak geliştirilmiştir. Ölçek 8 önerme içermektedir. Ölçek, öz bildirime dayanmaktadır. Bireyin kendisi ölçeği tamamlayamıyorsa (örn, demans tanısı olan) bilgi sahibi erişkin bir kişi ölçeği tamamlayabilir. Ölçekten alınan puan arttıkça depresif şikayetlerin şiddetinin arttığı kabul edilir.

Her sorudan 1-5 arasında puan alınmaktadır (1=hiç; 2=nadiren; 3=bazen; 4=sık sık; 5=her zaman). Ölçekten toplam en düşük 8 ve en yüksek 40 puan alınabilmektedir. Bu toplam puan ham puan olarak değerlendirilir. Sonrasında bireyin toplam ham puanı ve ölçüsünü belirlemek için T-puan tablosu kullanılmalıdır (222).

5.2.1.7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

İOÖ, Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşmaktadır ve "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Her sorudan 1'den 4'e kadar puan alınabilmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında olmaktadır. Ölçekten ağırlıklı puan ve standardize T puanı olmak üzere 2 tür puan elde edilmektedir. T-puanları ile hem toplam puan hem de alt ölçek puanları ile kişinin intihar girişiminde bulunma olasılığını

bildiren bir puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Atlı ve ark (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek 4 alt başlıktan olumuş olup bunlar, ‘’Umutsuzluk’’, ‘’Düşmanlık’’, ‘’İntihar Düşüncesi’’, ‘’Olumsuz Kendini Değerlendirme’’ alt başlıklarıdır. ‘’Umutsuzluk’’ alt başlığı 5. , 12. , 14. , 15. , 17. , 19. , 23. , 28. , 29. , 31. , 33. , 36. maddelerinden, ‘’Düşmanlık’’ alt başlığı 1. , 3. , 8. , 9. , 13. , 16. , 34. maddelerinden, ‘’İntihar Düşüncesi’’ alt başlığı 4. , 7. , 20. , 21. , 24. , 25. , 30. , 32. maddelerinden, ‘’Olumsuz Kendini Değerlendirme’’ alt başlığı 2. , 6. , 10. , 11. , 18. , 22. , 26. , 27. , 35. maddelerinden oluşmaktadır. Mevcut literatürde yapılan değerlendirilmede intihar düşüncesini saptamada en uygun kesme noktasının 110 olduğu saptanmıştır. Kesme noktası olarak 110 puan alındığında duyarlılık ve özgüllük değerlerinin %80'in üstünde olduğu görülmüştür (223). Yapılan bir çalışmada ‘’umutsuzluk’’ alt başlığına ait 5. ve 19. Maddeler çıkarılıp, alt başlık tekrar hesaplandığında anlamlılığın arttığını tespit edilmiştir (224). Çalışmamızda umutsuzluk alt ölçeğinde 5. ve 19. maddeleri çıkartarak ve çıkarmadan hesaplamalarımızı yaparak mevcut literatürün desteklenip desteklenmediği tespit edilmiştir.

5.2.1.8. Columbia İntihar Siddetini Derecelendirme Ölçeği

Posner ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen; intihar düşüncesinin şiddetini ve yoğunluğunu, geçmişteki intihar girişimlerini ve bu girişimlerin ne düzeyde ölümcül olduğunu değerlendiren yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Dört alt boyuttan oluşmaktadır. İlk bölümde intihar düşüncelerini sorgulayan ve evet-hayır şeklinde cevaplandırılan 5 soru mevcuttur; ilk 2 soruya hayır cevabı verildiği takdirde intihar düşüncesi ve intihar düşüncesinin yoğunluğu bölümleri atlanarak intihar davranışı bölümüne geçilir. İlk soruya evet, 2. soruya hayır cevabı verilirse intihar düşüncesi bölümündeki kalan 3 soru atlanır ve intihar düşüncesinin yoğunluğu bölümüne geçilir. İkinci soruya evet yanıtı verildiğinde ise diğer soruların tamamı sorulur. Bu bölüm sıralı olarak 1-5 arası puanlanır. Daha yüksek puanlar daha şiddetli intihar düşünceleri ile ilişkilidir. İkinci bölümde intihar düşüncesinin sıklığı, süresi, kontrol edilebilirliği, caydırıcılar sorgulanır. Bu bölümden alınan puan 2-25 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar daha şiddetli ve yoğun intihar düşünceleri ile ilişkilidir. İntihar davranışının değerlendirildiği üçüncü bölümde evet-hayır tarzında ve girişimlerin sayısını öğrenmeye yönelik sorular vardır. Ölçek bu üç bölümden elde edilen bilgilerle intihar açısından genel bir risk düzeyi de verir. Son bölümde ise geçmişte intihar girişimi öyküsü varsa bunun ölümcüllük seviyesi 0-5 arasında puanlanır. Daha yüksek puan daha ölümcül girişim ile ilişkilidir. Gerçek ölümcüllüğün hesaplandığı bu puanlamadan 0 alındığı takdirde potansiyel ölümcüllük 0-2 arasında puanlanır. Daha yüksek puanlar, daha

yüksek potansiyel ölümcüllük ile ilişkilidir. Ölçekte alt boyutlar birbirinden bağımsız değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle ölçekten elde edilebilecek bir toplam puan aralığı yoktur. Bildirilmiş bir kesim puanı da bulunmamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güneş (2015) tarafından yapılmıştır (225).

5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya ait veriler önce elektronik ortama aktarılmış ve daha sonra SPSS IBM 24.0 paket veri programı ile analiz edilmiştir.

Ölçüm sonuçlarına ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Sürekli ölçümlere ait normallik sınaması Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık ve basıklık ölçütleri göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Bağımsız grup sınamaları normal dağılımın gözüktüğü durumlarda Bağımsız gruplar t testi ile aksi durumda non-parametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Kategorik değişkenlere ait grup sınamaları ise Ki-Kare testi ile yapılmıştır. Demografik veriler ile Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ölçekleri puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Güven düzeyi %95 yani hata payı 0,05 düzeyinde çalışılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Katılımcılar ile yapılan ilk görüşmede (0. görüşme) çevrimiçi ve yüz yüze görüşme grubunda 60'ar katılımcı mevcuttu. Çevrimiçi görüşme grubundan 1. görüşmede 57 katılımcı, 2. görüşmede 55 katılımcı, 4. görüşmede 52 katılımcı, 6. görüşmede 49 katılımcı, yüz yüze görüşme grubundan 1. görüşmede 50 katılımcı, 2. görüşmede 46 katılımcı, 4. görüşmede 43 katılımcı, 6. görüşmede 43 katılımcı mevcuttu.

İlk değerlendirme görüşmesinde yüz yüze görüşme grubu katılımcılarının (n=60) yaş ortalamaları (ort±SS, dağılım aralığı) 36,9±12,2 (21-64), çevrimiçi görüşme grubu katılımcılarının (n=60) yaş ortalamaları (ort±SS, dağılım aralığı) 35,1±8,7 (21-52) olarak tespit edilmiş olup, iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t=0.964, p= 0,337). Hem yüz yüze hem de çevrimiçi görüşme grubunun %80,0'i (n=48) kadınlardan oluşmaktaydı. Yüz yüze görüşme grubunun %58,3'ünün (n=35), çevrimiçi görüşme grubunun ise %61,7'sinin (n=37) evli olduğu belirlenmiştir. Yüz yüze görüşme grubunun %61,7'sinin (n=37), çevrimiçi görüşme grubunun ise %56,7'sinin (n=34) çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

Yüz yüze görüşme grubunun ortalama eğitim süresi 9,9±3,4 iken, çevrimiçi görüşme grubunun ise 9,8±3,4 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında eğitim süresi açısından istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.(t= 0,133 p=0,894) Yüz yüze görüşme grubunun %17,0'si (n=10) ilkokul mezunu, %20,0'si (n=12) ortaokul mezunu, %35,0'i (n=21) lise mezunu ve %28,0'inin (n=17) yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Çevrimiçi görüşme grubunun ise %13,0'ü (n=8) ilkokul mezunu, %25,0'i (n=15) ortaokul mezunu, %40,0'ı (n=24) lise mezunu ve %22,0'sinin (n=13) yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur. Medeni durum (χ(2)=0,139, p= 0,709), çocuk sahibi olma (χ(2)=0,311, p=0,31) ve eğitim düzeyleri (χ(2)=1,289, p= 0,731) incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yüz yüze görüşme grubunun %71,7'ünün (n=43), çevrimiçi görüşme grubunun ise %58,3'sinin (n=35) herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (χ(2)=2,344, p=0,126).

Yüz yüze görüşme grubunun %41,7'inin (n=25) düzenli gelirinin olmadığı, %30,0'unun (n=18) 5-10 bin TL arasında aylık gelirinin olduğu, %28,3'ünün (n=17) ise aylık

gelirinin 10 bin TL'den fazla olduğu görüldü. Çevrimiçi görüşme grubunun %31,7'inin (n=19) düzenli gelirinin olmadığı, %25,0'unun (n=15) 5-10 bin TL arasında aylık gelirinin olduğu, %43,3'ünün (n=26) ise aylık gelirinin 10 bin TL'den fazla olduğu saptandı. Gruplar arasında gelir düzeyleri açısından istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (χ(2)=2,975, p= 0,226).

Öyküde ruhsal hastalık tanısı konma oranları incelendiğinde yüz yüze görüşme grubunun %26,7 (n=16) oranında, çevrimiçi görüşme grubunun ise %36,7 (n=22) oranında tanı konduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır (χ(2)=1,397, p= 0,237**).**

Yüz yüze görüşme grubunun %7,5'sine (n=9) major depresif bozukluk tanısı, %5,0'ine (n=6) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, %0,8'ine (n=1) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı, %0,8'ine (n=1) obsesif kompulsif bozukluk tanısı konduğu, çevrim içi grubunda ise %9,1'sine (n=11) major depresif bozukluk tanısı, %5,8 'ine (n=7) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, %0,8'ine (n=1) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı, %0,8'ine (n=1) posttravmatik stres bozukluğu tanısı, %0,8'ine (n=1) sınırda kişilik bozukluğu tanısı konulduğu saptanmıştır. Her iki grup daha önceden konulan MDB tanısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır (χ(2)= 0,0042, p=949). .

Katılımcılardan yüz yüze görüşme grubunda olanlardan %8,3'ünün (n=5), çevrimiçi görüşme grubunda olanlardan ise %16,7'sinin (n=10) daha önceden farmakoterapi aldığı belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır (χ(2)=1,812, p=0,178). Hem çevrimiçi hem de yüz yüze görüşme grubundan 1'er katılımcı ilk görüşme sırasında farmakoterapi almaktaydı.

Katılımcıların ailelerindeki ruhsal bozukluk tanı oranları ise yüz yüze görüşme grubu için %33,3 (n=20), çevrimiçi görüşme grubunda ise %25,0'dir (n=15). Gruplar arasında istatistiksel anlamda fark mevcut değildir (χ(2)=1,008, p= 0,315**).**

Grupların sigara-alkol kullanım alışkanlıkları değerlendirildiğinde yüz yüze görüşme grubunda sigara kullanım oranı %33,3 (n=20), alkol kullanım oranı %16,7 (n=10); çevrimiçi görüşme grubunda ise sigara kullanım oranı %48,3 (n=29), alkol kullanım oranı ise %26,7 (n=16) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında hem sigara hem alkol kullanımı açısından fark olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sigara kullanımı; χ(2)=2,794, p= 0,095, alkol kullanımı; χ(2)=1,768, p= 0,184). Gruplar arasında sigara kullanımı paket/yıl açısından incelendiğinde ise yüz yüze görüşme grubunu ortalama 14±11

paket/yıl, çevrimiçi görüşme grubunda ise 14±9,5 paket/yıl olduğu saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel anlamda fark mevcut değildir (t=101, p= 0,631). Çalışmaya katılan katılımcılar alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamaktaydı.

Tablo 6.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Yüz Yüze		**Çevrimiçi**		
Yaş	Ort.±SS, (dağılım aralığı) 36,9±12,2 (21-64)		Ort.±SS, (dağılım aralığı) 35,1±8,7 (21-52)		t= 0,964 p= 0,337
Eğitim süresi	Ort.±SS, (dağılım aralığı) 9,9±3,4		Ort.±SS, (dağılım aralığı) 9,8±3,4		t=0,133 p=0,894
	n	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet **Kadın** **Erkek**	 48 12	 80,0 20,0	 48 12	 80,0 20,0	-
Eğitim **İlkokul** **Ortaokul** **Lise** **Yüksekokul**	 10 12 21 17	 17,0 20,0 35,0 28,0	 8 15 24 13	 13,0 25,0 40,0 22,0	χ(2)=1,289 P=0,731
Medeni hal **Evli** **Evli olmayan**	 35 25	 58,3 41,7	 37 23	 61,7 38,3	χ(2)=0,139 P=0,709
Çocuk sayısı **Var** **Yok**	 37 23	 61,7 38,3	 34 26	 56,7 43,3	χ(2)=0,311 P=0.310
İş **Çalışan** **Çalışmayan/öğrenci**	 17 43	 28,3 71,7	 25 35	 41,7 58,3	χ(2)=2,344 P=0,126
Gelir düzeyi **Geliri yok** **5-10 bin TL arası** **10bin TL üstü**	 25 18 17	 41,7 30,0 28,3	 19 15 26	 31,7 25,0 43,3	χ(2)=2,975 P=0,226
Ruhsal hastalık öyküsü **Evet** **Hayır**	 16 43	 26,7 71,7	 22 37	 36,7 61,7	χ(2)=1,397 P=0,237
Psikiyatrik tedavi öyküsü **Evet** **Hayır**	 5 54	 8,3 90,0	 10 50	 16,7 83,3	χ(2)=1,812 P=0,178
Ailede ruhsal hastalık öyküsü **Evet** **Hayır**	 20 40	 33,3 66,7	 15 45	 25,0 75,0	P=0,315 χ(2)=1,008
Sigara kullanımı **Evet** **Hayır**	 20 40	 33,3 66,7	 29 31	 48,3 51,7	χ(2)=2,794 P=0,095
Alkol kullanımı **Evet** **Hayır**	 10 50	 16,7 83,3	 16 44	 26,7 73,3	χ(2)=1,768 P=0,184

Çalışmaya dahil edilen hastalara Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde başlanan farmakoterapi oranları yüz yüze görüşme grubu için sertralin (50mg) %50,0 (n=30), essitalopram (5-10mg) %21,7 (n=13), fluoksetin

(20mg) %15,0 (n=9), sitalopram (20mg) %3,3 (n=2), paroksetin (20mg) %1,7 (n=1), venlafaksin (75mg) %5,0 (n=3), duloksetin (60mg)%1,7 (n=1), fluoksetin+bupropion (40+150 mg) kombinasyonu %1,7 (n=1) şeklindeydi. Bu antidepresan tedavilere ek olarak mirtazapin (7,5-15mg) %3,3 (n=2) ve trazodon (50mg) %1,7 (n=1) oranlarında farmakoterapiye eklenmiştir. Yüz yüze görüşme grubuyla gerçekleştirilen 6. görüşmedeki farmakoterapi etken maddeleri incelendiğinde sertralin (100-200mg) %51,2 (n=22), essitalopram (10-20mg) %20,9 (n=9), fluoksetin (20-60mg) %14,0 (n=6), sitalopram (20-40mg) %4,7 (n=2), paroksetin (40mg) %2,3 (n=1), venlafaksin (150mg) %7,0 (n=3), duloksetin (60mg) %2,3 (n=1) şeklindeydi. Bu antidepresan tedavilere ek olarak mirtazapin(7.5-15mg) %7,0 (n=3) ve trazodon (100-200mg) %4,7 (n=2), olanzapin (5mg) %4,7 (n=2), amisülpirid (200mg) %2,3 (n=1) oranlarında farmakoterapiye eklenmiştir.

Çevrimiçi görüşme grubu için ise oranlar sertralin (50mg) %50,0 (n=30), essitalopram (5-10mg) %21,7 (n=13), fluoksetin (20mg) %18,3 (n=11), paroksetin (20mg) %5,0 (n=3), venlafaksin (75mg) %3,3 (n=2), duloksetin (60mg) %1.7 (n=1) şeklindeydi. Bu antidepresan tedavilere ek olarak mirtazapin (7,5-15mg) %5 (n=3), trazodon (50mg) %5,0 (n=3), alprozolam (0,5mg) %1,7 (n=1), risperidon (0,5mg) %1,7 (n=1), zopiklon (7,5mg) %1,7 (n=1) oranlarında farmakoterapiye eklenmiştir. Çevrimiçi görüşme grubuyla gerçekleştirilen 6. görüşmedeki farmakoterapi etken maddeleri incelendiğinde sertralin (75-150mg) %44,9 (n=22), essitalopram (10-15mg) %22,5 (n=11), fluoksetin (20-60mg) %24,5 (n=12), paroksetin (20-40mg) %4,1 (n=2), venlafaksin (150-225mg) %4,1 (n=2) şeklindeydi. Bu antidepresan tedavilere ek olarak mirtazapin (15mg) %6,1 (n=3) ve trazodon (100mg) %2,0 (n=1), risperidon (0,5-1mg) %2,0 (n=1), zopiklon (7,5 mg) %2,0 (n=1), metilfenidat (30mg) %2,0 (n=1) oranlarında farmakoterapiye eklenmiştir.

6.2. HAM-D Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Yüz yüze görüşme grubunda HAM-D puanı ilk değerlendirmede(0. görüşme) (ortalama±standart sapma) 26,8±3,6 iken 1. görüşmede 12,3 ±5.9, 2. görüşmede 9,6 ±4,9 , 4. görüşmede 6,1 ±3,7 ve son görüşme olan 6. görüşmede 5,0 ±3,7 saptanmıştır. Çevrimiçi görüşme grubunda ise HAM-D puanı ilk değerlendirmede(0. görüşme) (ortalama±standart sapma) 24,4±4,0 iken 1. görüşmede 12,1 ±5,6 , 2. görüşmede 8,4±5,5 , 4. görüşmede 4,6 ±3,2 ve son görüşme olan 6. görüşmede 3,3 ±3,2 saptanmıştır. 0., 4 ve 6. görüşmede, görüşme grupları arasında ölçek puanları açısından istatiksel anlamlı farklılık vardır. (0.

görüşme; t= 3,427, p= 0,001 , 1. görüşme; t= 0,44, p= 0,661 , 2. görüşme ; t=1,123, p= 0,264 , 4. görüşme ; t= 873,000, p= 0,045 , 6. görüşme ; t=750,500, p = 0,015).

Tablo 6.2. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-D puanlari

	HAM-D Yüz yüze			HAM-D Çevrimiçi				
	n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	T Puanı	p
0.Görüşme	60	26,8	3,6	60	24,4	4,0	3,427	0,001*
1.Görüşme	51	12,3	5,9	57	12,1	5,6	0,44	0,661
2. Görüşme	46	9,6	4,9	54	8,4	5,5	1,123	0,264
4. Görüşme	43	6,1	3,7	52	4,6	3,2	873,000	0,045*
6. Görüşme	43	5,0	3,7	49	3,3	3,2	750,500	0,015*

Kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde yüz yüze görüşme grubunun ilk değerlendirmesinde (0. görüşme) katılımcıların %28,3'ü (n=17) ağır düzey, %71,7'si (n=43) orta düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu; 1. görüşmede %1,7'sinin (n=1) ağır düzey, %20,0'si (n=12) orta düzey, %46,7'sinin (n=28) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %16,7'sinin (n=10) iyileşmiş olduğu; 2. görüşmede katılımcıların %10,0'unun (n=6) orta düzey, %38,3'ünün (n=23) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %28,3'ünün (n=17) iyileşmiş olduğu; 4. görüşmede katılımcıların %30,0'unun (n=18) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %41,7'sinin (n=25) iyileşmiş olduğu; 6. görüşmede katılımcıların %1,7'sinin (n=1) orta düzey, %16,7'sinin (n=10) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %53,3'ünün (n=32) iyileşmiş olduğu görülmüştür.

Kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde çevrimiçi görüşme grubunun ilk değerlendirmesinde (0. görüşme) katılımcıların %15,0'i (n=9) ağır düzey, %85,0'i (n=51) orta düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu; 1. görüşmede katılımcıların %30,0'u (n=18) orta düzey, %38,3'ü (n=23) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %26,7'si (n=16) iyileşmiş olduğu; 2. görüşmede katılımcıların %8,3'ü (n=5) orta düzey, %33,3'ü (n=20) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %50,0'si (n=30) iyileşmiş olduğu; 4. görüşmede katılımcıların %18,3'ü (n=11) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %68,3'ü (n=41) iyileşmiş olduğu; ; 6. görüşmede katılımcıların %10,0'u (n=6) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %73,3'ü (n=44) iyileşmiş olduğu görülmüştür. Çevrimiçi ve yüz yüze yapılan görüşmeler kıyaslandığında sadece 4. görüşmede istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi(2)= 4,758$, p= 0,029).

HAM-D'den alınan ölçek puan farklarına bakıldığında ve 6. Görüşmeler sonrası iki grup için istatistiksel anlamda fark tespit edilmemiştir(t= 0,822, p= 0,413).

Tablo 6.3. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-D puanlarına göre MDB şiddeti

		HAM- D Yüz yüze		HAM-D Çevrimiçi			
		Sayı	%	Sayı	%	$\chi(2)$	p
0. Görüşme	Orta	43	71,7	51	85,0	3,142	0,076
	Ağır	17	28,3	9	15,0		
1.Görüşme	Yok	10	19,6	16	28,1	-[ƒ]	-[ƒ]
	Hafif	28	54,9	23	40,4		
	Orta	12	23,5	18	31,6		
	Ağır	1	2,0	0	0,0		
2.Görüşme	Yok	17	37,0	30	54,5	3,118	0,210
	Hafif	23	50,0	20	36,4		
	Orta	6	13,0	5	9,1		
4.Görüşme	Yok	25	58,1	41	78,8	4,758	0,029*
	Hafif	18	41,9	11	21,2		
6.Görüşme	Yok	32	74,4	43	87,8	-[ƒ]	-[ƒ]
	Hafif	10	23,3	6	12,2		
	Orta	1	2,3	0	0,0		

[ƒ] Alt grup veya gruplarda istatistiksel analiz için gereken katılımcı büyüklüğü olmadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

6.3. HAM-A Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Yüz yüze görüşme grubunda HAM-A puanı ilk değerlendirmede (0. görüşme) (ortalama±standart sapma) 27,0±9,9 iken, 1. görüşmede 16,7 ±9,8, 2. görüşmede 13,6 ±8,4 , 4. görüşmede 10,2 ±8,8 ve son görüşme olan 6. görüşmede 8,3 ±7,9 saptanmıştır. Çevrimiçi görüşme grubunda ise HAM-A puanı ilk değerlendirmede (0. görüşme) (ortalama±standart sapma) 27,2±10,4 iken 1. görüşmede 15,3±6,8, 2. görüşmede 12,0±6,0, 4. görüşmede 9,5±4,2 ve son görüşme olan 6. görüşmede 6,3±5,0 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Hamilton Anksiyete Ölçeği toplam puanları istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir. (0. görüşme; t=-0,82, p= 0,934, 1. görüşme; t=1350,5, p= 0,641, 2. görüşme; t= 1100, p= 0,260, 4. görüşme; t= 1046, p= 0,589, 6. görüşme; t= 948, p = 0,407)

Tablo 6.4. Yüz yüze ve Çevrimiçi grupların HAM-A puanları

	HAM-A Yüz yüze			HAM-A Çevrimiçi					
	n	Ortalama alınan puan	SS	n	Ortalama alınan puan	SS	n	T skoru	p
0. Görüşme	60	26,4	9,4	60	26,8	10,0	0,822	-0,82	0,934
1.Görüşme	50	16,1	9,7	57	15,1	6,7	0,775	1350,5	0,641
2.Görüşme	46	12,8	8,4	55	11,7	6,0	0,433	1100	0,260
4.Görüşme	43	9,6	8,6	52	9,3	4,3	0,420	1046	0,589
6.Görüşme	43	9,1	8,0	49	7,1	5,1	0,356	948	0,407

Kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde yüz yüze görüşme grubunun ilk değerlendirmesinde (0. görüşme) hastaların %65,0'ı (n=39) ağır düzey, %23,3'ü (n=14) orta derecede, %8,3'ü (n=5) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %3,3'ü (n=2) anksiyete belirtilerine sahip değildir 1. görüşmede %21,7'si (n=13) ağır düzey, %18,3'ü (n=11) orta derecede, %26,7'si (n=16) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %16,7'si (n=10) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 2. görüşmede %10,0'u (n=6) ağır düzey, %21,7'si (n=13) orta derecede, %26,7'si (n=16) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %18,3'ü (n=11) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 4. görüşmede %6,7'si (n=4) ağır düzey, %11,7'si (n=7) orta düzeyde, %16,7'si (n=10) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %36,7'si (n=22) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 6. görüşmede %5,0'i (n=3) ağır düzey, %5,0'si (n=3) orta düzeyde, %13,3'ü (n=8) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %48,3'ü (n=29) anksiyete belirtilerine sahip değildir.

Kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde çevrimiçi görüşme grubunun ilk değerlendirmesinde (0. görüşme) hastaların %61,7'si (n=37) ağır düzey, %30,0'u (n=18) orta derecede, %8,3'ü (n=5) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. 1. görüşmede %8,3'ü (n=5) ağır düzey, %40,0'ü (n=24) orta derecede, %33,3'ü (n=20) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %13,3'ü (n=8) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 2. görüşmede %8,3'ü (n=5) ağır düzey, %13,3'ü (n=8) orta derecede, %38,3'ü (n=23) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %31,7'si (n=19) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 4. görüşmede %10,0'u (n=6) orta düzeyde, %36,7'si (n=22) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %40,0'ı (n=24) anksiyete belirtilerine sahip değildir. 6. görüşmede %1,7'si (n=1) ağır düzey, %3,3'ü (n=2) orta düzeyde, %13,3'ü (n=8) hafif düzeyde anksiyete belirtilerine sahipken %63,3'ü (n=38) anksiyete belirtilerine sahip değildir.

Yüz yüze ve çevrimiçi müdahale gruplarının HAM-A puanlarına göre anksiyete belirti şiddeti karşılaştırıldığında sadece 1. görüşme sonucunda anlamlı fark saptanmıştır. (χ(2)= 8,6298, p= 0, 034).

Tablo 6.5. Yüz yüze ve Çevrimiçi müdahale gruplarının HAM-A puanlarına göre anksiyete belirti şiddeti

		HAM- A Yüz yüze		HAM-A Çevrimiçi			
		Sayı	%	Sayı	%	χ(2)	p
0. Görüşme	Yok	2	3,3	0	0,0	-[ƒ]	-[ƒ]
	Hafif	5	8,3	5	8,3		
	Orta	14	23,3	18	30,0		
	Ağır	39	65,0	37	61,7		
1.Görüşme	Yok	10	16,7	8	13,3	8,6298	0,034*
	Hafif	16	26,7	20	33,3		
	Orta	11	18,3	24	40,0		
	Ağır	13	21,7	5	8,3		
2.Görüşme	Yok	11	18,3	19	31,7	3,9001	0,272
	Hafif	16	26,7	23	38,3		
	Orta	13	21,7	8	13,3		
	Ağır	6	10,0	5	8,3		
4.Görüşme	Yok	22	36,7	24	40,0	-[ƒ]	-[ƒ]
	Hafif	10	16,7	22	36,7		
	Orta	7	11,7	6	10,0		
	Ağır	4	6,7	0	0,0		
6.Görüşme	Yok	29	48,3	38	63,3	-[ƒ]	-[ƒ]
	Hafif	8	13,3	8	13,3		
	Orta	3	5,0	2	3,3		
	Ağır	3	5,0	1	1,7		

[ƒ] Alt grup veya gruplarda istatistiksel analiz için gereken katılımcı büyüklüğü olmadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

6.4. İntihar Olasılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Katılımcılar ile yapılan ilk değerlendirmede(0. görüşme) uygulanan intihar olasılığı ölçeğinde sonuçlar incelendiğinde katılımcıların sonuçları 4 alt başlıkta incelendi. Yüz yüze görüşme grubunun ‘’Umutsuzluk’’ alt başlığına dahil edilen maddeler incelendiğinde (ortalama±standart sapma) 30,5±7,2, 5. ve 19. maddeler çıkarıldığında 24,7±6,5, ‘’Düşmanlık’’ alt başlığı 13,4±3,5 , ‘’İntihar Düşüncesi’’ alt başlığı 11,7±3,1 , ‘’Olumsuz Kendini Değerlendirme’’ alt başlığında ise 19,1±4,5 olduğu saptanmıştır.

Çevrimiçi görüşme grubunun ‘’Umutsuzluk’’ alt başlığına dahil edilen maddeler incelendiğinde (ortalama±standart sapma) 29,5±6,3, 5. ve 19. maddeler çıkarıldığında 23,6±5,8, ‘’Düşmanlık’’ alt başlığı 12,9±3,9 , ‘’İntihar Düşüncesi’’ alt başlığı 11,4±3,1 , ‘’Olumsuz Kendini Değerlendirme’’ alt başlığında ise 20,0±4,1 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında hiçbir alt başlıkta istatistiksel anlamda bir farklılık olmadığı saptanmıştır. (‘’Umutsuzluk’’; p= 0,431, ‘’Umutsuzluk’’(5. ve 19. Maddeler çıkarılmış hali); p= 0,305, ‘’Düşmanlık’’; p= 0,333, ‘’İntihar Düşüncesi’’; p= 0,637, ‘’Olumsuz Kendini Değerlendirme’’; p = 0,246) ‘’Umutsuzluk’’ alt başlığından 5. ve 19. maddeler çıkarıldığında alt başlık adına istatistiksel anlamda anlamlılığın arttığı gözlenmiştir. İntihar olasılığı ölçeğinin 14. maddesi olan ‘’Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım’’ ile görüşme grupları arasında anlamlı bir ilişki-farklılık saptanmıştır. (p= 0,009)

6.5. DSM 5 Kesitsel Belirti Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Katılımcılar ile yapılan ilk değerlendirmede(0. görüşme) uygulanan DSM 5 kesitsel belirti ölçeğinde sonuçlar incelendiğinde depresyon alt başlığının iki grupta da kesim puanını %100 oranında geçtiği görüldü. Her iki grupta da katılımcıların %90,0(n=54)’ı anksiyete alt başlığındaki kesim puanını geçti. İstatistiksel anlamda farklılık saptanan tek alt başlık yüz yüze görüşme grubunda %33,3(n=20), çevrimiçi görüşme grubunda %13,3(n=8) oranında kesim puanını aşan mani alt başlığı idi.

1. görüşmede depresyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %82,4 (n=42), çevrimiçi görüşme grubu %71,9 (n=41) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildir. Anksiyete alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %72,5(n=37) , çevrimiçi görüşme grubu %49,1(n=28) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p= 0,016) Mani alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %29,4(n=15) kesim puanını geçmiştir, çevrimiçi görüşme grubunda ise kesim puanını aşan olmamıştır. Gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p<0,001) Hafıza alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %47,1(n=24) , çevrimiçi görüşme grubu %86,0(n=49) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p<0,001) Diğer alt başlıklar arasında anlamlı farklılık mevcut değildir.

2. görüşmede depresyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %67,4(n=31) , çevrimiçi görüşme grubu %41,8(n=23) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur. (p= 0,015) Anksiyete alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %67,4(n=31) , çevrimiçi görüşme grubu %43,6(n=24) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve

gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p= 0,013) Hafıza alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %26,1(n=12) , çevrimiçi görüşme grubu %47,3(n=26) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p= 0,042) Tekrarlayan düşünce ve davranışlar alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %26,1(n=12) , çevrimiçi görüşme grubu %52,7(n=29) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p= 0,01) Dissosiyasyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %32,6(n=15) , çevrimiçi görüşme grubu %14,5(n=8) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p= 0,036) Kişilik alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %54,3(n=25) , çevrimiçi görüşme grubu %14,5(n=8) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p<0,001) Madde Kullanımı alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %30,4(n=14) , çevrimiçi görüşme grubu %56,4(n=31) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur.(p=0,007) Madde kullanımı alt başlığında kesim puanını geçen katılımcıların hiçbiri sigara veya alkol dışında madde kullanımı tariflememekteydi.

4. görüşmede depresyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %34,9(n=15) , çevrimiçi görüşme grubu %7,7(n=4) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur. (p<0,001) Anksiyete alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %39,5(n=17) , çevrimiçi görüşme grubu %28,8(n=15) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi. 4. görüşmede diğer alt başlıklar arasında istatistiksel anlamda fark mevcut değildi.

6. görüşmede depresyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %25,6(n=11) , çevrimiçi görüşme grubu %12,2(n=6) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi. Anksiyete alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %27,9(n=12) , çevrimiçi görüşme grubu %18,4(n=9) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi.

İki grup katılımcıları da mani belirtileri açısından değerlendirildiğinde klinik olarak manik dönem kriterlerini sağlamadıkları görülmüştür.

6.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Yüz yüze görüşme grubunda ilk değerlendirmede(0. görüşme) DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği ham puanı(ortalama±standart sapma) ;ham puandan elde edilen ölçek puanı (ortalama±standart sapma) 33,3±5,2; 71,5±6,2 iken 1. görüşmede 20,0 ±7,6; 57,6±7,9 , 2.

görüşmede 16,6 ±6,5; 54,0±7,3 , 4. görüşmede 14,6 ±6,7; 50,8±8,7 ve son görüşme olan 6. görüşmede 12,7 ±5,1; 48,5±7,3 saptandı

Çevrimiçi görüşme grubunda ilk değerlendirmede(0. görüşme) DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği ham puanı; t skoru (ortalama±standart sapma; ortalama±standart sapma) 31,5±4,9; 69,4±5,7 iken 1. görüşmede 19,0±6,7; 56,9±6,8 , 2. görüşmede 14,5 ±6,2; 51,4±7,1 , 4. görüşmede 11,1 ±3,0; 46,6±85,8 ve son görüşme olan 6. görüşmede 10,2 ±3,0; 44,4±5,8 olarak saptandı.

Grupların ölçekten elde edilen ham puanları incelendiğinde iki grup arasındaki farkın 0. 2. 4. 6. görüşmelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ham puan; 0. görüşme; t=1,971, p= 0,046, 1. görüşme; t=0,760, p= 0,484, 2. görüşme; t= 1,716, p= 0,021, 4. görüşme; t= 3,158, p= 0,018, 6. görüşme; t= 2,760, p = 0,002) saptanmıştır. .Grupların ölçekten elde edilen ham puanların kullanılmasıyla elde edilen ham puanlardan elde edilen ölçek puanları incelendiğinde iki grup arasındaki farkın 0. 4. 6. görüşmelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ölçek puanı; 0. görüşme; t= 1,999, p= 0,048, 1. görüşme; t= 0,535, p= 0,594, 2. görüşme ; t= 1,826, p= 0,071, 4. görüşme ; t= 2,671, p= 0,009, 6. görüşme ; t= 3,001, p = 0,003) saptanmıştır.

Tablo 6.6. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Alınan ham puanlar)

Ham Puan		Yüz Yüze			Çevrimiçi			
	n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	T Skoru	p
0. Görüşme Toplam	60	33,3	5,2	60	31,5	4,9	1,971	0,046*
1.Görüşme Toplam	50	20,0	7,6	57	19,0	6,7	0,760	0,484
2. Görüşme Toplam	46	16,6	6,5	55	14,5	6,2	1,716	0,021*
4. Görüşme Toplam	43	14,6	6,7	52	11,1	3,0	3,158	0,018*
6. Görüşme Toplam	43	12,7	5,1	49	10,2	3,0	2,760	0,002*

Tablo 6.7. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Ham puandan çevrilen ölçek puanı)

		Yüz Yüze			Çevrimiçi			
	n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	T skoru	p
0. Görüşme Toplam	60	71,5	6,2	60	69,4	5,7	1,999	0,048*
1.Görüşme Toplam	50	57,6	7,9	57	56,9	6,8	0,535	0,594
2. Görüşme Toplam	46	54,0	7,3	55	51,4	7,1	1,826	0,071
4. Görüşme Toplam	43	50,8	8,7	52	46,6	5,8	2,671	0,009*
6. Görüşme Toplam l	43	48,5	7,3	49	44,4	5,8	3,001	0,003*

Yüz yüze görüşme grubu kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde(hiç-hafif, ılımlı, orta, ciddi) 0. görüşmede hastaların hiçbiri hiç-hafif düzey depresif belirtilere sahip değildi. %1,7'si (n=1) ılımlı düzeyde , %45,0'i (n=27) orta düzeyde, %53,3'ü (n=32) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 1. görüşmede hastaların %42,0'si (n=21) hiç-hafif düzeyde, %26,0'sı (n=13) ılımlı düzeyde , %24,0'ü (n=12) orta düzeyde, %8,0'i (n=4) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 2. görüşmede hastaların %54,3'ü (n=25) hiç-hafif düzeyde, %32,6'sı (n=15) ılımlı düzeyde , %10,9'u (n=5) orta düzeyde, %2,2'si (n=1) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 4. görüşmede hastaların %72,1'i (n=31) hiç-hafif düzeyde, %11,6'sı (n=5) ılımlı düzeyde , %14,0'ü (n=6) orta düzeyde, %2,3'ü (n=1) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 6. görüşmede hastaların %88,4'ü (n=38) hiç-hafif düzeyde, %4,7'si (n=2) ılımlı düzeyde, %7,0'si (n=3) orta düzeyde depresif belirtilere sahipti. 6. görüşmede ciddi düzey depresif belirtileri mevcut olan katılımcı yoktu.

Çevrimiçi görüşme grubu kesme puanlarına göre kategorize edildiğinde(hiç-hafif, ılımlı, orta, ciddi) 0. görüşmede katılımcıların hiçbiri hiç-hafif düzeyde ve ılımlı düzeyde depresif belirtilere sahip değildi. %55,0'i (n=33) orta düzeyde, %45,0'i (n=27) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 1. görüşmede hastaların %47,4'ü (n=27) hiç-hafif düzeyde, %24,6'sı (n=14) ılımlı düzeyde , %24,6'sı (n=14) orta düzeyde, %3,5'i (n=2) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 2. görüşmede hastaların %74,5'i (n=41) hiç-hafif düzeyde, %12,7'si (n=7) ılımlı düzeyde , %10,9'u (n=6) orta düzeyde, %1,8'i (n=1) ciddi düzeyde depresif belirtilere sahipti. 4. görüşmede hastaların %94,2'si (n=49) hiç-hafif düzeyde, %3,8'i (n=2) ılımlı düzeyde , %1,9'u (n=1) orta düzeyde depresif belirtilere sahipti. Ciddi düzeyde depresif belirtilere sahip katılımcı mevcut değildi. 6. görüşmede hastaların %93,9'u (n=46) hiç-hafif düzeyde, %4,1'i (n=2) ılımlı düzeyde , %2,0'si (n=1) orta düzeyde depresif

belirtilere sahipti. 6. görüşmede ciddi düzey depresif belirtileri mevcut olan katılımcı yoktu. Gruplar arasında istatistiksel anlamda herhangi bir fark yoktur (1. görüşme $\chi(2)= 1{,}155$, $p= 0{,}764$).

Tablo 6.8. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği (Depresif belirti şiddeti)

Depresif Belirti Şiddeti		Yüz Yüze		Çevrimiçi			
		n	%	n	%	$\chi(2)$	p
0. Görüşme	Ilımlı	1	1,7	0	0,0	-[ƒ]	-[ƒ]
	Orta	27	45,0	33	55,0		
	Ciddi	32	53,3	27	45,0		
1. Görüşme	Hiç-Hafif	21	42,0	27	47,4	1,155	0,764
	Ilımlı	13	26,0	14	24,6		
	Orta	12	24,0	14	24,6		
	Ciddi	4	8,0	2	3,5		
2.Görüşme	Hiç-Hafif	25	54,3	41	74,5	-[ƒ]	-[ƒ]
	Ilımlı	15	32,6	7	12,7		
	Orta	5	10,9	6	10,9		
	Ciddi	1	2,2	1	1,8		
4. Görüşme	Hiç-Hafif	31	72,1	49	94,2	-[ƒ]	-[ƒ]
	Ilımlı	5	11,6	2	3,8		
	Orta	6	14,0	1	1,9		
	Ciddi	1	2,3	0	0,0		
6. Görüşme	Hiç-Hafif	38	88,4	46	93,9	-[ƒ]	-[ƒ]
	Ilımlı	2	4,7	2	4,1		
	Orta	3	7,0	1	2,0		

[ƒ] Alt grup veya gruplarda istatistiksel analiz için gereken katılımcı büyüklüğü olmadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

6.7. Sosyodemografik Verilerin HAM-D ve HAM-A Ölçek Puanları ile Korelasyonu

İncelendiğinde iki grup arasında normal dağılım gösteren sosyodemografik verilerin depresyonla (HAM-D puanlarıyla) ilişkisini değerlendirmek amacıyla Doğrusal Regresyon Analizi yapılması planlandı. Bu ilişkiyi etkileyen bağımsız sosyodemografik ve klinik değişkenleri belirlemek amacıyla korelasyon analizleri yapıldı.

6.7.1. HAM-D ile Korelasyon

4. ve 6. görüşmede cinsiyet ile ölçek sonuçları arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki vardır (4. görüşme r= -0,307 p= 0,003, 6. görüşme r= -0,333 p= 0,001), erkekten kadına geçişte ölçek skorunda artan bir ilişki mevcuttur. 1 ve 2. görüşmede anlamlı çıkmasına rağmen düşük seviyede bir ilişkidir (1. görüşme r= -0,242 p= 0,012, 2. görüşme r= -0,236 p= 0,018).

6. görüşmede medeni durum ile ölçek sonuçları arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki var (6. görüşme r= -0,383 p<0,001) yani bekardan evliye geçişte ölçek skorunda artan bir ilişki mevcuttur. 4. görüşmede anlamlı çıkmasına rağmen çok düşük seviyede bir ilişkidir, (4. görüşme r= -0,234 p=0,023).

6. görüşmede çocuk sayısı ile ölçek skoru arasında anlamlı bir ilişki var fakat anlamlı çıkmasına rağmen çok düşük seviyede bir ilişkidir, (6. görüşme r= 0,245 p=0,018). Eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, fiziksel hastalığa sahip olma, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik bozukluk tanısının olması, sigara veya alkol kullanımı alt başlıkları açısından ise anlamlı bir etki saptanmamıştır.

Tablo 6.9. Sosyodemografik verilerin HAM-D puanlari ile korelasyonu

	HAM-D 0. Görüşme		HAM-D 1. Görüşme		HAM-D 2. Görüşme		HAM-D 4. Görüşme		HAM-D 6. Görüşme	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Cinsiyet	-0,149	0,105	-0,242	0,012	-0,236	0,018	-0,307	0,003	-0,333	0,001*
Medeni Durum	-0,089	0,331	-0,074	0,446	-0,117	0,245	-0,234	0,023	-0,383	<0,001*
Çocuk Sayısı	0,102	0,268	0,086	0,378	0,014	0,892	0,170	0,100	0,245	0,018*

Her iki görüşme grubundaki toplam katılımcıların 0. ve 6. görüşmelerdeki kesim puanının üzerinde(n:17) veya altında kalma(n:76) ile sosyodemografik verilerin ve görüşme yönteminin korelasyonuna bakıldığında, sadece evli olmanın kesim puanının üzerinde olma ile istatistiksel anlamda ilişkili olduğunu saptadık (χ(2)= 4,639 p=0,031).

Tablo 6.10. 6. görüşmede uygulanan HAM-D'de kesim puanının aşağısında ve üzerinde kalan katılımcıların sosyodemografik veriler ve görüşme yöntemi ile korelasyonu

HAM-D kesim puanı		<7(n:76)		>7(n:17)			
		Sayı	%	Sayı	%	$\chi(2)$	p
Görüşme	Yüz yüze	32	42,1	11	65	2,855	0,091
	Çevrimiçi	44	57,9	6	35		
Medeni Durum	Evli	41	53,9	14	82,4	4,639	0,031*
	Bekar	35	46,1	3	17,6		
Cinsiyet	Kadın	60	78,9	16	94,1	1,245	0,264
	Erkek	16	21,1	1	5,9		
Çocuk	Yok	33	43,4	7	41,2	0,029	0,866
	Var	43	56,6	10	58,8		

6.7.2. HAM-A ile Korelasyon

6. görüşmede medeni durum ile ölçek sonucu arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki mevcuttur (6. görüşme r= -0,317 p=0,038), bekardan evliye geçişte ölçek puanında artan bir ilişki saptanmıştır.

0. görüşmede fiziksel hastalık varlığı ile ölçek sonucu arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki (0. görüşme r= -0,261 p=0,046) mevcuttur.

1. ve 4. görüşmelerde ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile ölçek sonucu arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki (1. görüşme r= -0,323 p=0,024, 4. görüşme r= -0,312 p=0,044) mevcuttur.

6. görüşmede alkol kullanımı ile ölçek skoru arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki mevcuttur. (6. görüşme r= -0,320 p=0,036)

6. görüşmede sigara kullanımı ile anlamlı ve ters yönlü bir ilişki mevcuttur. (6. görüşme r= -0,385 p=0,011)

Tablo 6.11. Sosyodemografik verilerin HAM-A puanlari ile korelasyonu

	HAM-A 0. Görüşme		HAM-A 1. Görüşme		HAM-A 2. Görüşme		HAM-A 4. Görüşme		HAM-A 6. Görüşme	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Medeni Durum	-0,153	0,245	-0,024	0,869	-0,202	0,178	-0,269	0,082	-0,317	0,038*
Fiziksel Hastalık	-0,261	0,046*	-0,272	0,059	-0,383	0,009*	-0,284	0,068	-0,266	0,088
Ruhsal Hastalık Öyküsü	0,011	0,933	-0,323	0,024*	-0,229	0,131	-0,312	0,044*	-0,068	0,668
Alkol Kullanımı	-0,009	0,945	0	1	-0,233	0,119	0,089	0,57	-0,32	0,036*
Sigara Kullanımı	-0,142	0,279	-0,033	0,821	-0,231	0,123	-0,082	0,6	-0,385	0,011*

6.9. Görüşmeye Uyum

Grupların tedaviye uyum durumları incelendiğinde yüz yüze görüşme grubunun tedaviye uyum oranları 1. görüşmede %85,0(n=51), 2. görüşmede %80,0(n=48), 3. görüşmede %68,3(n=41), 4. görüşmede %71,7(n=43), 5. görüşmede %58,3(n=35), 6. görüşmede %71,7(n=43) olarak saptanmıştır. Çevrimiçi görüşme grubunun tedaviye uyum oranları 1. görüşmede %95,0(n=57), 2. görüşmede %91,7(n=55), 3. görüşmede %90,0(n=54), 4. görüşmede %86,7(n=52), 5. görüşmede %76,7(n=46), 6. görüşmede %81,7(n=49) olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında 1. ,3. ,4. ve 5. görüşmelerde görüşme grupları arasında istatistiksel anlamda anlamlı fark (1. görüşme; $\chi(2)=4,227$, p=0,04 , 3. görüşme; $\chi(2)= 8,539$, p=0,003 , 4. görüşme; $\chi(2)= 4,910$, p=0,027, 5. görüşme; $\chi(2)= 4,596$, p=0,032) vardır. Görüşme şeklinin görüşmeye gelip gelmeme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Çevrimiçi görüşme grubunun tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yüz yüze ve çevrimiçi görüşme grubu katılımcılarının görüşmelere uyumunun sosyodemografik veriler ile korelasyonuna bakıldığında 2. ve 5. görüşmede eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişkisi olduğu (2. görüşme r= -0,183 p=0,046 , 5. görüşme r= -0,211 p=0,021) saptanmıştır.Yaş ile korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı doğru orantılı bir ilişkisi olduğu (5. görüşme r= 0,218 p=0,017) saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumları açısından korelasyona bakıldığında herhangi bir görüşmede istatistiksel anlamlılık (Cinsiyet: r= 0,161 p=0,079, Medeni Durum: r= -0,088 p=0,340 , Çalışma Durumu: r= -0,074 p=0,420) saptanmamıştır.

Görüşmeye uyumun HAM-D ile korelasyonu yapıldığında ise 6. görüşmede istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişki (r= -0,234 p=0,024) saptanmıştır.

Tablo 6.12. Yüz yüze ve Çevrimiçi görüşme grubu katilimcilarinin görüşmelere uyumu

		Yüz Yüze		**Çevrimiçi**			
		Sayı	%	Sayı	%	$\chi(2)$	p
0. görüşme	Geldi	60	100,0	60	100,0		
1. Görüşme	Geldi	51	85,0	57	95,0	4,227	0,040*
	Gelmedi	9	16,7	3	5,0		
2. Görüşme	Geldi	48	80,0	55	91,7	3,358	0,067
	Gelmedi	12	20,0	5	8,3		
3. Görüşme	Geldi	41	68,3	54	90,0	8,539	0,003*
	Gelmedi	19	31,7	6	10,0		
4. Görüşme	Geldi	43	71,7	52	86,7	4,910	0,027*
	Gelmedi	17	28,3	8	13,3		
5. Görüşme	Geldi	35	58,3	46	76,7	4,596	0,032*
	Gelmedi	25	41,7	14	23,3		
6. Görüşme	Geldi	43	71,7	49	81,7	1,677	0,195
	Gelmedi	17	28,3	11	18,3		

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran ve MDB tanısı konulan 120 hasta ile gerçekleştirilmiş olup, her grupta 60'ar kişi olacak şekilde yüz yüze veya çevrimiçi görüşme grubuna ayrılarak, hastalar ile yapılan yüz yüze veya çevrimiçi bir uygulama üzerinden gerçekleştirilen görüşmelerin MDB üzerindeki etkinliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yüz yüze görüşme grubu katılımcılarının (n=60) yaş ortalamasının 36,9±12,2, çevrimiçi görüşme grubu katılımcılarının (n=60) ise 35,1±8,7 olarak saptanmış olup, katılımcıların yaş dağılımı mevcut literatürde belirtilen MDB'nin görülme sıklığının zirve yaptığı yaş aralığına uymaktadır (38). Hem yüz yüze hem de çevrimiçi görüşme grubunun çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı. Katılımcıların oluşturduğu çalışma grubunun, topluma göre MDB tanılı kadın/erkek cinsiyet oranından daha fazla olduğu görülmüştür. Yüz yüze görüşme grubunun ortalama eğitim süresi 9,9±3,4 iken, çevrimiçi görüşme grubunun ise 9,8±3,4 olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. Her iki grupta da örneklemin yarıdan fazlasının evli ve çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmalarda evli ve çocuk sahibi olmanın MDB riskini azalttığı gösterilmiş olup (42, 45), çalışmamızdaki iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki grupta da işsizlik oranları yüksek saptanmıştır. İşsizliğin ve sosyoekonomik düzey düşüklüğünün MDB için bir risk etkeninin olduğu gösterilmiş olup (50, 51), her iki grup katılımcılarının da yüksek oranda işlerinin olmaması ve düzenli gelirinin olmaması bu bulgularla uyumludur.

Katılımcıların öykülerinde daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı konma oranları incelendiğinde yüz yüze görüşme grubunun %26,7 oranında, çevrimiçi görüşme grubunun ise %36,7 oranında psikiyatrik tanı konduğu saptanmıştır. Katılımcıların ailelerindeki ruhsal hastalık tanı oranları ise yüz yüze görüşme grubu için %33,3 (n=20), çevrimiçi görüşme grubunda ise %25,0'dir. Çalışma grubundaki yüksek oranlar, MDB tanısı almış bireylerin yakınlarında ruhsal hastalık görülme sıklığının arttığı konusundaki literatüre uymaktadır (226). Grupların sigara-alkol kullanma durumlarına bakıldığında yüz yüze görüşme grubunda sigara kullanım oranı %33,3, alkol kullanım oranı %16,7; çevrimiçi görüşme grubunda ise sigara kullanım oranı %48,3, alkol kullanım oranı ise %26,7 olarak belirlenmiştir. MDB ve sigara kullanımını konu alan mevcut yazın ile karşılaştırıldığında çalışma grubumuzdaki oranların yazınla uyumlu olduğu görülmektedir (227).

Katılımcılar ile yapılan ilk görüşmede (0. görüşme) örneklemin çoğunluğunda en az orta düzeyde MDB belirtileri saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu belirtilerinin ise örneklemin çoğunluğunda ağır düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılar ile yapılan ilk görüşmede (0. görüşme) HAM-D ile yüz yüze görüşme grubundaki katılımcıların %28,3'ü ağır düzey, %71,7'si orta düzey depresyon belirtilerine sahip iken 6. görüşmede katılımcıların %1,7'sinin (n=1) orta düzey, %16,7'sinin (n=10) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %53,3'ünün (n=32) iyileşmiş olduğu görülmüştür. Çevrimiçi görüşme grubunda ise katılımcıların %15,0'i ağır düzey, %85,0'i orta düzey depresyon belirtilerine sahip iken 6. görüşmede katılımcıların %10,0'u (n=6) hafif düzey depresyon belirtilerine sahip olduğu, %73,3'ü (n=44) iyileşmiş olduğu görülmüştür. Tedavinin ilk ayı sonunda HAM-D puanının iki grup için de büyük oranda düştüğünü saptanmıştır. 0. görüşme sırasında katılımcıların tamamında ağır veya orta derece MDB belirtileri saptanmışken, 1. görüşme sonunda bu oranın %25.5'e düştüğü gözlenmiştir. Her iki grup ölçek puan ortalamaları da benzer şekilde 4. görüşmede HAM-D kesim puanının aşağısındadır. (Yüz yüze= 6,1 ±3,7, çevrimiçi= 4,6 ±3,2) Yüz yüze ve çevrimiçi görüşme grupları HAM-D puanları açısından karşılaştırıldığında her iki görüşme yönteminin de benzer etkinlikte olduğu saptanmıştır. Ayrıca 4. ve 6. görüşmelerdeki sonuçların çevrimiçi müdahale lehine olacak şekilde istatistiksel anlamda farklılık olduğu saptanmıştır. Klinik olarak anlamlı bir fark olmasa da bu fark çevrimiçi görüşme grubunun tedaviye devam oranlarının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Bir diğer olasılık yüz yüze görüşme grubunun depresyon belirtilerinin ciddiyeti her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da daha yüksek olmasıdır. Yazında da çalışmamıza benzer şekilde çevrimiçi müdahalelerin, yüz yüze yapılan müdahaleler kadar etkin olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızdaki çalışma modeline sahip yazına bakıldığında hem yüz yüze ve çevrimiçi müdahale etkinliği benzer bulunmuş olup, tedaviye devam oranlarının çevrimiçi grupta daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (192). Çoğu terapi odaklı olmasının yanında güncel meta-analizlere bakıldığında da çevrimiçi ve yüz yüze yapılan müdahalelerin benzer etkinlikte olduğu saptanmıştır (203, 205, 206).

Grupların HAM-A puan ortalamaları arasında herhangi bir görüşmede anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca HAM-A açısından iki grup karşılaştırıldığında görüşme şeklinin iyileşme üzerine etkisi konusunda bir fark saptanmamıştır. Bu da anksiyete belirtilerinin azaltılmasında çevrimiçi müdahalelerin kullanımının yüz yüze müdahaleler kadar etkili olabileceğini göstermektedir. Bu bulgu 19 çalışmayı konu alan bir meta-analiz bulguları ile uyumludur (205).

İlk görüşmede (0. görüşme) uygulanan İntihar Olasılığı Ölçeği ortalamalarına iki grup için de bakıldığında alt başlıkların hiçbirisi için anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca katılımcılar Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği ile intihar riski olan katılımcılar çalışmalar dışlanmıştır. Katılımcıların takip süreçlerinde herhangi bir intihar girişiminde bulunan katılımcı olmadı. Bu durum İntihar Olasılığı Ölçeği'nin intihar girişimi riskini yüksek doğrulukta belirlediğinin saptandığı yazını desteklemektedir (235). ''Umutsuzluk'' alt başlığı açısından değerlendirildiğinde iki grup ortalamaları arasında fark olmamasına rağmen 5. ve 19. maddeler çıkarılıp hesaplandığında anlamlılığın arttığını tespit ettik. Bu bulgu mevcut literatür tarafından desteklemektedir (224).

Katılımcılar ile yapılan ilk görüşmede (0. görüşme) DSM 5 Kesitsel Belirti Ölçeği'ndeki sonuçlar incelendiğinde depresyon alt başlığının iki grupta da kesim puanını %100 oranında geçtiği görülmüştür. 6. görüşmede depresyon alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %25,6 (n=11), çevrimiçi görüşme grubu %12,2 (n=6) oranlarında kesim puanını geçmiştir. Her iki grupta da katılımcıların %90,0'ı anksiyete alt başlığındaki kesim puanını geçmiştir. 6. görüşmede anksiyete alt başlığında yüz yüze görüşme grubu %27,9 (n=12) , çevrimiçi görüşme grubu %18,4 (n=9) oranlarında kesim puanını geçmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildir. DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeğinde özellikle 2. ve 4. görüşme sonrası depresyon alt başlığında ortalamaların iyileştiğini ve yüz yüze görüşme grubuna kıyasla çevrimiçi görüşme grubunun lehine olacak şekilde ortalamaların daha fazla düştüğü saptanmıştır. HAM-D ortalamalarının 1. görüşmede büyük oranda iyileşmesi ve DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeğindeki daha geç tespit edilen iyilik hali farkındalığı göz önüne alındığında, katılımcıların kendi iyilik hali farkındalığının klinik değerlendirmeden daha geç gelişebileceği sonucuna varılabilir. Mevcut yazında bu konuda bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Mani alt başlığında olduğu gibi katılımcıların hiçbirinin mani kriterlerini sağlamamasına rağmen DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeğinde mani alt başlığının kesim puanını aştığı görülmüştür ve bu sonucun da katılımcıların kendi durumunu değerlendirmesi ile klinik değerlendirme arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bu durum mevcut yazın ile de desteklenmiş olup özellikle mani, psikoz, anksiyete gibi alt başlıklarında yüksek oranda yanlış pozitif sonuç saptanabileceği belirtilmiştir (230).

Katılımcılar ile yapılan ilk görüşmede (0. görüşme) DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği'ne göre de yüz yüze görüşme grubundaki katılımcıların çoğunluğunun en az orta-ciddi düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu saptanmıştır. Son görüşmede ciddi düzey depresif belirtileri olan katılımcı saptanmamıştır. Çevrimiçi görüşme grubundaki

katılımcıların ilk görüşme verileri yüz yüze grubuna benzer olup son görüşmede de ciddi düzey depresif belirtileri olan katılımcı saptanmamıştır. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği incelendiğinde 4. ve 6. görüşmede belirti şiddetinin çevrimiçi grupta istatistiksel anlamda daha fazla düştüğünü saptanmıştır. Bu durum HAM-D'deki sonuçlar ile uyuşmaktadır. Mevcut literatürde DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği kullanılan, araştırmamızın dizaynına uygun benzer bir çalışma saptanamamıştır. Fakat güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında (222) saptanan yüksek içsel tutarlılık oranı göz önüne alındığında araştırmamızda kullanılan HAM-D puanları ile korele olduğu biçiminde yorumlanmıştır.

MDB belirtileri ele alındığında analizler sonucunda hastaların izlem değerlendirmesinde HAM-D, DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeği ve DSM-5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği puanlarında düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uygulanan ölçeklerin sonuçlarıyla yapılan analizlerde her iki grup için de tüm ölçek puanlarında iyileşme olduğu belirlenmiştir.

HAM-D puanları ile sosyodemografik verilerin korelasyonu yapıldığında cinsiyet ile ölçek sonuçları arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki vardır. Yani erkekten kadına geçişte ölçek skorunda artan bir ilişki mevcuttur. Medeni durum ile ölçek sonuçları arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki var yani bekardan evliye geçişte ölçek skorunda artan bir ilişki mevcuttur. Çocuk sayısı ile ölçek skoru arasında anlamlı bir ilişki var fakat anlamlı çıkmasına rağmen çok düşük seviyede bir ilişkidir,. Kadın cinsiyet ve bekar olmak daha fazla depresyon şiddetini öngördüğü gösterilmiştir (228). Fakat özellikle anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği MDB'ta ise kadın cinsiyet ve bekar olmamanın daha şiddetli MDB'yi öngördüğü gösterilmiştir (229). Araştırmamızdaki katılımcıların %90'ının HAM-A'da kesim puanını geçtiği göz önünde bulundurulursa korelasyon verilerinin yazın ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

HAM-A puanları ile sosyodemografik verilerin korelasyonu yapıldığında medeni durum ile ölçek sonucu arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki mevcuttur. Yani bekardan evliye geçişte ölçek skorunda artan bir ilişki var. Anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği MDB'de bekar olmamanın daha şiddetli MDB'yi öngördüğünden bahsedilmişti (229). Araştırmamızda da bu iki tanının yüksek oranda beraberlik göstermesi bu durumu desteklemektedir. Fiziksel hastalık, ruhsal hastalık öyküsü varlığı, sigara ve alkol kullanımı ile ölçek sonucu arasında bazı görüşmelerde anlamlı ve ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel hastalıklara anksiyete belirtilerinin pozitif korelasyonuna literatürde rastlamaktayız (231). Fakat araştırmamızdaki katılımcıların %37,5 oranında hipertansiyon tanısına sahip olduğu görülmüş olup, hipertansiyon tanısının MDB ve anksiyete bozukluğunun beraber bulunduğu kişilerde riski

arttırmadığını gösteren çalışma sonucu mevcuttur (232). Bu durum araştırmamızdaki başka fiziksel hastalıklar için de geçerli olabilir. Literatürde ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile ise anksiyete belirtileri arasında pozitif korelasyonun olduğu belirtilmiştir (233). Araştırmamızdaki katılımcıların daha önce tanı alması ve buna bağlı daha önceden alınan tedaviye bağlı iyileşme göz önüne alındığında, araştırma sırasındaki iyileşme oranları hastaların yeniden iyileşmeye dair anksiyetesini daha fazla oranda ortadan kaldırmış olabilir. Sigara ve alkol kullanımı ile anksiyete belirtilerinin korelasyonuna bakıldığında ilişkinin çalışmamızdaki gibi olmadığını saptadık (234). Bu durumda anksiyete belirtilerinin mi sigara ve alkol kullanımını arttırdığı yoksa sigara ve alkol kullanımının mı anksiyete belirtilerini arttırdığı konusundaki belirsizliği ortadan kaldırmak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Her iki grubun da tedaviye devam oranları incelendiğinde çevrimiçi grubun tedaviye devamının daha iyi oranlarda olduğunu saptadık. Bunun sebebinin çevrimiçi müdahalelerin daha ulaşılabilir olması olabilir. Literatüre bakıldığında da çevrimiçi müdahaleler uzun mesafelerden gerçekleştirilebileceğine, hastaların günlük işlerinin aksamasının önüne geçebileceğine, seyahat süresinden tasarruf sağlayabileceğine ve zihinsel bir bozukluğa sahip olma damgasını azaltabileceğine yönelik saptamalar göze çarpmaktadır (236, 237). Chong ve Moreno, çevrimiçi müdahale grubundakilerin tedaviye devamlarının daha yüksek oranlarda bulunmuştur.(186) Çalışmamızın sonuçları da, çevrimiçi müdahale grubu katılımcılarınının tedaviye devam oranlarının yüz yüze müdahale grubuna göre daha iyi olduğunu göstermiştir.

Mevcut literatürde tedaviye uyumun eğitim düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişkisi olduğunu bulan çalışmalar olmakla beraber(238), daha yüksek eğitim düzeyinin daha yüksek tedaviye bağlılıkla ilişkili olduğu bildiren çalışmalar da mevcuttur (239). Araştırmamızda katılımcılarının tedaviye uyumunun sosyodemografik veriler ile korelasyonuna bakıldığında bazı kontrol görüşmelerinde eğitim düzeyi ile görüşmelere uyumun istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Yaş ile korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı doğru orantılı olan ilişkisi literatür ile desteklenmiştir (240).

Görüşmeye uyumun HAM-D ile korelasyonu yapıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bir kesitsel çalışmada, çalışmamızdaki gibi ters bir ilişki saptamıştır (241). Klinik faktörler arasında, depresyonun şiddetinin tek başına uyum davranışının önemli bir yordayıcısı olmadığı açıkça görülmektedir. Zayıf uyumdan hem semptomlardaki iyileşmenin hem de tedavi etkinliğinin eksikliğinin sorumlu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bunun yanında bazı bölgelerde bilgisayarların ve İnternet ile bağlantıların sınırlı olmasının yanı sıra, hizmet sunucu insan kaynakları kıtlığı çevrimiçi müdahalelerin başarılı bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerdendir. Benzer şekilde, Brezilya'da yapılan bir çalışma, sadece düşük bağlantı nedeniyle değil aynı zamanda halk sağlığı alanındaki yoğun uygulayıcıların günlük çalışmalarına yeni teknolojiler getirme zorunluluğundan dolayı daha büyük ölçekte bir telekomünikasyon programı uygulamasında önemli engeller ortaya koymuştur (242).

Çalışmanın güçlü yönlerine geldiğimizde ülkemizde MDB için yüz yüze ve çevrimiçi müdahale etkinliğini kıyaslayan uzunlamasına çalışma bulunmamaktadır. Diğer toplumlarla olan kültürel farklılıklar göz önüne alındığında MDB için çevrimiçi müdahalelerin etkinliği Türk toplumu üzerinde de gösterilmiştir. Araştırmamız yazındaki bu konudaki araştırma eksikliğini gidermiştir. Ayrıca çalışmamız analitik araştırmalar içerinde güvenilir modellemelerden olan kontrollü kohorttur. Bu da çalışma verilerinin değerini ve güvenilirliğini arttırmaktadır. Katılımcı gruplarının sosyodemografik özellikler açısından eşit dağılmış olması çalışmanın bir diğer güçlü yönüdür. Katılımcıların ilaç tedavilerinin düzenlemesinin randomize bir şekilde diğer hekimlerce düzenlenmesi araştırmamızın bir diğer güçlü yönüdür.

Çalışmanın kısıtlılıkları ise gruplar arası katılımcıların cinsiyetleri farklılık içermese de grup içinde cinsiyet dağılımında eşitsizlik mevcuttur. Fakat gruplar arasında benzer oranlar yakalandığından ihmal edilebilir olduğunu düşünmekteyiz. Literatür taramasında çevrimiçi ve yüz yüze müdahaleleri karşılaştıran çalışmaların çoğunlukla bir psikoterapi yöntemini esas alarak gerçekleştirildiğini saptadık. Çalışmamızda bilişsel davranışçı terapi gibi tam yapılandırılmış bir görüşme yöntemi kullanılmamış olup, psikiyatrik muayene ve müdahaleleri içeren rutin poliklinik hizmeti verilmiştir. Çevrimiçi görüşme grubuna dahil olan bazı katılımcıların depresif belirtilerinin azalmasından ötürü kontrol görüşmelerini aksattığı olmuştur. Bu durumun da çalışma sonuçlarını etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca katılımcıların öz bildirimine bağlı olan bazı ölçek sonuçlarının klinik değerlendirme ile uyumsuz olabileceğini çalışmamızda da saptadık. İntihar riski yüksek olan hastaların çalışmadan dışlanması ise çalışma popülasyonundaki hasta çeşitliliğini kısıtlamıştır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresyon, ruh sağlığıyla ilgili hastalık yükünün ve buna yeti yitimine neden olan olan bir halk sağlığı sorunudur. Güncel tedavi yöntemleri ile tedaviye ulaşamayan hastalar düşünüldüğünde, son dönemde COVID-19 salgının oluşturduğu halk sağlığı krizi, tedaviye ulaşımı daha da ketlemiştir. COVID-19 salgını sırasında, katı karantina önlemleri nedeniyle yüz yüze yapılan psikiyatrik görüşmeler yapılamaz hale gelmiştir. Bu durum ruhsal hastalıklara çevrimiçi uygulamalar yoluyla yapılan müdahalelerin daha sık bir şekilde yapılmasını sağlamıştır.

Bu durum akla çevrimiçi uygulamaların, yüz yüze müdahaleler kadar etkin mi sorusunu getirmektedir. Biz çalışmamızda, major depresif bozukluk tanısı konmuş hastaların belirtileri üzerinde yüz yüze ve çevrimiçi müdahalenin etkinliğini kıyaslayarak inceledik.

Mevcut yazında çalışmaların çoğunluğunun sonucu çevrimiçi müdahalelerin yüz yüze yapılan müdahaleler kadar etkin olabileceği yönündedir. Çalışmamızdaki bulgularımız da major depresif bozukluk tanılı hastalar üzerinde çevrimiçi müdahalenin, yüz yüze müdahaleler kadar etkili olduğunu göstermektedir. DSM-5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği ile de depresif belirtilerde iyileşme üzerine benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu durum çevrimiçi müdahaleler için gerekli olan iletişim altyapısında erişim sıkıntısı olmadığı sürece çevrimiçi müdahalelerin kullanılabileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda HAM-A ölçek puanları da iki grup arasında kıyaslanmış, çevrimiçi ve yüz yüze müdahale şeklinin iyileşme üzerinde etkililik açısından farkının olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği majör depresif bozuklukta da çevrimiçi müdahalelerin uygulanabileceğini göstermektedir.

DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeği'nden elde edilen sonuçlar incelendiğinde ölçek öz bildirimine bağlı olduğundan klinik değerlendirme ile hastaların kendi belirtilerini yorumlaması arasında farklılıkların olabileceğini saptanmıştır. HAM-D ve DSM-5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği ile depresif belirtilerin ilk ay içinde büyük oranda azaldığı saptanırken DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeği sonuçları incelendiğinde bu iyilik halinin daha sonraki görüşmelerde sonuçlara yansıdığı belirlenmiştir. Özellikle mani alt başlığında yüksek oranda yanlış pozitiflik saptanmıştır. Bu bulgular uygulaması kolay olmasına rağmen ölçek sonuçları değerlendirilirken mutlaka bir uzmanın klinik değerlendirmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İlk görüşmede İntihar Olasılığı Ölçeği ve Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği ile intihar riski olan katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır. Katılımcıların takip süreçlerinde herhangi bir intihar girişiminde bulunan katılımcı olmamıştır. Bu nedenle İntihar Olasılığı Ölçeği ve Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği'nin intihar riskini saptamada etkili olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle intihar riski olan MDB tanısı konmuş hastalarda çevrimiçi müdahalenin etkinliğinin nasıl olacağı başka çalışmalar ile araştırılmalıdır.

Çevrimiçi görüşme grubunun tedaviye devam oranları daha yüksek saptanmıştır. Bunun sebebinin hastaların günlük işlerinin aksamasının önüne geçilebildiği ve seyahat etme zorunluluğunun ortadan kalkması ve zihinsel bir bozukluğa sahip olma damgasını azalması olduğunu düşündük. Çünkü kontrol görüşmesine gelemeyen yüz yüze görüşme grubu katılımcılarının bir kısmı genellikle gündelik işlerinin yoğunluğundan, hastaneye ulaşamayacak uzaklıkta olmasından dolayı gelememiştir. Çevrimiçi görüşme grubu için böyle bir zorluk mevcut değildi. Mevcut literatürde ise bu konu hakkında çelişkili sonuçlar olmakla beraber özellikle bir uzman tarafından yapılan çevrimiçi müdahalelerin tedaviye devam oranlarının yüz yüze müdahalelerden daha iyi olabildiği saptanmıştır.

Çevrimiçi ve yüz yüze müdahalelerin ikisinin de ruhsal hastalıklar üzerindeki avantajlı yönlerinin kullanılabilmesi için karma tip müdahaleler üzerinde araştırmaların yapılması ileride şekillenecek daha verimli tedavi yöntemlerine ışık tutabilir. Ayrıca sonraki çalışmaların intihar riskinin olduğu katılımcılar veya ergen ve yaşlı popülasyon ile yapılması araştırmamızdan dışlanan katılımcı gruplarındaki çevrimiçi müdahalelerin etkinliklerini anlamamıza yardımcı olabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry. 2013;58(7):376-85.
2. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF, 3rd. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. World Psychiatry. 2013;12(2):137-48.
3. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.
4. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. Psychol Med. 2014;44(6):1303-17.
5. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med 2015;45(1).
6. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010;10:113.
7. Mohr D, Ho J, Duffecy J, Baron K, Lehman K, Jin L, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. J Clin Psychol 2010;66(4).
8. Richards D, Vigano N. Online counseling: a narrative and critical review of the literature. J Clin Psychol. 2013;69(9):994-1011.
9. Anthes E. Mental Health: there's an app for that. Nature 2016;532, 20-23.
10. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. World Psychiatry. 2014;13(1):4-11.
11. Wei N, Huang BC, Lu SJ, Hu JB, Zhou XY, Hu CC, et al. Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. J Zhejiang Univ Sci B. 2020;21(5):400-4.

12. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry. 2020;7(3):228-9.

13. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SO, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Psychiatry Res. 2020;293:1134-41.

14. Khoury R, Karam G. Impact of COVID-19 on mental healthcare of older adults: insights from Lebanon (Middle East). Int Psychogeriatr. 2020;32(10):1177-80.

15. Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. J Clin Psychiatry. 2020;81(3).

16. Organization WH. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment 2020 [Available from: https://www.who.int/publications/i/item/978924012455).

17. Pereira CA, Wen CL, Miguel EC, Polanczyk GV. A randomised controlled trial of a web-based educational program in child mental health for schoolteachers. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24(8):931-40.

18. Boettcher J RA, Andersson G, Carlbring P. Side effects in internet-based interventions for social anxiety disorder. Internet Interv 2014;1(1):3-11.

19. Ebert DD, Donkin L, Andersson G, Andrews G, Berger T, Carlbring P, et al. Does internet-based guided-self-help for depression cause harm? an individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. Psychol Med. 2016;46(13):2679–93.

20. Moritz S, Schröder J, Meyer B, Hauschildt M. The more it is needed, the less it is wanted: attitudes toward face-to-face intervention among depressed patients undergoing online treatment. Depress Anxiety. 2013;30(2):157-67.

21. O'Keefe M, White K, Jennings JC. Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. Journal of Telemedicine and Telecare. 2019;27(3).

22. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.

23. GBD Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study Lancet Psychiatry. 2019;9(2):137-50.

24. Malhi S, Mann J. Depression. The Lancet. 2018;392(10161):2299-312.

25. Bahr R. Aktivitetshåndboken: Fysisk Aktivitet i Forebygging og Behandling2009.

26. Helsedirektoratet. Nasjonale Retningslinjer for Diagnostisering og Behandling av Voksne Med Depresjon i Primær- Og Spesialisthelsetjenesten. 2009. p. 15-1561.

27. Nice. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (NICE Clinical Guideline 90). 2013.

28. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: Implications for clinical practice. Am J Psychiatry. 2006;163(1):28-40.

29. Association AP. Diagnostic and Statiskal Manual Of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR2022.

30. Köroğlu PDE. Klinik Psikiyatri. 2 ed. Ankara: HYB Basım Yayın; 2015. 171-81 p.

31. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. 2013;34:119-38.

32. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med. 2011;9:90.

33. Collaborators GBoDS. Global, regional, and national incidence, revalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015:743-800.

34. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2163-96.

35. De Aquino J, Londono A, Carvalho A. An update on the epidemiology of major depressive disorder across cultures. Understanding depression, Springer, Singapore. 2018:309-15.

36. Heim C, Binder EB. Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. Exp Neurol. 2012;233(1):102-11.

37. Kılıc C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, editors: Eksen Tanıtım Ltd. Şti, Ankara; 1998.

38. Hirschfeld RM. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. J Clin Psychiatry. 2012;73 Suppl 1:5-9.

39. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri. Bozkurt A, editor: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016.

40. Lehtinen V., Joukamaa M.. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation1994.

41. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994;377:7-10.

42. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Z. Ş. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1998.

43. Gariepy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. Br J Psychiatry. 2016;209(4):284-93.

44. Berkman F., Glas T., Brissette I., E. ST. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. . Social Science and Medicine. 2000;51:843–57.

45. Wang H, Chen M, Xin T, Tang K. Number of children and the prevalence of later-life major depression and insomnia in women and men: findings from a cross-sectional study of 0.5 million Chinese adults. BMC Psychiatry. 2020;20(1):267.

46. Horwath E, Cohen, R. S., & Weissman, M. M. (). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. 2002.

47. 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(1):8-19.

48. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. Clin Psychol Psychother. 2010;17(1):33-43.

49. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). BMC Public Health. 2016;16(1):1098.

50. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G, et al. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi: Sivas,Dilek Matbaası; 1995.

51. Işık E., Işık U., Y. T. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar: Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.; 2013.

52. Nguyen TT, Tchetgen Tchetgen EJ, Kawachi I, Gilman SE, Walter S, Glymour MM. The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. SSM Popul Health. 2017;3:586-93.

53. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. BMC Psychiatry. 2014;14:237.

54. McFarland MJ, BG. W. Does a college education reduce depressive symptoms in American young adults? . Soc Sci Med. 2015;146:75–84.

55. Allen D. Kanner, James C. Coyne, Catherine Schaefer, Lazarus. RS. Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events Journal of Behavioral Medicine 1980;4(1): 1–39.

56. Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med. 1978;8(2):245-53.

57. Surtees PG, Miller PM, Ingham JG, Kreitman NB, Rennie D, Sashidharan SP. Life events and the onset of affective disorder. A longitudinal general population study. J Affect Disord. 1986;10(1):37-50.

58. Andrews G, Tennant C. Life event stress and psychiatric illness. Psychol Med. 1978;8(4):545-9.

59. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. Stressful Life Events and Their Contexts. New Brunswick, NJ, : Rutgers University Press; 1984.

60. Foley DL, Neale MC, ; KK. A longitudinal study of stressful life events assessed at personal interview with an epidemiologic sample of adult twins: the basis of individual variation in event exposure. Psychol Med. 1996;26:1239–52.

61. Kendler KS, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. A twin study of recent life events and difficulties. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(10):789-96.

62. lomin R, Lichtenstein P, Pedersen N, McClearn GE, JR N. Genetic influences on life events during the last half of the life span. Psychol Aging. 1990;5:25-30.

63. Abanes J, Adams S. Using a web-based patient-provider messaging system to enhance patient satisfaction among active duty sailors and Marines seen in the psychiatric outpatient clinic: A pilot study. Nurs Clin N Am. 2014;49(1):91–103.

64. Kendler KS, Karkowski-Shuman L. Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment? Psychol Med. 1997;27(3):539-47.

65. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. Am J Psychiatry. 1993;150(8):1139-48.

66. Organization WH. The world health report 2001: mental health: new understanding. 2001.

67. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, Bracke P. Public stigma and self-stigma: differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. Psychiatr Serv. 2014;65(2):232-8.

68. Barney L. J., Griffiths K. M., Jorm A. F., Christensen H.. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(1):51–4.

69. Sahoo S., Grover S., Malhotra R., Avasthi A.. Internalized stigma experienced by patients with first-episode depression: a study from a tertiary care center. Indian Journal of Social Psychiatry. 2018;34(1):21.

70. Werner P., Stein-Shvachman I., Heinik J.. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. International Psychogeriatrics. 2009;21(6):1180–9.

71. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Serv Res. 2010;10:80.

72. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. Nat Neurosci. 2010;13(10):1161-9.

73. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. Br J Psychiatry. 2000;177:499-504.

74. Knorr U, Vinberg M, Kessing LV, Wetterslev J. Salivary cortisol in depressed patients versus control persons: a systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(9):1275-86.

75. Nogay A. Depresif Hastalarda Kortizol Sekresyonu ve Serotonin. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1991;1(3).

76. Keller J, Gomez R, Williams G, Lembke A, Lazzeroni L, Murphy GM, Jr., et al. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. Mol Psychiatry. 2017;22(4):527-36.

77. Nelson JC, Davis JM. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry. 1997;154(11):1497-503.

78. Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun Nöroendokrinolojisi, Duygudurum Bozuklukları2001.

79. Loosen PT, Prange AJ, Jr. Serum thyrotropin response to thyrotropin-releasing hormone in psychiatric patients: a review. Am J Psychiatry. 1982;139(4):405-16.

80. Joyce PR, Paykel ES. Predictors of drug response in depression. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(1):89-99.

81. Gold MS, Pottash AL, Extein I. Hypothyroidism and depression. Evidence from complete thyroid function evaluation. JAMA. 1981;245(19):1919-22.

82. Haggerty JJ, Jr., Garbutt JC, Evans DL, Golden RN, Pedersen C, Simon JS, et al. Subclinical hypothyroidism: a review of neuropsychiatric aspects. Int J Psychiatry Med. 1990;20(2):193-208.

83. Haggerty JJ, Jr., Stern RA, Mason GA, Beckwith J, Morey CE, Prange AJ, Jr. Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? Am J Psychiatry. 1993;150(3):508-10.

84. Targum SD, Greenberg RD, Harmon RL, Kessler K, Salerian AJ, Fram DH. Thyroid hormone and the TRH stimulation test in refractory depression. J Clin Psychiatry. 1984;45(8):345-6.

85. Joffe RT, Singer W. A comparison of triiodothyronine and thyroxine in the potentiation of tricyclic antidepressants. Psychiatry Res. 1990;32(3):241-51.

86. Joffe RT, Singer W, Levitt AJ, MacDonald C. A placebo-controlled comparison of lithium and triiodothyronine augmentation of tricyclic antidepressants in unipolar refractory depression. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(5):387-93.

87. Stein D, Avni J. Thyroid hormones in the treatment of affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 1988;77(6):623-36.

88. Duval F, Macher J-P , Mokrani M-C.. Difference between evening and morning thyrotropin responses to protirelin in major depressive episode. . Arch Gen Psychiatry. 1990; 47:443-8.

89. Kjellman BF, Beck-Friis J, Ljunggren JG, Wetterberg L. Twenty-four-hour serum levels of TSH in affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 1984;69(6):491-502.

90. Souetre E, Salvati E, Pringuey D, Krebs B, Plasse Y, Darcourt G. The circadian rhythm of plasma thyrotropin in depression and recovery. Chronobiol Int. 1986;3(3):197-205.

91. Altman N, Sachar EJ, Gruen PH, Halpern JS, Eto S. Reduced plasma LH concentration in postmenopausal depressed women. Psychosom Med. 1975;37(3):274-6.

92. Rubin R. T. , Poland R. E., Tower B. B., Hart P. A., Blodgett A. L. N., Forster B. Hypothalamo-pituitary-gonadal function in primary endogenously depressed men: preliminary findings. Steroid hormone regulation of the brain. 1981. Oxford: Pergamon Press. p. 387-96.

93. Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S, Snyder P. Gonadotropin release after administration of GnRH in depressed patients and healthy volunteers. J Affect Disord. 1981;3(4):367-80.

94. Benkert O. Studies on pituitary hormones and releasing hormones in depression and sexual impotence. Prog Brain Res. 1975;42:25-36.

95. Ettigi PG, Brown GM, Seggie JA. TSH and LH responses in subtypes of depression. Psychosom Med. 1979;41(3):203-8.

96. Linnoila M, Lamberg BA, Rosberg G, Karonen SL, Welin MG. Thyroid hormones and TSH, prolactin and LH responses to repeated TRH and LRH injections in depressed patients. Acta Psychiatr Scand. 1979;59(5):536-44.

97. Whalley LJ, Christie JE, Bennie J, Dick H, Blackburn IM, Blackwood D, et al. Selective increase in plasma luteinising hormone concentrations in drug free young men with mania. Br Med J (Clin Res Ed). 1985;290(6462):99-102.

98. Sachar EJ, Halpern F, Rosenfeld RS, Galligher TF, Hellman L. Plasma and urinary testosterone levels in depressed men. Arch Gen Psychiatry. 1973;28(1):15-8.

99. W. Vogel , E. L. Klaiber , Broverman DM. Roles of the gonadal steroid hormones in psychiatric depression in men and women. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1978;2:487-503.

100. Işık E. IU, Taner Y. . Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara.: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.

101. Stahl SM. Essential Psychopharmacology Cambridge University Press; 2000.

102. Bollen J, Trick L, Llewellyn D, Dickens C. The effects of acute inflammation on cognitive functioning and emotional processing in humans: A systematic review of experimental studies. J Psychosom Res. 2017;94:47-55.

103. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. Nat Rev Immunol. 2016;16(1):22-34.

104. Setiawan E, Wilson AA, Mizrahi R, Rusjan PM, Miler L, Rajkowska G, et al. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. JAMA Psychiatry. 2015;72(3):268-75.

105. Egeland M, Zunszain PA, Pariante CM. Molecular mechanisms in the regulation of adult neurogenesis during stress. Nat Rev Neurosci. 2015;16(4):189-200.

106. Molendijk ML, Polak M, Bus BAA, Penninx BWJH, Elzinga BM. Serum BDNF concentrations as peripheral manifestations of depression: evidence from a systematic review and meta-analyses on 179 associations (N=9484). Mol Psychiatry. 2014;Jul;19(7):791-800.

107. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity–links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. Neurosci Biobehav Rev. 2017;Jun;77:317-26.

108. Gururajan A, Clarke G, Dinan TG, Cryan JF. Molecular biomarkers of depression. Neurosci Biobehav Rev. 2016;64:101-33.

109. Schmaal L, Hibar DP, Samann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. Mol Psychiatry. 2017;22(6):900-9.

110. Cole J, Costafreda SG, McGuffin P, Fu CH. Hippocampal atrophy in first episode depression: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. J Affect Disord. 2011;134(1-3):483-7.

111. Kempton MJ, Salvador Z, Munafo MR, Geddes JR, Simmons A, Frangou S, et al. Structural neuroimaging studies in major depressive disorder. Meta-analysis and comparison with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(7):675-90.

112. Boldrini M, Fulmore CA, Tartt AN, Simeon LR, Pavlova I, Poposka V, et al. Human Hippocampal Neurogenesis Persists throughout Aging. Cell Stem Cell. 2018;22(4):589-99 e5.

113. Boldrini M, Santiago AN, Hen R, Dwork AJ, Rosoklija GB, Tamir H, et al. Hippocampal granule neuron number and dentate gyrus volume in antidepressant-treated and untreated major depression. Neuropsychopharmacology. 2013;38(6):1068-77.

114. Hamilton JP, Etkin A, Furman DJ, Lemus MG, Johnson RF, Gotlib IH. Functional neuroimaging of major depressive disorder: a meta-analysis and new integration of base line activation and neural response data. Am J Psychiatry. 2012;169(7):693-703.

115. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. Annu Rev Clin Psychol. 2014;10:393-423.

116. Flint J, Kendler KS. The Genetics of Major Depression. Neuron. 2014;81(5):1214.

117. Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium PS, MJ Daly, et al. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. Mol Psychiatry. 2013;Apr; 18(4):497-511.

118. Wray NR, Ripke S, Mattheisen M, Trzaskowski M, Byrne EM, Abdellaoui A, et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. Nat Genet. 2018;50(5):668-81.

119. Consortium C. Sparse whole-genome sequencing identifies two loci for major depressive disorder. Nature. 2015;523(7562):588-91.

120. Fan M, Liu B, Jiang T, Jiang X, Zhao H, Zhang J. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders. Psychiatr Genet. 2010;20:1-7.

121. Tsunoka T, Kishi T, Ikeda M, Kitajima T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, et al. Association analysis of group II metabotropic glutamate receptor genes (GRM2 and GRM3) with mood disorders and fluvoxamine response in a Japanese population. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33(5):875-9.

122. Van Rossum EF, Binder EB, Majer M, Koper JW, Ising M, Modell S, et al. Polymorphisms of the glucocorticoid receptor gene and major depression. Biol Psychiatry. 2006;59(8):681-8.

123. Yoon H, Kim Y. Association between glycogen synthase kinase-3β gene polymorphisms and major depression and suicidal behavior in a Korean population. Prog NeuroPscyhopharmacol Biol Psychiatry. 2010;34(2).

124. Klengel T, Binder EB. Epigenetics of Stress-Related Psychiatric Disorders and Gene x Environment Interactions. Neuron. 2015;86(6):1343-57.

125. Klengel T, Mehta D, Anacker C, Rex-Haffner M, Pruessner JC, Pariante CM, et al. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions. Nat Neurosci. 2013;16(1):33-41.

126. Peterson RE, Cai N, Dahl AW, Bigdeli TB, Edwards AC, Webb BT, et al. Molecular Genetic Analysis Subdivided by Adversity Exposure Suggests Etiologic Heterogeneity in Major Depression. Am J Psychiatry. 2018;175(6):545-54.

127. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. Annu Rev Psychol. 1997;48:191-214.

128. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. Psychol Med. 2016;46(4):717-30.

129. Smith D, Escott-Price V, Davies G. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. Mol Psychiatry. 2016;Jun; 21(6):749-57.

130. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. Am J Psychiatry. 2013;170(10):1114-33.

131. Stetler C, Miller G. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. Psychosom Med. 2011; Feb-Mar 2011;73(2):114-26.

132. Entringer S, Buss C, Wadhwa PD. Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper. Psychoneuroendocrinology. 2015;62:366-75.

133. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1960:56–62.

134. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. The British journal of psychiatry. 1979:382–9.

135. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry. 2013;14(5):334-85.

136. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol. 2015;29(5):459-525.

137. Excellence NIfHaC. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults. NICE guidelines [CG90]. NICE, London 2009.

138. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, Titscher V, Greimel J, Lux L, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. BMJ Open. 2017;7(6):e014912.

139. Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J, al. e. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatry Association. 2010.

140. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. J Affect Disord. 2014;159:118-26.

141. Mulder R, Boden J, Carter J, Luty S, Joyce P. Ten month outcome of cognitive behavioural therapy v. interpersonal psychotherapy in patients with major depression: a randomised trial of acute and maintenance psychotherapy. Psychol Med. 2017;47(14):2540-7.

142. Anthes E. Depression: a change of mind. Nature. 2014;515(7526):185-7.

143. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. Am J Psychiatry. 1965;122(5):509-22.

144. Undurraga J, Baldessarini RJ. Direct comparison of tricyclic and serotonin-reuptake inhibitor antidepressants in randomized head-to-head trials in acute major depression: Systematic review and meta-analysis. J Psychopharmacol. 2017;31(9):1184-9.

145. Peretti S, Judge R, Hindmarch I. Safety and tolerability considerations: tricyclic antidepressants vs. selective serotonin reuptake inhibitors. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;403:17-25.

146. Moret C, Isaac M, Briley M. Problems associated with long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. J Psychopharmacol. 2009;23(8):967-74.

147. Bal U, Yılmaz E, Tamam L, S. Ç. Telepsikiyatri: Şimdi ve burada. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2015;7(2):136-48.

148. Gökçe Kutsal Y., Aslan D.. Teletıp, Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları. 2021. Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri, Ankara

149. Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, Roter DL. Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. Telemed J E Health. 2009;15(9):830-9.

150. Uscher-Pines L, Mehrota A. Analysis of teledoc use seems to indicate expanded access to care for patients without prior connection to a provider. Health Aff. 2014;33(2):258–64.

151. Cotet AM, Benjamin DK. Medical regulation and health outcomes: the effect of the physician examination requirement. Health Econ. 2013;22(4):393-409.

152. Hall JL, McGraw D. For telehealth to succeed, privacy and security risks must be identified and addressed. Health Aff (Millwood). 2014;33(2):216-21.

153. Miller T, Derse A. Between strangers: the practice of medicine online. Health Aff. 2002;21(4):168–79.

154. Huesch MD. Privacy threats when seeking online health information. JAMA Intern Med. 2013;173(19):1838-9.

155. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K, Council on E, Judicial Affairs American Medical A. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. J Gen Intern Med. 2017;32(10):1136-40.

156. Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. Am J Psychiatry. 1973;130(8):865-9.

157. Allen AR, Newby JM, Smith J, Andrews G. Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) for posttraumatic stress disorder versus waitlist control: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2015;16:544.

158. Christensen H, Griffiths K, Korten A. Web-based cognitive behavior therapy: analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. J Med Internet Res. 2002;4(3).

159. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. JAMA Psychiatry. 2016;73(6):565-74.

160. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, Au T, Papa A, Fox AB, et al. A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. Behav Res Ther. 2014;61:23-34.

161. Tuerk PW, Yoder M, Ruggiero KJ, Gros DF, Acierno R. A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. J Trauma Stress. 2010;23(1):116-23.

162. Burns JM, Birrell E, Bismark M, Pirkis J, Davenport TA, Hickie IB, et al. The role of technology in Australian youth mental health reform. Aust Health Rev. 2016;40(5):584-90.

163. Coughtrey AE, Pistrang N. The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. J Telemed Telecare. 2018;24(2):65-74.

164. Gloff NE, LeNoue SR, Novins DK, Myers K. Telemental health for children and adolescents. Int Rev Psychiatry. 2015;27(6):513-24.

165. Myers K, Comer JS. The Case for Telemental Health for Improving the Accessibility and Quality of Children's Mental Health Services. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(3):186-91.

166. Myers K, Nelson EL, Rabinowitz T, Hilty D. American Telemedicine Association Practice Guideline for Child and Adolescent Telemental Health. Telemedicine Journal and E-Health. 2017 23(10):779-804.

167. Hilty DM, Zalpuri I, Torous J, Nelson EL. Child and adolescent asynchronous technology competencies for clinical care and training: Scoping review. Fam Syst Health. 2021;39(1):121-52.

168. Aboujaoude E, Salame W, Naim L. Telemental health: A status update. World Psychiatry. 2015;14(2):223-30.

169. Mackintosh KA, Chappel SE, Salmon J, Timperio A, Ball K, Brown H, et al. Parental Perspectives of a Wearable Activity Tracker for Children Younger Than 13 Years: Acceptability and Usability Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(11):e13858.

170. Russell MA, Gajos JM. Annual Research Review: Ecological momentary assessment studies in child psychology and psychiatry. J Child Psychol Psychiatry. 2020;61(3):376-94.

171. Sequeira L, Perrotta S, LaGrassa J, Merikangas K, Kreindler D, Kundur D, et al. Mobile and wearable technology for monitoring depressive symptoms in children and adolescents: A scoping review. J Affect Disord. 2020;265:314-24.

172. Jiménez-Molina Á, Franco P, Martínez V, Martínez P, Rojas G. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review. Front Psychiatry. 2019;13;10:664

173. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2014;13(3):288-95.

174. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlof E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2018;47(1):1-18.

175. Karyotaki E., Ebert D., Donkin L., Riper H. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. Clin Psychol Rev 2018 63:80-92.

176. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, al e. Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms A Meta-analysis of Individual Participant Data. JAMA Psychiatry. 2017:351-9.

177. Scholten MR, Kelders S, E.W.C. G-PJ. A Scoped Review of the Potential for Supportive Virtual Coaches as Adjuncts to Self-guided Web-Based Interventions. International Conference on Persuasive Technology. 2017:43–54.

178. Kooistra LC, Wiersma JE, Ruwaard J, van Oppen P, Smit F, Lokkerbol J, et al. Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. BMC Psychiatry. 2014;14:290.

179. Wentzel J, van der Vaart R, Bohlmeijer ET, van Gemert-Pijnen JE. Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care. JMIR Ment Health. 2016;3(1):e9.

180. Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, G. A. How much psychotherapy is needed to treat depression? a metaregression analysis. J Affect Disord. 2013;149(1-3):1-13.

181. Erbe D, Eichert HC, Riper H, Ebert DD. Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(9):e306.

182. Kontos E, Blake KD, Chou WY, Prestin A. Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. J Med Internet Res. 2014;16(7):e172.

183. Yellowlees P, Burke Parish M, Gonzalez A, Chan S, Hilty D, Iosif AM, et al. Asynchronous Telepsychiatry: A Component of Stepped Integrated Care. Telemed J E Health. 2018;24(5):375-8.

184. Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. World J Psychiatry. 2016;6(2):269-82.

185. Mohr DC, Burns MN, Schueller SM, Clarke G, Klinkman M. Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(4):332-8.

186. Lal S, Adair CE. E-mental health: a rapid review of the literature. Psychiatr Serv. 2014:24-32.

187. Hedman E, Ljotsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. Expert Rev Pharm Outcomes Res. 2015:745–64.

188. Stolz T, Schulz A, Krieger T, Vincent A, Urech A, Moser C, et al. A mobile app for social anxiety disorder: A three-arm randomized controlled trial comparing mobile and PC-based guided self-help interventions. J Consult Clin Psychol. 2018;86(6):493-504.

189. Fairburn C, Patel V. The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. . Behav Res Ther 2017;88:19-25.

190. Egede LE, Acierno R, Knapp RG, Walker RJ, Payne EH, Frueh BC. Psychotherapy for Depression in Older Veterans Via Telemedicine: Effect on Quality of Life, Satisfaction, Treatment Credibility, and Service Delivery Perception. J Clin Psychiatry. 2016;77(12):1704-11.

191. Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling MA, Reed SA, Bradham DD, Hebel JR, et al. Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. Am J Psychiatry. 2004;161(8):1471-6.

192. Chong J, Moreno F. Feasibility and acceptability of clinic-based telepsychiatry for low-income Hispanic primary care patients. Telemed J E Health. 2012;18(4):297-304.

193. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Williams DK, Robinson DE, Mittal D, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1086-93.

194. Choi NG, Marti CN, Bruce ML, Hegel MT, Wilson NL, Kunik ME. Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. Depress Anxiety. 2014;31(8):653-61.

195. Moreno F, Chong J, Dumbauld J. Use of standard webcam and internet equipment for telepsychiatry treatment of depression among underserved Hispanics. Psychiatric Services. 2012;63(12):1213–7.

196. Egede L, Dismuke C, Walker R. Cost-effectiveness of behavioural activation for depression in older adult veterans: In person-care versus telehealth. The Journal of Clinical Psychiatry. 2018;79(5):e1–e8.

197. Pyne JM, Fortney JC, Mouden S, Lu L, Hudson TJ, Mittal D. Cost-effectiveness of on-site versus off-site collaborative care for depression in rural FQHCs. Psychiatr Serv. 2015;66(5):491-9.

198. Fortney JC, Maciejewski ML, Tripathi SP, Deen TL, Pyne JM. A budget impact analysis of telemedicine-based collaborative care for depression. Med Care. 2011;49(9):872-80.

199. Carey M, Jones K, Meadows G, Sanson-Fisher R, D'Este C, Inder K, et al. Accuracy of general practitioner unassisted detection of depression. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48(6):571-8.

200. Newby JM, Mewton L, Andrews G. Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. J Anxiety Disord. 2017;46:25-34.

201. Anderson M, Perrin A. Tech adoption climbs among older adults. Internet Technology accessed on 19 June 2017 from ⟨http://www. pewinternet.org/2017/05/17/tech-adoption-climbs-among-older-adults/⟩: Pew Research Center; 2017

202. T.C. Sağlık Bakanlığı SBSGM. Sağlık Personeli Ruhsal Destek Uygulaması (RUHSAD) [Available from: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73581/ruh-sagligi-destek-sistemi.html.

203. Moshe I, Terhorst Y, Philippi P, Domhardt M, Cuijpers P, Cristea I, et al. Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. Psychol Bull. 2021;147(8):749-86.

204. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Bermpohl FMG, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021;78(4):361-71.

205. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 2020;22(8):e18100.

206. Andersson G, Topooco N, Havik O, Nordgreen T. Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. Expert Review of Neurotherapeutics. 2016;16(1):55-60.

207. Yang D, Hur JW, Kwak YB, Choi SW. A Systematic Review and Meta-Analysis of Applicability of Web-Based Interventions for Individuals with Depression and Quality of Life Impairment. Psychiatry Investig. 2018;15(8):759-66.

208. Li L, Yue SW, Xu J, Qiao J, Redding SR, Ouyang YQ. Effectiveness of Internet-based psychological interventions for treating perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. 2022.

209. Sztein DM, Koransky CE, Fegan L, Himelhoch S. Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. J Telemed Telecare. 2018;24(8):527-39.

210. Taylor CB, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. Eur J Public Health. 2021;31(31 Suppl 1):i3-i10.

211. Rigabert A, Motrico E, Moreno-Peral P, Resurreccion DM, Conejo-Ceron S, Cuijpers P, et al. Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev. 2020;82:101931.

212. Meyer B, Bierbrodt J, Schröder J. Effects of an internet intervention (Deprexis) on severe depression symptoms: randomized controlled trial. . Internet Interventions 2015;2(1):48-59.

213. Perez JC, Fernandez O, Caceres C, Carrasco AE, Moessner M, Bauer S, et al. An Adjunctive Internet-Based Intervention to Enhance Treatment for Depression in Adults: Randomized Controlled Trial. JMIR Ment Health. 2021;8(12):e26814.

214. Gilbody S, Littlewood E, Hewitt C, Brierley G, Tharmanathan P, Araya R, et al. Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2015;351:h5627.

215. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı A, Sabancıoğulları S. Ideas Regarding Psychotropic Drug Use among Inpatients in a Psychiatry Clinic and after Their Discharge from the Hospital with Follow-Up by Telephone. J Psychiatric Nurs. 2011;2:128-35.

216. Özkan B. Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yükü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2011.

217. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251-9.

218. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme öiçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):1300-2163 / 651-3463.

219. Matza LS, Morlock R, Sexton C, Malley K, Feltner D. Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. Int J Methods Psychiatr Res. 2010;19(4):223-32.

220. Sapmaz SY, Erkuran HÖ, Kavurma C, Öztürk M, Tanriverdi BU, Köroglu E, et al. DSM-5 Düzey 1 Kesitsel Belirti Ölçegi Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2017;18(2):99-106.

221. Yalın Sapmaz Ş, Özek Erkuran H, Kavurma C, Öztürk M, Uzel Tanrıverdi B, Köroğlu E, et al. DSM-5 Düzey 1 Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği (11-17 Yaş Çocuk ve 6-17 Yaş Anne-Baba Formları). Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18(2):99-106.

222. Aşık E.A., Çöldür E.Ö, Aydemir Ö. DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Psychiatry Res. 2017;18(2):57-62.

223. Atlı, Z.. İntihar Olasılığı Ölçeği (Oö)'Nin klinik örneklemdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması: Adnan Menderes Üniversitesi, İzmir; 2007.

224. Durak Batıgün A, Hisli Şahin N. İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikoloji Dergisi. 2018;2(2):52-64.

225. Güneş A, Kılınçarslan A. Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması: İstanbul Üniversitesi / Tıp Fakültesi 2015.

226. Holma KM, Melartin TK, Holma IA, Paunio T, Isometsa ET. Family history of psychiatric disorders and the outcome of psychiatric patients with DSM-IV major depressive disorder. J Affect Disord. 2011;131(1-3):251-9.

227. Holma IA, Holma KM, Melartin TK, Ketokivi M, Isometsa ET. Depression and smoking: a 5-year prospective study of patients with major depressive disorder. Depress Anxiety. 2013;30(6):580-8.

228. Richards D, Richardson T, Timulak L, Vigano N, Mooney J, Doherty G, et al. Predictors of depression severity in a treatment-seeking sample. Int J Clin Health Psychol. 2016;16(3):221-9.

229. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Carmin CN, Balasubramani GK, al. WSRe. What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. Can J Psychiatry. 2006;51(13):823–35.

230. Bastiens L., Galus J.. The DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure as a Screening Tool. Psychiatric Quarterly 2018;89(1).

231. Cox BJ, Clara I. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. 2005;21(4):193-202.

232. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The Association between Hypertension and Depression and Anxiety Disorders: Results from a Nationally-Representative Sample of South African Adults. PLoS ONE. 2009;4(5).

233. Kader Maideen SF, Mohd Sidik S, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of anxiety: a community survey in Selangor, Malaysia. BMC Psychiatry. 2015;15:262.

234. Ünal Demir F, Ünübol H, Akpınar Aslan E, Batmaz S, Çelikbaş Z. Sigara, Alkol veya Madde Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılığa Yönelik Farkındalık, Olumsuz Tutum ve Damgalama Düzeyleri. Bağımlılık Dergisi. 2022;23(1):86-94.

235. Hisli Şahin N., Durak Batıgül A. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. Türk Psikiyatri Dergisi 2009;20(1):28-36.

236. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. J Behav Med. 2008;31(2):169-77.

237. Ebert DD, Berking M, Thiart H, Riper H, Laferton JAC, Cuijpers P, et al. Restoring depleted resources: Efficacy and mechanisms of change of an internet-based unguided recovery training for better sleep and psychological detachment from work. Health Psychol. 2015;34S:1240-51.

238. Ram D, Benny N. Study of relationship between Depression Literacy and Medication adherence in patients with depression. Journal of Mood Disorders. 2016.

239. Savas HA UA, Virit O. . Treatment adherence in bipolar disorder. JMOOD. 2011;1:95-102.

240. Woolley SB, Fredman L, Goethe JW, Lincoln AK, Heeren T. Hospital patients' perceptions during treatment and early discontinuation of serotonin selective reuptake inhibitor antidepressants. J Clin Psychopharmacol. 2010;30(6):716-9.

241. Demyttenaere K, Adelin A, Patrick M, Walthere D, Katrien de B, Michele S. Six-month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2008;23(1):36-42.

242. Novaes M, Machiavelli J, Verde F, Campos F, Amadeu S, Rodrigues T. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco. Interface (Botucatu). 2012;1095–106.:1095–106.

10. EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Yaşınız =…….....

Cinsiyetiniz=

- Kadın
- Erkek

Eğitim durumunuzu işaretleyin

- Okuryazar
- ilkokul
- ortaokul
- lise
- yüksekokul

Eğitim süresi ……

Çalışma durumu

- Çalışmıyor- İşsiz
- Emekli
- Çalışıyor- Aktif hekimlik yapmıyor, hekimlik dışı işi var.
- Çalışıyor

Aylık geliriniz

- Geliri yok
- 5000 TL altı
- 5000-10000 TL arası
- 10000-15000 TL arası
- 15000-30000 TL arası
- 30000 TL üstü

Medeni durumunuz nedir?

- Evli
- Bekar

Çocuğunuz var mıdır?

- Var
- yok

Bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

- Evet (lütfen açıklayınız) _____
- Hayır

. Bilinen fiziksel hastalığınız var ise lütfen ne kadar zamandır (ay olarak) bu hastalığınızın olduğunu belirtiniz.

……..ay

Kullandığınız herhangi bir psikiyatri dışı ilaç var mı?

- Evet (lütfen açıklayınız) _____
- Hayır

Hayat boyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldınız mı?

- Evet
- Hayır

Eğer herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldı iseniz, bozukluğun adını belirtiniz.

_____

. Şu anda tedavi görmekte olduğunuz herhangi bir psikiyatrik bozukluğunuz var mı?

- Evet
- Hayır

Şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı? (Var ise doz ve süre olarak belirtiniz)Evet
_____

- Hayır

Ailenizde herhangi bir psikiyatrik bozukluk var mı? (Var ise kimde olduğunu ve tanısını belirtiniz)

- Evet (lütfen belirtiniz) _____
- Hayır

Ailenizde bilinen herhangi bir fiziksel hastalık var mı? (Var ise kimde olduğunu ve tanısını belirtiniz)

- Evet _____
- Hayır

Alkol kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız lütfen miktarını ve ne zamandır kullandığınızı belirtiniz.

- Evet _____
- Hayır

Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız lütfen miktarını ve ne zamandır kullandığınızı belirtiniz.

- Evet _____
- Hayır

Herhangi bir psikoaktif madde (örn., esrar, eroin, kokain, doktor tarafından reçete ile önerilmemiş ve suistimal edilerek kullanılan xanax (alprazolam), ativan (lorazepam), rivotril (klonazepam), nervium (diazepam) ya da ketamin gibi ilaçlar) kullandınız mı? Kullandıysanız türünü, miktarını ve süresini belirtiniz.

- Evet _____
- Hayır

EK-2: HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İsim= Tarih=

1) **Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**
   - 0- Yok
   - 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
   - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
   - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
   - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.
2) **Suçluluk duyguları**
   - 0- Yok
   - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
   - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
   - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
   - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3) **İntihar**
   - 0- Yok
   - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
   - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
   - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
   - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
4) **Uykuya dalamamak**
   - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
   - 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
   - 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.
5) **Geceyarısı uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
   - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 punla değerlendirilir.)
6) **Sabah erken uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
   - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7) **Çalışma ve aktiviteler**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
   - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
   - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
   - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)
8) **Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)**
   - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
   - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
   - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
   - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
   - 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok
1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.
1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok
1- Hafif
2- Ilımlı
3- Şiddetli
4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler=

Gastrointestinal= Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler= Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili= Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok
1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinalsemptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok
1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genitalsemptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok
1- Hafif
2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok
1- Kuruntulu.
2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4- Hipokondriakdelüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.
1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru=

EK-3: HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İsim=_____Tarih=_____

0- Yok
1- **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2- **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3- **Şiddetli** (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4- **Çok şiddetli** (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

---

1) Anksiyeteli mizaç (Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2) Gerilim (gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3) Korkular (karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4) Uykusuzluk (uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5) Entellektüel (kognitif) (konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6) Depresif mizaç (ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7) Somatik (ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları,	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

karıncalanma duyumu)

---

8) Kardiyovaskülersemptomlar (taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9) Solunum semptomları (göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10) Gastrointestinalsemptomlar (yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11) Genitoürinersemptomlar (sık işeme, amenore, menorai, firidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12) Otonomiksemptomlar (ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13) Görüşme sırasındaki davranış (yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilatepupiller, egzoftalmus)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

TOPLAM PUAN=

EK-4: DSM-5 BİRİNCİ DÜZEY KESİTSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİ—ERİŞKİN

İsim=_____Yaş=_____Cinsiyet = □ Erkek □Kadın
Tarih=_____

Eğer ölçek bilgi sahibi kişi tarafından tamamlanıyorsa, **bireyle yakınlığınız nedir?**

Tipik bir haftada, bireyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz?_____saat/hafta

Yönergeler= Aşağıdaki sorular size rahatsız edebilecek şeyleri sormaktadır.Her soru için, **son İKİ (2) HAFTA** boyunca her bir sorunun sizi ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız ettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı daire içine alın.

	Son **İKİ (2) HAFTA** boyunca, aşağıdaki sorunlardan ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız oldunuz?	**Hiç**	**Hafif** Az, bir veya iki günden az	**Orta**Bir kaç gün	**Ilımlı**Günlerin yarısından çoğunda	**Şiddetli**Neredeyse hergün	**En Yüksek Alan Skoru**(klinisyen)
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma?	0	1	2	3	4	
	2. Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme?	0	1	2	3	4	
II.	3. Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme?	0	1	2	3	4	
III.	4. Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme?	0	1	2	3	4	
	5. Her zamankinden daha fazla proje başlatma veya daha riskli işlere kalkışma?	0	1	2	3	4	
IV.	6. Sinirli, kaygılı, ürpermiş, endişeli veya patlamaya hazır hissetme?	0	1	2	3	4	
	7. Paniklemiş veya ürkmüş hissetme?	0	1	2	3	4	
	8. Kaygı veren durumlardan kaçınma?	0	1	2	3	4	
V.	9. Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn., baş, bel, eklem, karın, bacaklar)?	0	1	2	3	4	
	10. Hastalığınızın yeterince ciddiye alınmadığını hissetme?	0	1	2	3	4	
VI.	11. Kendinize gerçekten zarar vermeyi düşünme?	0	1	2	3	4	
VII.	12.Etrafta kimse yokken başkalarının duyamadığı şeyler örneğin sesler duyma?	0	1	2	3	4	
	13. Düşüncelerinizin başkaları tarafından okunabildiğini veyasizin başkalarının düşüncelerini okuyabildiğinizi hissetme?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Hafıza (örn., yeni bilgiler öğrenme) veyayer bulma (örn., evin yolunu bulma)	0	1	2	3	4	

	ile ilgili problemler çekme?						
X.	16. Aklınıza giren tekrarlayıcı nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması?	0	1	2	3	4	
	17. Belli davranışları veya zihinsel faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Kendinizi bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan ayrı ve uzak hissetme?	0	1	2	3	4	
XII.	19. Aslında kim olduğunuzu veya hayattan ne istediğinizi bilememe?	0	1	2	3	4	
	20. Kendinizi başka insanlara yakın hissedememe veya onlarla olan ilişkilerde zevk alamama?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Tek bir günde herhangi bir çeşit alkolden en az 4 içki içme?	0	1	2	3	4	
	22. Sigara, puro, pipodan herhangi birini içme veya enfiye çekme ya da tütün çiğneme?	0	1	2	3	4	
	23. Doktor reçetesi olmaksızın veya önerilen dozun üzerinde ya da önerilenden daha uzun sürede **KENDİ KAFANIZA GÖRE** aşağıdaki ilaçlardan kullanma [örn., ağrı kesiciler (morfin, dolantin), uyarıcılar (ritalin, concerta), sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar (uyku hapları, diazem), esrar, kokain, bonsai, gece kulubü hapları (ecstasy), halusinojenler (LSD), eroin, uçucular (bali) ya da metamfetamin (kristal)]?	0	1	2	3	4	

EK-5: DSM-5 DÜZEY 2 DEPRESYON ERİŞKİN ÖLÇEĞİ

İsim=_____Yaş=_____Cinsiyet = □ Erkek □Kadın
Tarih=_____

Eğer ölçek hasta yakını tarafından dolduruluyor ise,tedavi alan kişi ile ilişkiniz nedir?

Olağan bir haftada, tedavi alan kişi ile yaklaşık ne kadar saat/hafta vakit geçirirsiniz?

Yönerge= Yeni tamamladığınız DSM 5 1. Seviye kesitselanketindesiz(ya da bakımalanyakınınız),son iki hafta boyunca "Bir şeyler yaparken duyulan ilgi ya da alınan zevkte azalma"ve/veya "keyifsiz, çökkün ya da umutsuz hissetme" ile ilgili olarak az ya da çok rahatsız olduğunuzu belirttiniz.

Aşağıdaki sorular bu duyguları ve özellikle sizin(ya da bakım alan yakınınızın) **son 7 gün boyunca** listedeki semptomlar nedeniyle ne sıklıkta rahatsız hissettiğinizi daha detaylı sormaktadır. **Lütfen her satırda bir kutu işaretli olacak şekilde (□veya x) her maddeyi yanıtlayınız.**

							Klinisyeniçin
Son YEDİ(7)GÜNboyunca....							**Madde Puanı**
		Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çoğunlukla**	**Her zaman**	
1.	Değersiz hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
2.	Hevesle beklediğim hiçbir şey yokmuş gibi hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
3.	Çaresiz hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
4.	Üzgün hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
5.	Başarısız hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
6.	Çökkün hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
7.	Mutsuz hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
8.	Umutsuz hissettim.	❑ 1	❑2	❑3	❑4	❑5	
						Toplam/Kısmi Ham Puan=	
						EşitlenmişToplam Ham Puan=	
						T-Skor=	

EK-6: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5.Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				
9.Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11. Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerim yolunda gidiyora benziyor.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20.Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.				

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum..				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

EK-7: COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı"bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, aşağıda yer alan "Düşüncelerin Yoğunluğu" bölümünü doldurun.	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	**GeçenAy**
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. ***Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin= "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri ***Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?*** Eğer yanıt evetse, tanımlayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi *"Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamazdım"* gibi ifadeler kullanabilir. ***Bunu nasıl yapabileceğiniz üzerinde düşünüyor muydunuz?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi "intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. ***Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri		

Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeyle ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. ***Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun. Ömür Boyu - ***En Şiddetli Düşünce=*** _____ _____ ***Tip No (1-5)*** ***Dü*** Geçen Ay - ***En Şiddetli Düşünce=*** _____ _____ ***Tip No (1-5)*** ***Dü***	En Şiddetli	En Şiddetli
Sıklığı ***Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?*** (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen her gün (5) Her gün birçok defa	____	____
Süresi ***Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?*** (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az / bazen (3) 1-4 saat / çoğu zaman (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya sürekli	____	____
Kontrol Edilebilirlik ***Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi?*** (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (0) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz	____	____
Caydırıcılar ***Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizi gerçekleştirmenize engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şey (örneğin aile, din, ölüm acısı) – var mı?*** (1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi (2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi (4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi	____	____

(3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil (5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi (0) Geçerli değil		
Düşüncelerin Nedenleri ***Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) miydi yoksa başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi?*** (1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili (4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (0) Geçerli değil	___	___
İNTİHAR DAVRANIŞI *(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sürece tüm biçimleri sorarak uygun biçimde işaretleyin)*	**Ömür Boyu**	**Son 3 ay**
Gerçek Girişim= Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili ***herhangi*** bir ölme niyeti /arzusu varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. ***Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez,*** sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir. *Niyeti tahmin etme=* Kişi ölme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi ölme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir. ***İntihar girişiminde bulundunuz mu?*** ***Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı?*** ***Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı?*** ***Ne yaptınız?*** ***_____ davranışını hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız?*** ***_____ davranışını gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi?*** ***_____ davranışını yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz?*** ***Veya _____ davranışı nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü?***	**Evet Hayır** ☐ ☐ Girişimlerin toplam sayısı _____ **Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐ Girişimlerin toplam sayısı _____ **Evet Hayır** ☐ ☐

Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaptınız?(İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.) Eğer yanıt evetse, açıklayın= **Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulunmuş mudur?**		
Engellenen Girişim= Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi *(o koşul olmasa,gerçek intihar girişimi meydana gelecekti)*. Aşırı doz alımı= Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yarıda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür. Vurma (silahla)= Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir. Atlama= Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat tutularak aşağı indirilir. Asma= Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir. ***Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐ Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı _____	**Evet Hayır** ☐ ☐ Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı _____
Durdurulan Girişim= Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. ***Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____	**Evet Hayır** ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar= Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. ***Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐

İntihar davranışı= Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?		**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın	En Son Girişim Tarihi=	En Ölümcül Girişim Tarihi=	İlk / Birinci Girişim Tarihi=
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; *tıbbi* nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren *tıbbi* hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____
Potansiyel Ölümcüllük=Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir= tabancayı ağzına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____