

**HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN
ERMENİCE FORMUNUN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

ENNA ÖKKE

**Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2014
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2020**

**Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)
derecesi ile sunulmuştur.**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ
2020**

RELIABILITY AND VALIDITY OF THE ARMENIAN VERSION OF THE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

Abstract

Objective: The aims of the study were to investigate the reliability and validity of the Armenian version of the Hamilton Depression Rating Scales (HDRS).

Method: Firstly, a pilot study was carried out. The sample of the pilot study; 20 patients who applied to the psychiatric clinic of the hospital with depressive complaints. Sociodemographic data form and 2 expert independently scored the HDRS were applied to all participants in the study. To test the reliability of the pilot study; Cronbach alpha (.80), split-half reliability (.88) and item total correlations (for expert1 .34 to .89; for expert2 .36 to .88) was calculated for the 17-item version of the HDRS. These values show the HDRS had a high reliability consistency. Inter-rater reliability was also high, with a Pearson's correlation coefficient of %99 for the HDRS and Kappa of .82. After yhe pilot study the main study was carried out.

The sample of the research; 82 patients who applied to the psychiatric clinic of the hospital with depressive complaints and were evaluated by the psychiatrist and diagnosed with depression and 52 of the hospital staff as healthy controls. Sociodemographic data form, CES-D self-report scale and 2 expert independently scored the HDRS were applied to all participants in the study.

Results: Examined the correlations between demographic variables (gender, marital status, education, Income rate, suicide attempt, family history of psychiatric illness etc.) with HDRS scores of depressive group. Females had significantly higher scores on HDRS. Convergent validity was assessed by examining the correlations of the total score of HDRS with CES-D total scores. The HDRS and CES-D scores had positive and statistically significant correlations (.81). Next, discriminant validity of the scale was assessed using t-tests and HDRS scores of the depressive group was found to be statistically higher than the healthy control group ($p < 0,05$). The HDRS was shown to successfully discriminate between depressive and non-depressive groups.

To test the reliability of the scale; Cronbach alpha (.97), split-half reliability (.96) and item total correlations (for expert1 .48 to .92; for expert2 .46 to .92) was

calculated for the 17-item version of the HDRS. These values show the HDRS had a high reliability consistency. Inter rater reliability was also high, with a Pearson's correlation coefficient of .99 for the HDRS and Kappa of .95. ROC analysis revealed a cut-off score of ≥ 6 .

Conclusion: The study provides initial support for the reliability and validity of The Armenian version of Hamilton Depression Rating Scale.

Key words: Hamilton Depression Rating Scale, validity, reliability, depression, mental health.

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN ERMENİCE FORMUNUN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Özet

Amaç: Bu araştırmada çeşitli ülkelerde kullanılan, uluslararası kabul görmüş Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: İlk olarak HDDÖ'nün pilot çalışması gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma örneklemini, hastanenin psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından değerlendirilip depresyon tanısı alan 20 hasta oluşturmuştur. Sosyodemografik bilgi formu ve bağımsız olarak 2 uzman tarafından değerlendirilen HDDÖ tüm katılımcılara uygulanmıştır. Pilot çalışmada ölçeğin güvenirlik analizi; Cronbach alpha (.80), iki yarıya bölme (.88) ve madde toplam korelasyon analizleri (uzman1 için .34 ile .89 arasında; uzman2 için .36 ile .88 arasında) 17 maddelik HDDÖ için hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu gösterir. Puanlayıcılar arasındaki korelasyon katsayısı (%99) ve kappa katsayısı (.82) yüksek düzeyde ilişkili ve anlamlı bulunmuştur. Pilot çalışmanın ardından ana çalışmaya geçilmiştir.

Ana Çalışmanın örneklemini; hastanenin psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından değerlendirilip depresyon tanısı alan 82 hasta ile sağlıklı kontrol grubu olarak hastane çalışanlarından 52 kişi oluşturmuştur. Sosyodemografik bilgi formu, bireyin kendini değerlendirdiği CES-D ölçeği ve bağımsız olarak 2 uzman tarafından değerlendirilen HDDÖ tüm katılımcılara uygulanmıştır.

Bulgular: Depresif grubun demografik değişkenleri (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, intihar girişimi, ailede psikiyatrik rahatsızlık vs.) ile HDRS skorları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Kadınların HDRS skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği ilk olarak benzer ölçek geçerlik yöntemiyle HDDÖ toplam puanı ile CES-D toplam puanları arasındaki ilişkiye bakılarak değerlendirilmiştir. HDDÖ ve CES-D puanları (.81) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Daha sonra ölçeğin ayırt edici geçerliği t-test ile incelenmiş ve depresif grubun HDDÖ puanları

sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). HDDÖ'nün depresif olan ve olmayan grupları birbirinden ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçeğin güvenirlik analizi; Cronbach alpha (.97), iki yarıya bölme (.96) ve madde toplam korelasyon analizleri (uzman1 için .48 ile .92; uzman2 için .46 ile .92) 17 maddelik HDDÖ için hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu gösterir. Puanlayıcılar arasındaki korelasyon katsayısı (%99) ve kappa katsayısı (.95) yüksek düzeyde ilişkili ve anlamlı bulunmuştur. ROC analizi ile kesme puanı >6 olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışma sonuçları, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice Formunun geçerli ve güvenilir olduğuna dair destek sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, geçerlik, güvenirlik, depresyon, ruh sağlığı.

Teşekkür

Lisans eğitimim sırasında yıllarımı en iyi şekilde değerlendirmemi ve onları değerli kılmama yardımcı olan bir çok insan var. İlk olarak, bölüm koordinatörüm Doç. Dr. Berna Akçınar'a teşekkür ederim. Yıllar boyunca kendisinin deneyimlerinden yararlanma şansı yakalamış olmak entelektüel olarak tatmin edici ve ileriye yönelik umut vericiydi. Ayrıca bu araştırmanın geliştirilmesinde katkıda bulunan Dr. Öğretim Üyesi Elif Ergüney Okumuş'a çok teşekkür ederim.

Araştırmanın gerçekleşmesine vesile olan ve süreç içerisinde Ermenistan'la tüm bağlantıları kurmamı sağlayan eniştem Setrak Taş'a çok teşekkür ederim. Araştırmanın tüm verilerinin toplandığı Artmed Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Ashot Shavarshovich'e çalışmanın gerçekleşmesini desteklediği ve onay verdiği için ayrıca hastanenin psikolog ve psikiyatristleri Arman Begoyan'a, Anna Galstyan'a, Lusine Khachatryan'a, Seta Khachatryan'a yardımlarından ve anlayışlı görüşlerinden dolayı teşekkür ederim.

Asıl teşekkür etmek istediğim, her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme çok teşekkür ederim.

İçindekiler

ONAY SAYFASI	i
ABSTRACT	ii
ÖZET	iv
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
BÖLÜM 1	1
1. GİRİŞ	1
1.1 Depresyonun Tarihçesi.....	3
1.2 Depresyonun Klinik Belirtileri.....	5
1.2.1 Duygulanım Bozuklukları.....	5
1.2.2 Kognitif (Bilişsel) Bozukluklar.....	6
1.2.3 Davranışsal Belirtiler.....	8
1.2.4 Fizyolojik Belirtiler.....	9
1.3 Depresyon Tanı Kriterleri.....	9
1.3.1 DSM-5'e göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri.....	9
1.3.2 ICD-10'a göre Depresif Epizod Tanı Ölçütleri.....	11
1.4 Epidemiyoloji.....	12
1.5 Depresyon ve İntihar.....	13
1.6 Etiyoloji.....	15
1.6.1 Biyolojik Faktörler.....	15
1.6.2 Genetik Faktörler.....	17
1.6.3 Psikososyal Faktörler.....	20
1.6.3.1 Yaşam Olayları.....	20
1.6.3.2 Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik.....	21
1.7 Depresyonu Açıklayan Kuramlar.....	21
1.7.1 Psikanalitik Kuram.....	21
1.7.2 Bilişsel (kognitif) Kuram.....	23
1.7.3 Öğrenilmiş Çaresizlik.....	25

BÖLÜM 2	27
2. PSİKOLOJİK ÖLÇÜM ARAÇLARI	27
2.1 Psikolojik Ölçüm Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler.....	27
2.2 Ölçekleri Kullanım Biçimine Göre Sınıflandırma.....	29
2.2.1 Kendini Değerlendirme (Öz-Bildirim) Ölçekleri.....	30
2.2.2 Klinisyenin Değerlendirdiği Ölçekler.....	30
2.3 Depresyon Değerlendirme Ölçekleri.....	31
2.3.1 Kendini Değerlendirme (Öz-Bildirim) Depresyon Ölçekleri.....	31
2.3.2 Klinisyenin Değerlendirdiği Depresyon Ölçekleri.....	33
2.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	34
BÖLÜM 3	39
3. AMAÇ, SAYILTILAR ve HİPOTEZLER	39
3.1 Araştırmanın Amacı.....	39
3.2 Araştırmanın Sayıltıları.....	39
3.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	39
BÖLÜM 4	41
4. UYARLAMA ve PİLOT ÇALIŞMA	41
4.1 Ölçeğin Ermenice Tercüme Süreci.....	41
4.2 Pilot Çalışma.....	41
4.3 Pilot Çalışma Örnekleme.....	42
4.4 Pilot Çalışmada Kullanılan Ölçekler.....	42
4.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	42
4.5 Pilot Çalışmanın Uygulama Süreci.....	43
4.6 Pilot Çalışmanın İstatistiksel Analizi.....	43
4.7 Pilot Çalışmaya İlişkin Bulgular.....	44
4.7.1 Pilot Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	44
4.7.2 HDDÖ Pilot Çalışma İç Tutarlılığı.....	46
4.7.3 Puanlayıcılar Arası Güvenirlik.....	47
BÖLÜM 5	48
5. ANA ÇALIŞMA: GEREÇ ve YÖNTEM	48
5.1 Araştırmanın Amacı.....	48
5.2 Araştırmanın Örnekleme.....	48
5.3 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	49
5.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	49

5.3.2 Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D).....	49
5.3.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	50
5.4 Uygulama.....	51
5.5 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	52
BÖLÜM 6.....	54
6. BULGULAR.....	54
6.1 Betimleyici İstatistikler.....	54
6.2 Geçerlik Analizleri.....	57
6.2.1 Benzer Ölçek Geçerliği.....	57
6.2.2 Ayırt Etme Geçerliği.....	58
6.3 Güvenirlik Analizleri.....	59
6.3.1 İç Tutarlılık.....	59
6.3.2 Puanlayıcılar Arası Güvenirlik.....	61
6.4 Kesim Noktasının Belirlenmesi.....	62
BÖLÜM 7.....	63
7. TARTIŞMA.....	63
Kaynakça.....	71
Özgeçmiş.....	91
Ekler.....	92
EK-A Etik Kurul Onay Belgesi	
EK-B Artmed Hastanesi Onay Belgesi	
EK-C Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ermenice ve Türkçe)	
EK-D Sosyodemografik Bilgi Formu (Ermenice ve Türkçe)	
EK-E Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D)	
EK-F Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) (Ermenice ve İngilizce)	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 DSM-5'e göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri.....	10
Tablo 1.2 ICD-10'a Göre Depresif Epizod Tanı Ölçütleri.....	11
Tablo 4 Pilot Çalışma Örnekleme İlişkin Sosyodemografik Özellikler.....	45
Tablo 4.1 HDDÖ Pilot Çalışma İç Tutarlılığı.....	46
Tablo 4.2 Kappa (<i>k</i>) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri.....	47
Tablo 4.3 HDDÖ Pilot Çalışma Kappa Katsayıları.....	47
Tablo 5 Araştırma Ölçeklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	52
Tablo 6 Ana Çalışma Örnekleme İlişkin Sosyodemografik Özellikler.....	55
Tablo 6.1 Depresif Grubun HDDÖ Puanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 6.2 Depresif Grubun Medeni Durum, Algılanan Gelir Düzeyi ve Mevcut Dahil Atak Sayısı ile HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 6.3 HDDÖ ile CES-D Arasındaki Korelasyonlar.....	58
Tablo 6.4 Depresif ve Kontrol Grubun HDDÖ ve CES-D Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 6.5 HDDÖ Madde Toplam Korelasyonu.....	60
Tablo 6.6 HDDÖ Kappa Katsayıları.....	61

KISALTMALAR LİSTESİ

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DA	Dopamin
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HDDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme
HPA	Hipotalamik-Pituiter-Adrenal
LC	Locus Ceruleus
MDB	Majör Depresif Bozukluk
NE	Norepinefrin
5-HT	Serotonin

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

Depresyon dünya genelinde her geçen gün yaygınlık oranlarının arttığı, yüksek oranda kronikleşme, yinleme ve intihar riski taşıyan, yeti yitimine yol açan ciddi bir psikiyatrik hastalık olmakla birlikte günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir (WHO, 2012). Ülkelere göre yaşam boyu yaygınlık oranları, Japonya'da yaklaşık %3 iken Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %16.9'dur, birçok ülkede ise oranlar %8-12 arasında rapor edilmiştir (Andrade ve ark., 2003). Araştırmalar depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla bulunduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 2003; Kuehner, 2003).

Depresyon, belirtileri ve görülme sıklığındaki artışın yanı sıra tüm dünyada ciddi ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Tedavi maliyetleri, genel sağlık sistemlerindeki harcamalar, intihar ve işgücü kaybına bağlı maliyetler depresyonun yol açtığı ekonomik yüke katkı sağlamaktadır (Greenberg ve ark., 2015; 2003).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık görülen hastalık gruplarından biri psikiyatrik hastalıklardır ve bunlar arasından en yaygın görülen hastalık depresyondur. Literatür verilerine göre; birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon hastalarının %50'sinden fazlası pratisyen hekimler tarafından tanınmamakta üstelik tanınanlar arasında da yalnızca bir bölümü etkili tedavi alabilmektedir (Wittchen, Beesdo, Bittner ve Goodwin, 2003). Araştırmalar depresyonun zamanında belirlenip tedavi edilmediği takdirde erişkin hastaların morbidite ve mortalite açısından yüksek risk altında olduğunu (Cuijpers ve Smith, 2002) ve daha yavaş iyileşme oranları elde ettiklerini belirtmektedir (Kiecolt-Glaser ve Glaser, 2002). Dolayısıyla özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde

depresyon tanısı, tedavisi ve takibi konusunda psikometrik açıdan güçlü değerlendirme araçlarının olması büyük önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) son verilerine göre dünya genelinde son 10 yıllık süre zarfında depresyon %18 oranında artış göstererek 322 milyon kişiyi etkilemiştir (WHO, 2017). Üstelik bu hastalık yükündeki artışın %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği rapor edilmiştir. Düşük gelirli ülkeler içinde yer alan Ermenistan'da 2015 yılında depresyon, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yarattığı hastalık yükü açısından 3. sırada yer almaktadır ve Yeti Yitimi ile geçirilen yılların (YLD: Years Life Disabled) %7.6'sını oluşturmaktadır. DSÖ, tüm ciddiyetine rağmen gelir düzeyinden bağımsız birçok ülkede depresyonun tanınma ve tedavi edilme oranlarının oldukça düşük olduğunu, hastaların çok azının etkili tedaviye ulaşabildiğini, tedaviye ulaşamayan hasta oranının %50 olduğunu belirtmiştir. Ayrıca engelliliğin başlıca nedeni olan depresyonun hala dünyanın bir bölümünde ciddi bir hastalık olarak algılanmadığı için gerektiği gibi tedavi edilmediğini oysa diyabet, astım, romatizma gibi birçok kronik hastalıklardan daha kötü sonuçlar doğurduğunun altını çizmiştir (WHO, 2017).

Çağımızın en yaygın hastalığı ve engelliliğin temel nedeni olan, yaşam kalitesini önemli ölçüde kısıtlayan, ciddi ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, sadece hastanın kendisine değil ailesine, yakın çevresine, topluma ve ülkeye büyük bir sağlık ve ekonomik yük oluşturan depresyonun sağlık merkezlerinde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, neden olduğu kayıpların azalmasını sağlayacaktır (Kessler ve ark., 2003).

Depresyon saptanabilir ve tedaviye uygun bir hastalık olduğundan risk altındaki bireyleri tanımlamak için geçerli ve güvenilir tarama araçlarına ihtiyaç vardır. Bu noktada değerlendirme ölçekleri, depresyonun semptomlarının ve şiddetinin belirlenebilmesi açısından oldukça önem kazanmaktadır. Depresyon taraması yapmak amacıyla kullanılacak birçok psikolojik test bulunmaktadır. Bunların içinden depresyonun varlığını ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiş, uzman tarafından uygulanan ve uzman derecelendirmesi esasına dayalı en yaygın kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği' dir (HDDÖ).

HDDÖ Max Hamilton tarafından 1960'da yayımlanan ve hala depresyonun belirtilerini ve şiddetini ölçmek için kullanılan en yaygın yöntemdir (Williams, 2001). Ölçeğin Ermenistan'da geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır ancak çevirisi yapılarak kullanılmaktadır. Çeşitli ülkelerde kullanılan, uluslararası kabul görmüş HDDÖ'nün Ermenice formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi, hem depresyonun varlığını ve şiddet derecesini değerlendirmede hem uluslararası akademik karşılaştırmalar yapılmasında katkı sağlayacaktır. Bundan dolayı, çalışmamızda HDDÖ'nün Ermenice formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmamızda öncelikle depresyonun tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyolojisi, depresyon ve intihar, depresyonun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler kısaca ele alınacaktır.

1.1 Depresyonun Tarihçesi

Depresyon ile ilgili araştırmaların tarihçesine baktığımızda eski Yunan'ların 2500 yıl önceki devrine kadar gittiği görülür. Bu tarihten daha önceki yıllarda Hindu yazıtlarında ve İncil'de öfke, sevinç veya keder patlamaları yaşayan bugünkü bilgilerimiz ışığında içinde buldukları klinik tabloyu psikotik depresyon olarak değerlendireceğimiz insanlara ilişkin az sayıda yazılar bulunmuştur (Yetkin ve Özgen, 2007). Bunlardan en dikkat çekici olanı çocuk sahibi olamadığı için keder içinde ve çökkün olan Kral Samuel'in annesi Hannah'nın hikâyesidir. Kocası Elkannah ona sorar: “Niye ağlamaklısın?”, “Neden yemek yemiyorsun?”, “Neden kalbin yasla dolu?“, “Senin için on oğuldan yeğ değil miyim?” diye. Bu bulgular Hannah gebe kaldığında tamamen düzelir. Anadolu'da depresyonu temsil eden ve ilginç öyküleri olan değişik eserler yer almaktadır. Bunlardan biri antik çağlardan kalan ve Manisa'da bulunan Niobe'nin taş yüzü depresyonu simgeler (Stone, 2006). Samuel'in Kutsal Kitabında hikâyesi anlatılan Kral Saul, Filistinlilere yenildikten sonra intihar etmiştir (Kurt, 2009).

Eski çağlarda ruhsal bozuklukların ve depresyonun ortaya çıkmasında doğaüstü güçler suçlanmış, şeytanların insan ruhunu ele geçirmesiyle oluştuğuna inanılmıştır (Granger, 1983; Stone, 2006). Benzer inanışlar eski Mısır ve Sümer mitolojilerinde de yer almıştır. Bunun örneklerinden biri Kral Saul'un öyküsüdür. Mitolojiye göre Kral Saul'u bu duruma sürükleyen depresif tablonun, ona eziyet vermek için tanrı

tarafından gönderilen kötü bir ruh olduğu ifade edilmiştir (Berrios, 1988; Rousseau, 2000). Ayrıca insanlığın ilk destanlarından biri olan “Gılgamış Destanı”nın kahramanı Kral Gılgamış önce düşman, sonra dost olduğu Enkidu’nun ölümü akabinde içe kapanma, sosyal geri çekilme, iştahsızlık, uykusuzluk gibi depresif belirtiler sergilemiştir (Köknel, 2000). Psikiyatrik hastalıklara bilimsel yaklaşım M.Ö. 460-357 yılında Hipokrat ile başlamıştır. Hipokrat doğadaki her şeyin yapısının toprak, hava, ateş ve su olmak üzere dört element ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür ve depresyonu melankoli (melan=siyah, cholé=safra) kelimesi ile ifade etmiştir (Burton, Bamborough ve Faulkner, 1989).

On yedinci yüzyılın sonlarında beyin anatomisi üzerine pek çok çalışma yapan Thomas Willis (1622-1675) beyin ve ruh hastalıklarının ortak nedenlerine bağlı olarak depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Papadimitriou, Dikeos ve Soldatos, 2005).

Fransız ihtilali ile birlikte Philippe Pinel (1745-1826) ruhsal bozuklukları mani, melankoli, bunama ve zekâ geriliği olmak üzere dört grupta topladı (Stone, 2006). Wilhem Griesinger (1817-1868) ise bu hastalıkların bir beyin hastalığı olduğunu öne sürmüştür. Benzer şekilde Theodor Meynert (1833-1892) ruhsal bozuklukların korteks ile beyin sapı arasındaki bağlantıların disfonksiyonuna bağlı olarak ortaya çıktıklarını bildirmişlerdir (Meynert, 1985).

Emil Kraepelin (1856-1926) psikiyatrik hastalıkları iç ve dış kaynaklı olarak iki gruba ayırmış, depresyonun iç kaynaklı olduğunu belirtmiştir (Papadimitriou ve ark., 2005). Starkstein, Fedoroff, Berthier ve Robinson (1991) yaptıkları çalışmalarda depresyonun genellikle frontal ve temporal lop özellikle de sol hemisfer lezyonlarına bağlı olarak geliştiğini göstermişlerdir. 1938 yılında dopa dekarboksilaz, 1955 yılında serotonin, 1963 yılında asetilkolin sinapslarının tanımlanması ve 1965 yılında depresyon ile noradrenalin düzeyindeki azalma ile ilişkisinin gösterilmesi daha önce öne sürülen hipotezlerin tamamı ile değişmesine neden olmuştur (Damasio ve Macedo, 1970). 1970'e kadar, psikiyatrik tanılarının güvenilirliği son derece düşüktü. Psikiyatrik tanı kategorilerinin güvenilirliği çok düşüktü ve tanısız güvenirlilik diye bir şey yoktu. Yani Akıl hastalıklarında tanı kriteri yoktu. Tanısız güvenirlilik, kullandığımız tanı kategorisinin (hastalığın tanımı) doğada gerçeğe ne kadar yakın

olduğudur. Çözüm, standart tanı kriterleri geliştirmektir (Robins ve Guze, 1970). 1970'lerde psikanalizdeki karışıklıktan kurtulmaya ve tıbbi bir disiplin haline gelmeye çalışan Amerikalı psikiyatristler, bir grup oluşturdular ve Kraepelin'i, DSM-3'ün atası olarak kabul edilen RDC araştırmaları için teşhis kriterini geliştirmede bir başlangıç noktası olarak aldılar. Neo-Kraepelinistler olarak adlandırılan bu araştırmacılar, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanabilecek yeni bir tıbbi model geliştirdiler. Bu tıbbi modele göre, istatistiksel bilgi ve ruhsal bozuklukların tanı kriterleri, bilimsel yöntem ve prensipleri tıbbi hastalıklardır (Angst ve Marneos, 2001). Günümüzde halen depresyon etyopatogenezini açıklamaya yönelik çalışmalar devam etmektedir (Vestergaard, 2001).

1.2 Depresyonun Klinik Belirtileri

1.2.1 Duygulanım Bozuklukları

Hastalarda çökkün duygudurum (depresif mood) en temel belirtidir ve keder, elem, mutsuzluk, hüzn, karamsarlık, umutsuzluk, kendini boşlukta hissetme şeklinde ifade edilebilir, süreğenlik söz konusudur. Aynı zamanda daha önceden istekle ve zevkle yaptığı faaliyetlere karşı isteksizlik ve zevk alamama da (anhedoni) depresyonun temel belirtisidir. Hastalar olayları, hobileri ve etkinlikleri daha az ilginç, daha az eğlenceli olarak tecrübe ederler ve bu hastaların yakınlarıyla olan iletişim ve etkileşimini azaltarak ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Bu belirtiler günün büyük bir kısmında ve günlerin çoğunda mevcuttur. Melankolik ve psikotik özellikli depresyonlarda çökkün duygudurumu daha ağırdır. Bazılarında öfkenin arttığı ve strese karşı toleransın azaldığı da gözlenebilir. Hastaların bir kısmı da özellikle kendilerini sabahları çok karamsar, sıkıntılı ve çökkün hissederler. Depresyon ilerledikçe hastalar kendilerini günün tamamında kötü hissederler (Crews ve Boettiger, 2009; Weissman, 1996). Ayrıca, major depresyonu olan hastaların yaklaşık yarısında huzursuzluk, tahammülsüzlük, öfke veya düşmancıl tutum görülebilir (Fava ve ark., 2009; Judd, Schettler, Coryell, Akiskal ve Fiedorowicz, 2013).

1.2.2 Kognitif (Bilişsel) Bozukluklar

Depresyonda dikkat, bellek, psikomotor yetiler ve yönetici işlevlerde bozulmalar oldukça sık karşılaşılan belirtilerdir (Chamorro ve ark., 2012; Zakzanis, Leach ve Kaplan, 1998). Bu hastaların dikkat, bilgi işleme hızı, sözel ve sözel olmayan öğrenme, kısa süreli bellek, işlem belleği ve yönetici işlevlerle ilgili ölçümlerde düşük performans sergiledikleri görülmüştür (Iribarren ve ark., 2011; Swann ve ark., 2007). Psikotik özellikli depresyonda bilişsel bozuklukların şiddetli olduğu ve şizofreni tanılı hastalarla benzer bulgular gösterdikleri bilinmektedir (Najt ve ark., 2007; Seroczynski, Bergeman ve Coccaro, 1999). Ayrıca kişinin düşünme, hatırlamada güçlük, dikkati odaklama becerilerinde azalma ve kararsızlık gibi belirtiler de depresyonun bilişsel görünümüne katkı sağlamaktadır (Burt, Zembar ve Niederehe, 1995; Craighead, Miklowitz ve Craighead, 2008; Mialet, Pope ve Yurgelun-Todd, 1996).

113 çalışma verilerinin değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında, depresyon hastalarının işlem hızı ile yürütücü işlevler alanında bozulmalar meydana geldiği belirtilmiştir (Snyder, 2013). Ayrıca sözel bellek alanında bozulmanın olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Baune ve ark., 2010; Vicent-Gil ve ark., 2018). Güncel literatürde MDB'nin aktif hastalık döneminde yürütücü işlevlerin çeşitli alanlarının (çalışma belleği, inhibitör kontrol, bilişsel esneklik) bozulduğu gösterilmiştir (Cha ve ark., 2017; Motter ve ark., 2016; Rosenblat, Kakar ve Mcintyre, 2015). Sözel işleme, dikkat, öğrenme ve bellek de MDB'nin aktif döneminde etkilenen bilişsel işlevler olarak karşımıza çıkmaktadır (Motter ve ark., 2016). Ayrıca bu bilişsel belirtilerin depresyonun iyileşmesine paralel bir iyileşme göstermediğine, kalıcı belirti olarak sürdüğüne dair bulgular da mevcuttur (Baune ve ark., 2010; Hasselbalch, Knorr ve Kessing, 2011; Jaeger, Berns, Uzelac ve Davis-Conway, 2006; Shilyansky ve ark., 2016).

Depresyon hastaları tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncelerine sahip olabilir ve intihar girişiminde bulunabilirler. Hastalarında yürütücü işlevler gibi nörobilişsel fonksiyonlarda bozulma olması psikolojik kriz anlarında kişinin karar verme mekanizmasını etkileyerek intihara girişim ihtimalini etkilemektedir (Malloy, 1993). Çalışmalar, intihar öyküsü bulunan MDB hastalarında, intihar öyküsü bulunmayan

MDB hastalarına göre yürütücü fonksiyonlarında daha çarpıcı bozulmalar olduğuna vurgu yapmıştır ve sürdürülen dikkat, ketleme ve perseverasyon gibi yürütücü işlev eksiklikleri olduğu saptanmıştır (Keilp, Gorlyn, Oquendo, Burke ve Mann, 2008; Marzuk, Hartwell, Leon ve Portera, 2005). Araştırmalar majör depresyon hastalarının %15'inin hayatlarının bir döneminde intihar girişiminde buldukları sonucunu vermektedir (Chen ve Dilsaver, 1996). Tamamlanmış öz kıyımların % 60'ında hastanın majör depresyonu vardır (Cavanagh, Carson, Sharpe ve Lawrie, 2003; Lesage ve ark., 1994) ve depresyon öz kıyım riskini 20 kat artırmaktadır (Osby Brandt, Correia, Ekblom ve Sparén, 2001).

Depresyon hastalarında düşünce akışındaki yavaşlama sonucu konuşmada yavaşlama, tek düzelik gözlenebilir. Hastaların ses tonu kısıktır (hipofonik), konuşmak için çaba sarf ettikleri izlenimi oluşabilir. Nadiren mutizm görülür (Boyer, 2006).

Depresif kişilerin düşünce içeriğinde; suçluluk ve değersizlik fikirleri, olumsuz düşünceler, umutsuzluk temaları vardır. Benlik saygılarında azalma görülür. Hastalar genellikle kendilerini suçlu hissedecekleri yetersizlik düşüncelerini destekleyen olumsuz anıları hatırlarlar. Aynı zamanda depresyondaki kişilerin olumsuz sahte anılar da ürettikleri ve daha az olumlu anı bildirdikleri görülmüştür (Mathews ve MacLeod, 2005; Oatley ve Jenkins, 1992).

Kontrol edilemeyen olumsuz otomatik düşünceler depresyonu sürdüren belirtilerdir. Depresif olmayan kişiler olumsuz duygu durumu azaltmak için olumlu otobiyografik hafızalarını kullanabilirken depresif kişiler bunu yapmada yetersizdirler (Joormann, Siemer ve Gotlib, 2007). Olumsuz otomatik düşünceler kişiye kendisi, çevresi ve geleceği (bilişsel üçlü) hakkında karamsar bir bakış açısı verir (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979). Yaşadıklarını olumsuz olarak algılayan hasta bilişsel çarpıtmalarla bu düşüncelerini destekler. Hastalar Ya hep ya hiç şeklinde düşünürler, dünyayı ya siyah ya da beyaz görürler. Keyfi sonuç çıkarma, aşırı genelleme yapma, büyütme-küçültme, seçici soyutlama gibi bilişsel çarpıtmaları mevcuttur. Hastada bilişsel çarpıtmalar duygu ve davranışları da etkileyerek bunlarda da uyumsuzluk yaşamasına sebep olur (Maner, 1990).

Depresif bireylerde olumsuz bilişsel şemaların hastalık anılarını taze tuttuğu, kişinin sağlık durumunu olumsuz olarak algılamasına zemin hazırladığı ve böylece kişinin hoş olmayan bedensel yaşantılara daha duyarlı olduğu dile getirilmiştir (Barsky ve Wyshak, 1990). Depresyonla kişinin dikkati bedenine yönelir ve hastalarda yaygın bir şekilde hipokondriyak uğraşlar görülebilir (Hamilton 1989; Kirmayer ve Robins, 1991). En yaygın belirtiler ağrı, halsizlik, baş dönmesi baş ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, kulak çınlamadır. Bunların içinde ağrı başta gelmektedir (Kaplan ve Sadock, 2003).

Depresyonda genel olarak algı bozukluğu görülmez. Ancak ağır psikotik özellikli depresyon hastalarında işitsel varsanılar ve nadiren görsel varsanılar görülebilir. Bu süreçte aşağılayıcı, suçlayıcı türden işitme varsanılarından yakınan hastalar olabilir. Bazen bu sesler kendini öldürmesini emreden içerik de kazanabilir. Bazı hastalar depersonalizasyon, derealizasyon gibi belirtiler gösterebilir. Hastaların bazılarında yanılısamalar görülebilir.

1.2.3 Davranışsal Belirtiler

Depresyonda davranışsal belirtiler; psikomotor yavaşlama (retardasyon) ve psikomotor hareketlilik (ajitasyon) olarak kendini göstermektedir.

Psikomotor retardasyon; düşünmenin, konuşmanın veya vücut hareketlerinin genel yavaşlaması olarak tanımlanmaktadır. Hastaların konuşma miktarı azalabilir ve soruları yanıtlama süreleri uzayabilir. Bu belirti hastanın öyküsünden çok muayene sırasında gözlenebilir niteliktedir. Genç hastalarda yaşlılara göre daha sık görülür. Psikotik özellikli ve melankolik tipte daha belirgindir ve çoğunlukla toplumsal geri çekilme eşlik eder. Psikomotor ajitasyon; Tedirginlik hissinin eşlik ettiği amacı olmayan ve tekrarlayıcı artmış motor aktivitenin varlığı olarak tanımlanmaktadır. Ağır anksiyöz hastalarda elleri ovuşturma, sürekli yürüme, yerinde duramama, parmaklarıyla oynama şeklinde görülebilir. Bu hastalar genelde kötümserdir ve işbirliğine yatkın değildir. Depresyonda yoğun anksiyete ve ajitasyon intihar için de önemli bir risk etmenidir. Psikomotor bozukluklar diğer belirtilerden daha az görülse de kişinin daha ağır hasta olduğuna işaret etmektedir (Rakofsky ve ark., 2013).

1.2.4 Fizyolojik Belirtiler

Enerji azlığı sıklıkla bitkin, yorgun ve halsiz hissetmek olarak ifade edilir. Hasta gündelik işlerini yerine getirmek için gereken enerjiyi kendinde bulamaz. Gün boyu dinlenme ihtiyacından söz ederler, aktiviteleri başlatmak ve tamamlamakta zorlanabilirler. Çabuk yorulup, kendilerini tükenmiş hissederler. İştah ve kilo depresyonla beraber azalabilir veya artabilir. Depresyonda gastrointestinal sistemin hareketi azalmıştır. Bu nedenle kabızlık çok sık görülür. Hastalarda genel olarak iştah azalması ve kilo kaybı izlenirken, bazen atipik depresyonda ise tersine iştah artışı ve kilo alımı görülebilir (Fava, Grandi, Zielesny, Rafanelli ve Canestrari, 1996).

Cinsel isteksizlik sık görülen belirtilerdendir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde ortaya çıkan ve en son düzelen yakınmalardan biridir. Uyku bozukluğu da majör depresyonda sıklıkla görülen belirtilerdendir. Uyku sorunları; uykuya dalmada güçlük, gece yarısı sık sık uyanma ve tekrar uyuyamama, sabahın erken saatlerinde uyanma ve uyanık kalma şeklinde kendini gösterir. Hastaların bir kısmında ise aşırı uyuma (hipersomnia) görülebilir. Bu atipik özellikli depresyon belirtisi gösteren hastalar genç ise özellikle bipolar bozukluğun depresyon atağı olabileceği unutulmamalıdır (Fava ve ark., 1996).

1.3 Depresyon Tanı Kriterleri

1.3.1 DSM-5'e Göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)'e göre majör depresyon tanı ölçütleri Tablo1'de belirtilmektedir.

Tablo 1 DSM-5'e göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri.

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama (anhedoni) olması gerekir.

1- Hemen her gün ve neredeyse gün boyu süren ya hastanın kendisi (ör: kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının (ör: ağlamaklı bir görünümü vardır) gözlemesi ile belirli, çökkün duygudurum (Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir),

2- Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere),

3- Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün yeme isteğinde azalma veya artma (Not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.),

4- Hemen her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,

5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil),

6- Hemen her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü),

7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil),

8- Hemen her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenir),

9- Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyen kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlaması.

B. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da yaşamın önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

C. Bu belirtilerin, madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekir.

Not: A- C tanı ölçütleri Majör depresyon dönemini temsil eder.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğerk bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojikle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Amerikan Psikiyatri Birliğı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, 2013.

1.3.2 ICD-10'a göre Depresif Epizod Tanı Ölçütleri

DSÖ (1992) tarafından yayımlanan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) hastalıkların tanı ve sınıflandırma kılavuzudur. ICD-10'a göre Depresif Epizod Tanı Ölçütleri Tablo 1.2'de belirtilmektedir.

Tablo 1.2 ICD-10'a Göre Depresif Epizod Tanı Ölçütleri
<p>Tanı için genellikle 2 haftalık bir süre gerekmektedir ama semptomların özellikle şiddetli olması ve başlangıcının hızlı olması, 2 haftadan daha kısa bir süre içinde bir tanı konmasını sağlayabilir. Semptomlar sıkıntıya yol açabilir ve genellikle bir dereceye kadar işlevleri (kişinin sıradan işlerini ya da aktivitelerini) engelleyebilir. Depresif epizod varlığının saptanabilmesi için ICD-10 kriterlerinin A grubundan en az iki semptomun ve B grubundan iki semptomun olması gerekir.</p> <p>“Melankolik” olarak adlandırılan somatik sendromun tanınabilmesi için de C grubundaki belirti ve semptomlardan dördü var olmalıdır.</p> <p>A Tipik Depresyon Semptomları</p> <ul style="list-style-type: none">• Depresif duygu durumu• İlgisi ya da zevk kaybı• Enerji ya da ilgi azalması <p>B Diğer Depresyon Semptomları</p> <ul style="list-style-type: none">• Konsantrasyon ve dikkat azalması• Özsaygı azalması, özgüven azalması• Suçluluk ve değersizlik duygusu• Geleceğe ilişkin kötümserlik• Kendi kendine zarar verme ya da intihar düşünceleri ya da eylemleri• Uyku bozuklukları• Yeme bozuklukları <p>C. Somatik Semptomlar</p> <ul style="list-style-type: none">• İlgisi kaybı ya da normalde zevk veren aktivitelerden zevk almamak• Normalde hoş giden ortamlara ya da olaylara karşı duygusal tepkisizlik• Sabahları olağan uyanma saatinden 2 saat ya da daha uzun süre önce uyanmak• Sabahları daha kötü olan depresyon• Açık psikomotor retardasyon ya da ajitasyona ilişkin belirti• Dikkat çekici iştah kaybı• Kilo kaybı (son bir ay içinde vücut ağırlığının %5'i kadar ya da daha fazla)• Dikkat çekici libido kaybı
WHO. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Volumes 1-3. World Health Organization, Geneva, 1992-94.

Gerek ICD-10 gerek DSM-5 tek çökkünlük dönemi ve yineleyici çökkün duygu durumunun şiddetine göre hafif, orta, ağır olarak ayrılmaktadır. ICD-10 hafif ve orta

şiddetteki çökkünlükleri somatik belirtileri olan ve olmayan, ağır çökkünlükleri ise psikotik belirtisi olan ve olmayan diye ikiye bölmektedir. DSM-5'te ise majör depresyonun hem seyir ve şiddet özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme, tam düzelme ve belirlenememiş) hem de belirtileri açısından çeşitli belirleyiciler (atipik, karma, bunaltı katatonik, melankolik, mevsimsel, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli ile peripartum başlangıçlı) tanımlanmıştır.

1.4 Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2017 yılında yarattığı hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer alan depresyon, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) (DALY) kayıplarının %4.3'ünü oluşturmaktadır. DSÖ tarafından yürütülen geleceğe yönelik çalışmalara baktığımızda ise depresyonun 2030 yılında küresel hastalık yükü açısından ilk sırada yer alarak %6.2'lik oranla en önemli Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) (DALY) nedeni olarak yer alacağı beklenmektedir (WHO, 2017).

Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS-R, National Comorbidity Survey Replication) sonuçlarına göre yaşam boyu majör depresyon görülme riski %16.2, bir yıllık yaygınlık ise %6.6 olarak rapor edilmiştir (Kessler ve ark., 2003). Bu konuda yapılan araştırmalar insanların yaklaşık %41'inin yaşamlarının bir döneminde depresyona maruz kaldıklarını göstermektedir (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison ve Murray, 2006). Hali hazırda düşük ve orta gelirli ülkelerdeki milyonlarca insan depresyon ve günlük yaşamlarında verimlilik kaybı ile uğraşmaktadır (Patel, Araya ve Bolton, 2004). DSM-IV tanı kriterlerinin baz alınarak yapıldığı çalışmada düşük ve orta gelirli 8 ülkede (Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Çin gibi) yaşam boyu majör depresyon yaygınlık oranı %11.1 olarak rapor edilmiştir (Bromet ve ark., 2011). Yoksulluk, doğal afetler, savaşlar ve fiziksel hastalıklar depresyon da dâhil olmak üzere ruhsal ve davranışsal bozukluklarda artışa neden olmaktadır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, Sovyetler Birliği'nin çöküşünün ardından Gürcistan'da dâhil olmak üzere Ukrayna, Beyaz Rusya, Moldova ve Rusya gibi birçok eski Sovyet cumhuriyetinde depresyon görülme oranı ikiye katlanmıştır (WHO, 2010).

Son yirmi yılda Ermenistan'da Sovyet Cumhuriyetinin dağılımına bağılı ekonomik güçlükler, Dağılık Karabağ ile yaşanan siyasal problemler ve savaş, ekonomik ambargo, 1988 depremi gibi pek çok faktör depresyonun artmasına neden olmuştur (Demirchyan, Petrosyan ve Thompson, 2011). Literatür verilerine göre şu ana kadar Ermenistan popülasyonunda depresyon prevalansını ölçen çok az çalışma olduğu ve uyarılama konusunda problemlerin yaşandığı dikkat çekmektedir.

Ermenistan'da sosyal açıdan korunmasız yaşlıların depresyonlarını belirlemek üzere yapılan bir araştırmada Geriatrik depresyon skalası kullanılmıştır. Araştırma sonucunda huzurevinde kalanların % 28'inde, kendi evinde kalanların ise % 15'inde depresyon olduğunun tespit edildiği belirtilmiştir (Giloyan, Harutyunyan ve Petrosyan, 2014).

Demirchyan, Petrosyan ve Armenian (2014) tarafından depremden etkilenmiş ve postpartum depresyon belirtilerini taşıyan 146 kadın üzerine bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada; DSM-IV baz alınarak Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası kullanılmıştır. Sonuç olarak; kadın depremzedeler arasında postpartum depresyon oranı %13'tür ve bu oran aslında Ermenistan'daki diğer bölgelerde görülen depresyon oranı ile benzer sonuçlar gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın en önemli özelliği; depremin 22 yıl önce meydana gelmesine rağmen izlenen deneklerin yıllar sonra bile depremin izlerini taşıdıklarının ve depresyon belirtilerini gösterdiklerinin belirlenmesidir (Demirchyan ve ark., 2014). Ermenistan'ın bu toplumsal yönü göz önünde bulundurulduğunda depresyon araştırmalarının çok az yapıldığı ve psikometrik açıdan güçlü değerlendirme araçlarının olmadığı dikkat çekmektedir.

1.5 Depresyon ve İntihar

İntihar küresel bir olgudur, dünyanın her yerinde her ülkeyi ve her toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kişinin kasıtlı olarak hayatına son vermek amacıyla gerçekleştirdiği ve ölümlle sonuçlanan eylemlere "intihar", ölümcül olmayan kişinin kendine zarar vermesi veya yaralamasıyla sonuçlanan eylemlere ise "intihar girişimi" denir. DSÖ verilerine göre, dünyanın herhangi bir yerinde her 40 saniyede bir kişi intihar ederek yaşamını sonlandırmaktadır. Her intihar vakası bir

hayatın erkenden trajik bir şekilde kaybıdır ve geride yıkılmış aileler, arkadaşlar, toplumlar bırakır. Bu sebepten, intihar yalnızca bireyin kendisini değil buna ek olarak aileler, topluluklar ve ülkeler için ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan büyük bir yük oluşturmaktadır (WHO, 2014).

İntihar eden kişilerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık tanısı belirtilmiştir (Arsenault-Lapierre, Kim ve Turecki, 2004; Cavanagh ve ark., 2003; Fleischmann, Bertolote, Belfer ve Beautrais, 2005) üstelik bu psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu saptanmıştır (Dumains ve ark., 2005).

İntihar sebebiyle hastaneye gelen vakalarla psikiyatristlerden çok birinci basamak sağlık kuruluşundaki pratisyen hekimler ilgilenmektedir (Luoma ve Villatte, 2012). Dört intihar mağdurundan üçünün intihar yılı içinde birinci basamak sağlık kuruluşundaki hekimlere başvurduğu belirtilmektedir (Luoma, Martin ve Pearson, 2002). Bu, birinci basamak sağlık kuruluşundaki pratisyen hekimlerin, risk altındaki bireyleri tanımlamak ve mümkün olduğunca müdahale etmek için önemli bir konumda olduklarını göstermektedir (Andersen, Rosholm, ve Gram, 2000; Luoma ve Villatte, 2012). Bu nedenle hekimlerin eğitilerek depresyonu tanınması ve intihar riskini değerlendirmesi intiharı önlemenin önemli bir unsuru olarak belirtilmiştir (Mann, 2002).

Majör depresyon tanısı alan hastaların 18 aylık prospektif izlem çalışmasında depresif bir atak sırasında intihara girişim riskinin tam remisyona elde eden hastalara kıyasla yaklaşık 8 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Sokero ve ark., 2005). Farklı bir çalışmada, majör depresyon tanısı alan hastalarda intihar girişimlerinin %73'ünün depresif bir atak sırasında, %19'unun kısmi remisyona sırasında ve %8'inin tam remisyona sırasında gerçekleştiği belirtilmiştir (Holma ve ark., 2010).

İntihar girişimleri, depresif belirtilerin varlığı ve şiddeti ile son derece ilişkili bulunmuştur ve eş kaybı, önceki intihar girişimleri ve majör depresif ataklarda harcanan toplam süre en güçlü öngörücüler olarak belirtilmiştir (Sokero ve ark., 2005). Ayrıca dirençli ve tekrarlayan özellikli depresyonun varlığı da intihar riskini arttıran önemli faktörler olarak belirtilmiştir (Oquendo, Currier ve Mann, 2006).

Genel olarak, majör depresif bozukluğu olan hastalar arasında, intihara girişim insidansı, depresyon düzeyine göre belirgin olarak değişmekte ve majör depresif dönemlerde en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Geçmiş intihar girişimi ve düşük sosyal destek depresif atakta genel riski belirleyen bağımsız faktörlerdendir. Ancak Uzun vadeli genel riski belirleyen en önemli faktör depresif atak süresi boyunca harcanan süre olarak belirtilmiştir (Holma ve ark., 2010). Araştırmalarda, depresyonu önleyerek intihar girişimlerinin ömür boyu yaygınlığının önemli ölçüde azaltılabileceği vurgulanmıştır (Bernal ve ark., 2007).

Depresyondaki hastalarda intihar sorgulaması yapmanın intiharı tetikleyebileceği endişeleri var ancak araştırmalar bunun yanlış olduğunu, intihar sorgulaması yapmanın intihar düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış meydana getirmediğini göstermektedir (Kozatepe, 2015). İntiharı kabul etmek ve konuşmak intihar düşüncesini arttırmak yerine azaltabilir ve tedavi arayan nüfusta zihinsel sağlığın iyileşmesine yol açabilir. İntihar hakkında soru sormak, birinci basamak hekimlerin acil müdahaleye (örneğin hastaneye kaldırma) ihtiyaç duyan yüksek riskli hastaları belirlemelerine ve müdahale gerektiren bazı risk faktörlerini ortaya çıkarmasına yardımcı olabilir (Dazzi, Gribble, Wessely ve Fear, 2014).

1.6 Etiyoloji

1.6.1 Biyolojik Faktörler

1960 yıllarda ileri sürülen monoamin hipotezinde depresyonun noradrenalin/norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Schildkraut, 1965). Yapılan çalışmalarda kullanılan antidepresanların bu üç nörotransmitter sistemden en az biri ile ilişki içinde olduğu belirtilmiştir (Nathan ve Schatzberg, 1994).

Uyku, iştah, cinsel istek, beden ısısı, öfke, hafıza ve duygu durumu gibi çeşitli işlevlerde düzenleyici etkiye sahip olan serotonin salgılanmasının azalması depresyonu tetikleyebilir (Goldman, 1995). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)'nin depresyonun tedavisinde etkin bir şekilde kullanılması depresyonun patofizyolojisinde serotonerjik sistemin rolüne dikkat çekmektedir. Depresyon

hastalarının beyin omurilik sıvısı (BOS)'nda serotonin ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-3-indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin düşük bulunması depresyonun ortaya çıkmasında serotonin rolünü açıklamaktadır (Stahl, 2008). Depresyonda yalnızca beyindeki serotonin düzeylerinin değil, aynı zamanda serotonin reseptör sayı ve etkinliklerinin de azaldığı yönünde veriler bulunmaktadır (Nemeroff ve Owens, 2009).

Noradrenalin, strese tepki olarak salgılanan bir nörotransmitterdir ve NE sistem nöronlarının yarısı merkezi lokus ceruleus (LC)'ta bulunmaktadır. Noradrenalin sistemin etkilenmesi dikkati yöneltme ve sürdürme, çalışma belleği gibi birçok prefrontal korteks (PFK) işlevinin bozulmasına neden olmaktadır. Çok sayıda araştırma depresyon hastalarının noradrenerjik fonksiyonlarının değiştiğini belirtmiştir. Bu değişiklikler; plazma NE konsantrasyonlarında artış, NE reseptörlerinin fonksiyonlarında artış, Beta adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklikler, BOS'da plazma ve idrarda ana NE metaboliti olan MHPG konsantrasyonlarında artış şeklinde görülür (Briley ve Chantal, 2011; Lucki, Cryan, Kirby ve Dalvi, 2000).

Dopamin zevk alma yetisini düzenleyen ana nörotransmitterdir ve depresyonun temel bir belirtisi olan anhedoni dopamin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir. D1, D2, D3, D4 ve D5 olmak üzere beş alt reseptöre bağlanarak etki gösterir. Mezolimbik ve mezokortikal dopamin aktivitesinin azalması depresyonda görülen zevk alamama, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü gibi bilişsel işlevlerdeki bozulma ile ilişkilidir. Mezolimbik dopamin yolağının depresyonda işlev bozukluğu gösterdiğine ve dopamin tip 1 (D1) reseptörünün depresyonda hipoaktif olduğuna ilişkin çalışmalar yer almaktadır (Dunlop ve Nemeroff, 2007).

Bu üç başlıca nörotransmitter sistem dışında hipotalamo-hipofizer yolak, GABA (Gama-Aminobütirik Asit), kolesistokinin, glutamat ve NO'nun depresyon oluşumunda katkısı olduğuna dair çalışmalar tespit edilmiştir (Slattery, Hudson ve Nutt, 2004).

Depresyonda HPA (Hipotalamik-Pituiter-Adrenal) eksenini başta olmak üzere birçok nöroendokrin sistemde değişiklikler olduğu bilinmektedir. Araştırmalar stresin

özellikle de kronik stresin HPA eksenini etkileyerek depresyon oluşumunda rol oynadığını göstermektedir (Arborelius, Owens, Plotsky ve Nemeroff, 1999; Liston, Mcewen ve Casey, 2009). Yapılan çalışmalar sonucunda depresyon hastalarının çoğunda; BOS ve idrar kortizol düzeylerinde yükseklik, deksametazona yanıt olarak görülen kortizol ve kortikotropin salgılanmasındaki baskılanmaya direnç, BOS CRH düzeylerinde yükseklik, CRH'a körleşmiş kortikotropin yanıtı, postmortem hipotalamik beyin dokusunda azalmış CRH eksprese eden hücre sayısı, depresif intihar kurbanlarının frontal kortekslerinde CRH reseptör bölgelerinde azalma görülmesi HPA eksenini işlevlerinin depresyonla ilişkili olduğuna dair bulgulardır (Joffe ve Marriott, 2000; Musselman ve Nemeroff 1996).

1.6.2 Genetik Faktörler

Aile çalışmaları, genetik faktörlerle çevresel faktörlerin etkilerini birbirinden ayırt edemez, hastalığın genel popülasyonda görülme riski ile hasta bireylerin yakın akrabalarında görülme riski arasında karşılaştırma yapar. Araştırmalar, depresif bireylerin yakın akrabalarında bu hastalığın görülme ihtimalinin genel popülasyona kıyasla daha yüksek risk taşıdığını ortaya koymuştur (Cochran, Fallon, Hill ve Frazier, 2013). Aile çalışmalarının meta-analizinden elde edilen verilere göre, Majör Depresif Bozukluk tanısı (MDB) olan bir hastanın birinci dereceden akrabalarında MDB öyküsünün bulunma olasılığı genel popülasyona kıyasla ortalama 2.84 oranında daha fazla risk taşımaktadır (Sullivan ve ark., 2000) farklı bir çalışmada ise bu olasılığın 9.74 oranında artış gösterdiği belirtilmiştir (Farmer, 2000).

Literatürde, depresif ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu araştırma sonuçlarına göre, MDB öyküsü olan ebeveynlerin çocuklarında MDB görülme riski psikopatolojisi olmayan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla daha fazladır (Cuijpers, Weitz, Karyotaki ve Andersson, 2014; Lewis, Collishaw, Harold, Rice ve Thapar, 2011). Katılımcıları 1 ila 20 yıl arasında takip eden prospektif çalışmalarda, depresif ebeveynlerin çocuklarında depresyon riskinin depresif olmayan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Olino, 2005; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister ve Wittchen, 2002; Weissman, 2006).

Zubenko, Spiker, Giles ve Kaplan (2001) çalışmalarında yineleyen erken başlangıçlı MDB (iki veya daha fazla sayıda ataklar ve başlangıç yaşı 25 veya daha altı) geçiren bireyin birinci dereceden akrabalarında, MDB (tek veya yineleyen ataklar) gelişiminin %37.8'lik oranda risk taşıdığını belirtmiştir. Araştırmalarda yineleyen erken başlangıçlı depresyonun, potansiyel olarak en güçlü kalıtım etkisine sahip alt tip olarak tanımlandığı dikkat çekmektedir (Levinson ve ark., 2003; Zubenko ve ark., 2003).

Aile çalışmalarında biyolojik akrabalar arasında depresyon oranlarındaki benzerlikler, kalıtsal genetik faktörlerin yanı sıra, olumsuz çevresel faktörlere bağlı olabilir ama, aile çalışmaları genetik faktörlerle çevresel faktörler arasında ayırım yapmaya izin vermez (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000). Ancak araştırmalar doğrultusunda, erken başlangıçlı, şiddetli ve yineleyen depresyonun diğer depresyon biçimlerine göre daha yüksek bir kalıtım derecesine sahip olabileceği düşünülmektedir (Belmaker ve Agam, 2008).

Evlat edinme çalışmaları; Evlat edinilen bir kişi ile onun biyolojik ve evlat edinen ailesi arasındaki benzerlikleri araştırır. Genetik ve çevresel faktörleri birbirinden ayırmak için uygun bir metot olmakla birlikte çalışmalar iki temel karşılaştırmaya dayanır. Hastalık riski, biyolojik ailelerinde hastalık olan ve olmayan çocuklarda karşılaştırılır ve hastalık genetikse risk ilk grupta daha fazla olacaktır. İkinci yol ise, hasta olan evlatlığın biyolojik ve evlat edinen ebeveynlerini karşılaştırmaktır ve burada da hastalık genetikse eğer risk ilk grupta daha fazla olacaktır (Uğurlu ve Herken, 2010).

Aile ve evlat edinme çalışmalarında MDB hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edinilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Elder ve Mosack, 2011; Holmans, 2007).

İkiz çalışmalarında genetik olarak, genlerin %100'ü aynı olan monozigot (MZ) ikizlerle, genlerin %50'si aynı olan dizigot (DZ) ikizler arasındaki konkordans oranlarının farkları değerlendirilir. Bu tür çalışmalar depresyonun genetik geçişi hakkında önemli bir veri kaynağıdır, insanlardaki genetik ve çevresel etkilerin

tanımlanmasına yönelik yaklaşımlarda bulunur, monozigot ve dizigot ikizleri karşılaştırarak genetik ve çevresel faktörleri birbirinden ayırmaya çalışır. Çalışmalarda, kalıtımın etkisi, ikiz bir çiftin her iki üyesinde de olan ortak çevresel etkiler ve bireye özgü çevresel etkilerin MDB riski üzerine katkıları değerlendirilir.

İkiz çalışmaların meta-analizinden elde edilen verilere göre yetişkinlerde MDB gelişimine; kalıtımın etkisi %37 oranında katkı sağlarken, bireye özgü çevresel faktörlerin etkisi %63 oranında katkı sağlamaktadır. Bu sonuçlar, ergen MDB'sinin ve yetişkin MDB'sinin çok benzer etiyolojik belirleyicilere sahip olduğu bir kavramlaştırmayla uyumlu bulunmuştur (Glowski ve ark., 2003). Bu sonuçlarla tutarlılık gösteren büyük ulusal temsili ikiz örnekleminde, MDB gelişimi için kalıtım etkisinin %38 oranında olduğu belirtilmiş ve paylaşılan çevresel risk faktörlerin etiyolojik önemi bulunmamıştır (Kendler, Gatz, Gardner ve Pedersen, 2006).

İkiz çalışmaların meta analizinde Bierut (1999) gerçekleştirmiş olduğu araştırmada kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. MDB için kalıtım etkisinin cinsiyetler arasında farklılık gösterip göstermediğini araştıran iki büyük çalışma (Kendler ve ark., 2006; 2001) MDB için kalıtım etkisinin cinsiyetlere göre farklılık gösterdiğini ve kadınlarda erkeklere göre önemli oranda daha yüksek (sırasıyla %40'a karşı %30 ve %42'ye karşı %29) bulgular rapor etmiştir. Ancak MDB kalıtım etkisinin kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Sullivan ve ark., 2000). Bu sonuçlar, MDB için bazı genetik risk faktörlerin cinsiyete özgü olduğunu ima etmektedir. Örneğin, adet döngüsü ve gebeliğin değişken hormonâl çevresine yanıt olarak kadınlarda depresyon riskini değiştirecek genler var olabilir (Seeman, 1997). Lyons ve arkadaşları (1998) MDB gelişiminde çeşitli kalıtsal faktörlerin de rol aldığını, hafif vakalarda çevresel faktörlerin etkin olması daha olasıyken, şiddetli depresyon durumlarında kalıtsal risk faktörlerinin öneminin arttığını belirtmiştir.

Depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen genlerle (aday gen) yapılan bağlantı analizi çalışmalarında 1p, 3p, 4q, 7p, 8p, 11, 12q, 13q, 15q, 18q ve 21q kromozomlarında bulunan gen bölgelerinin majör depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Abkevich ve ark., 2003; Opmeer ve ark., 2010).

1.6.3 Psikososyal Faktörler

1.6.3.1 Yaşam Olayları

Depresyonun ortaya çıkışında yaşam olaylarının, çevresel stres faktörlerinin etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Williams ve Neighbors, 2007). İster gündelik stres etkenleri, ister bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden deneyimler, isterse süregelen nitelik kazanan yaşam deneyimleri olsun yaşam olayları depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Dubovsky ve ark., 2004; Goodwin ve ark., 2007). Ekonomik sorunlar, işsizlik, iflas, iş yaşamındaki olumsuzluklar, aile krizleri, göç, metabolik veya kronik hastalıklar, genel sağlık durumunun bozulması, sevilen birinin ani ölümü veya hastalığı gibi daha pek çok yaşam olayı depresyona sebep olabilir. Ayrıca anne baba olmak, evlilik, yeni bir haneye taşınma, iş ya da şehir değişikliği gibi bireyin kendi isteğiyle de olsa uyum sağlamayı gerektiren, pozitif yaşam olaylarının varlığı veya bir anda birkaç farklı olayın oluşması gibi zamanlarda da depresyonun görülebileceği ifade edilmektedir (Adams, Sanders ve Auth, 2004; Areán ve Reynolds, 2005; Barg ve ark., 2006; Bisschop, Kriegsman, Beekman ve Deeg, 2004; Brown, Bifulco, Harris ve Bridge, 1986; Chan, Malhotra, Malhotra ve Østbye, 2010).

Depresyonun ortaya çıkmasında ve devam etmesinde stresin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (Agid, Kohn ve Lerer, 2000; Heim ve Nemeroff 1999). Ancak çevresel stresörlerin depresyondaki etkisi de genetik yatkınlıktan etkilenir çünkü genetik yatkınlık, sadece depresyona eğilimli oluşu değil, aynı zamanda bireyin strese vereceği tepkiyi ve hatta stresli olaylara maruz kalma ihtimalini bile etkilemektedir (Agid ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda, depresyon ataklarından önce şiddetli bir stresörün yaşandığı (Berksun, Ünal ve Göğüş, 1991; Checkley, 1992) ve çocukluk çağında yaşanan travmaların erişkin hayatında depresyon riskini arttırdığı (Kivela, Luukinen, Koski, Viramo ve Pahkala, 1998; Weiss, Longhurst ve Mazure, 1999) belirtilmiştir. Çocukluk çağında anne baba kaybı, anne babadan ayrılma, ihmal ve istismar yaşantıları HPA aksı aktive ederek hafıza ve duygu kontrol mekanizmaları üzerinde olumsuz etki oluşturmakta, gelişmekte olan beynin depresyona yatkınlığını ve tedaviye direncini arttırmaktadır (Maercker, Michael, Fehm, Becker ve Margraf, 2004; Rane, Cleare ve Fekadu, 2016; Wiersma ve ark., 2009)

1.6.3.2 Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik

Depresyonun gelişimiyle ilgili tek bir kişilik özelliği ya da tipi bulunmamakla birlikte bazı kişilik özelliklerine ya da kişilik bozukluklarına sahip kişilerde depresyona yatkınlık daha çok görülmektedir. Obsesif kompulsif, oral bağımlı kişilikler, kişiler arası duyarlılık, benlik saygısının düşük olması, obsesif özellikler, engellenme eşiğinin düşük olması, destek ve onay için başkalarına bağımlılık, sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersizlik depresyona yatkınlık oluşturabilmektedir (Maier, 1992; Nicholi, 1999). Ayrıca depresyona yatkın kişilerde bunaltı, utanç, kaygı, kişilerarası duyarlılık gibi özelliklerle tanımlanan nevrotik kişiliğin görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kendler ve ark., 2006).

1.7 Depresyonu Açıklayan Kuramlar

1.7.1 Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın depresyonla ilgili ilk verileri Sigmund Freud' un (1917) "Yas ve Melankoli" isimli eserinde ortaya çıkmıştır. Freud'a göre, yasta ve melankolide bir kayıptan söz edilmektedir. Ancak yastan farklı olarak melankolide bu kayıp duygusunun yol açmış olduğu kendini önemsemeye yaşanan bir bozukluk bulunmaktadır. Freud Melankolinin göstermiş olduğu belirtileri; derin bir şekilde acı veren bir hüznün, dış dünyaya olan ilginin azalması ve kopması, sevmeye yeteneğinin kaybı, kendini suçlama ve sanrısız bir cezalandırılma beklentisiyle sonuçlanması şeklinde ifade etmiştir.

Yani psikanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Sevilen birinin kaybı, bir idealin ya da bir nesnenin kaybından bahsedilebilir, hatta öyle ki kayıp gerçek olabileceği gibi hayalide olabilir. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benliğin içinde saklanır. Ancak bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular da vardır. Yani sevgi nesnesine karşı ikili (ambivalan) duygular (sevmek-nefret etmek gibi) gelişmiştir. Bu duygular nedeniyle kişi suçluluk hisseder, benlik saygısında düşme olur. Ayrıca introjekte edilen kişiye karşı duyulan agresyon-öfke bireyin kendisine yönelir (bu da intihar davranışlarının nedeni olarak görülür)

ve aşağılık, suçluluk, kötölük, değersizlik duygularıyla birlikte depresyon ortaya çıkar (Freud, 1940; 1938).

Ayrıca Freud'a (1923) göre sorun, depresif kişilerin çocukluk dönemlerinde, özellikle oedipus karmaşasının çözümü öncesinde önemli narsistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve yaşamın sonraki devrelerinde benzer yaralanmaların meydana gelmesinden kaynaklanır. Bunlar hayal kırıklıklarından dolayı, yaşamları boyunca dış narsistik destekler peşinde koşar, diğer insanlara karşı yakınlık, sevgi ve regresif bağımlılık duyguları taşırlar. Bu narsistik destek arayışları yüzünden üst benliğin gelişmesini de bozarak affetmeyen, cezalandırıcı katı bir üst benlik geliştirirler. Oral bağımlılığı olan bu kişilerin gereksinimlerini ancak boyun eğerek yada kendilerini beğendirerek karşılama eğiliminde olduklarından; saldırganlık, öfke gibi duygular sürekli olarak bastırılmakta ya da zıt tepkiler kurulmaktadır. Katı ve eleştirici üst benlik, bu duyguların boşaltılmasına izin vermemektedir. Yine bu kişilerin bütün ilişkilerinde, diğer kişilere karşı yaşanan bilinçli sevgi yanında, bilinçdışında yaşanan öfke/nefret gibi ambivalan duygular vardır (Freud, 1923)

Jacobson (1943) birey bebeklikte aşırı sevgi yoksunluğu çektiyse bebekteki yoğun öfke ve bununla birlikte yoğun suçluluk duygusu katı bir vicdan gelişimine neden olmaktadır. Bununla birlikte tatminkar sevgiye ulaşmayı imkansızlaştırmaktadır. Gelişim sürecinde oluşan bu narsistik yaralanma depresiflerin, yoğun ve kalıcı bir şekilde kendilerinin hiç sevilmediklerini hissetmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle Jacobson, depresiflerin temel probleminin benlik değerinin kaybı olduğunu öne sürmüştür.

Bibring'e (1953) göre her bireyin gerçekleştirmek istediği ve gerçekleştirmeye çalıştığı beklentileri vardır. Depresyon da bu beklentilerin oluşmaması ve sekteye uğramasından ötürü kişinin kendini güçsüz ve çaresiz hissetmesi durumudur. Bibring, bu beklentileri üç gruba ayırmıştır; Sevilen, istenen ve değerli birey olmak (değersiz olmamak); Güvenli, üstün ve güçlü olmak (güvensiz ve güçsüz olmamak); Seven ve iyi olmak (yıkıcı ve saldırgan olmamak). Bu beklentiler kesintiye uğradığı taktirde kişinin benliği güçsüz kalır ve kendisine olan saygısı azalır. Kendini çaresiz hissetmeye başlar ve bunun sonucu olarak da kişide depresyon meydana gelir.

Özetle, psikanalitik kurama göre depresyon gelişimindeki ana problem oral dönemdeki anne bebek ilişkisindeki düzensizliğe dayanır. Depresyon gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesinin kaybindan doğabilir. İçe alım (introjeksiyon) savunma düzeneği kayıp ile başa çıkmada kullanılan tek düzenektir. İçe alınan nesne ile seçici özdeşim yapılırsa, bu durum tolere edilebilmektedir. Buna yas durumlarında rastlanır. Ancak içe alınan nesne ile narsistik özdeşim yapıldığında ise depresyon gelişir. Kaybedilen sevgi nesnesine karşı sevgi ve nefret duyguları her zaman iç içe geçmiştir. Bu ayrım yapılamayıp öfke ve nefret gibi olumsuz duyguları birey doğrudan kendine yöneltirse depresyon gelişir.

1.7.2 Bilişsel (Kognitif) Kuram

Beck, psikanalizin depresyona ilişkin “kaybedilmiş nesneye olan düşmanlığın kişinin kendisine yönelmesi” varsayımını kanıtlamak amacıyla depresif hastaların rüya içeriklerinin analizine dayalı çalışmalar yapmıştır. Çalışmanın temel bulgularından birisi depresyon hastalarının rüyalarında depresyonu olmayan hastalara göre hoş olmayan duygulanıma daha sık rastlanmasıydı. Beck ve Hurvich (1959) bu temaların sıklığını belirlemek için bir mazoşizm ölçeği de oluşturdu ve daha sonra aynı çalışmanın bulgularını daha büyük bir araştırmayla yinelediler. Bu çalışmada ek olarak depresif hastaların mazokistik içerikli rüyalarının depresyonsuz dönemlerde de sürdüğü saptandı. Beck ve Hurvich (1959) her iki çalışmanın da depresif hastalarda içe dönük düşmanlık olduğu ve hastaların acı çekme arzuları oldukları görüşünü desteklediği sonucuna ulaşıyordu. Bu noktada Beck hastanın “bilinç dışı” olduğu varsayılan arzularına bakmayı bırakıp, kolaylıkla saptanabilecek, ölçülebilecek ve incelenebilecek yaşantılarına odaklandı ve psikanalize karşılık deneysel bilimi tercih etti. Kısacası Beck tercihini kuram yerine yöntemden yana kullandı ve bu seçim bilişsel terapinin doğuşuna yol açtı (Beck, 1961).

Beck (1967, 1964, 1963) depresyonun bilişsel kuramında dört temel unsur olduğu ve bu unsurların depresyonu açıklamada büyük önem taşıdıkları ileri sürülmektedir (Freeman, 1992; Fennel, 1989). Bu unsurlar; bilişsel üçlü (cognitive triad), otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan şemalardır.

Bilişsel üçlü; bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamasıdır. Bireyin kendini değersiz, yetersiz, ahlaki (moral) ya da fiziksel olarak eksik algılamalarını içermektedir. Birey geçmişte olan olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutmakta ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünmektedir. Bireye göre bütün ilişkileri ve yaşantıları olumsuzdur. Gelecek hep umutsuz olarak algılanmaktadır (Beck, 1993; Fennel, 1989).

Otomatik Düşünceler; bilişsel kurama göre, yukarıda sözü edilen olumsuz düşünceleri otomatik olarak ortaya çıkmaktadırlar. Bu düşünceler kişi tarafından planlanmazlar, yargılanmazlar ve oluşumları çok çabuktur. Otomatik düşünceler çok kısadır ve kişi düşünceden çok yaşadığı duyguya yoğunlaşır. Depresyondaki birey bu düşüncelerin doğru olduğuna inanmaktadır. Olumsuz otomatik düşünceler bireyde yalnızca düşünce şeklinde değil imge olarak da bulunabilirler. Depresyonun tedavisinde en önemli kavramdır ve tedavide ilk olarak otomatik düşüncelerle çalışılmaktadır (Beck, 1993; Fennel, 1989).

Bilişsel Çarpıtmaları Depresyondaki bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılaması bilgi işleme sürecinde gerçekleşen bazı hatalardan kaynaklanmaktadır. Bir başka anlatımla, bilgi işleme sürecinde bir hata olduğunda algılama sürecinde de bazı hatalar olmakta ve böylece kişi herhangi bir olayı çarpık bir biçimde değerlendirme eğilimine girmektedir. Bu durum depresyondaki bireylerde kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama olarak göstermektedir (Fennel, 1989). Beck'in (1993) bilişsel yaklaşımında çok sık rastlanan bilişsel çarpıtmalara örnekler: Ya hep ya hiç tarzı düşünme; Herhangi bir durumun bir süreç içinde değerlendirilmek yerine yalnızca iki boyutta ele alınmasıdır. Felaketleştirme; Daha gerçekçi sonuçların dikkate alınmadan geleceğin olumsuz değerlendirilmesidir. Etiketleme; Kanıtların çok daha az yaralayıcı sonuçlara yol açma olasılığını görmeden, bireyin kendine ve diğerlerine yargılayıcı sıfatlar yakıştırmasıdır. Seçici Algılama; Bir durumun özellikle belli bir ayrıntısının algılanarak, diğer önemli özelliklerin göz ardı edilmesi. Abartma; Olumsuz olayların daha da büyütülmesidir. Aşırı Genelleme; O andaki duruma çok uzak genel bir değerlendirmenin yapılmasıdır. Kişiselleştirme; Sıradan olumsuzluklardan bireyin kendini sorumlu tutmasıdır. Keyfi Çıkarsama; Kanıt olmadığı halde bazı keyfi sonuçlara ulaşılmasıdır. -meli, -malı cümleler; Kişinin kendine aşırı kurallar koymasıdır.

İşlevsel Olmayan Şemalar; Ara inançların oluşumu genellikle çocuklukta başlamakta ve yaşam boyu gelişmektedir. Bu tür inançlar oldukça kalıcı ve değişime dirençlidirler. Beck'e (1993) göre işlevsel olmayan şemalar üç grupta toplanabilir: başarı, kabul edilme ve kontrol. Başarı grubunda olan bireyler kendilerine çok yüksek standartlar koymaktadır. Kabul edilme grubunda olan bireyler sürekli bir sevilme ihtiyacı içindedirler. Kontrol grubunda olanlar ise sürekli olarak çevresini kontrol etme ve güçlü olma eğilimindedirler. Bu şemalar herhangi bir durumda etkinleşebilmektedirler. Ayrıca, işlevsel olmayan şemalar bilişsel çarpıtmalarla desteklenebilmektedir (Fennel, 1989; Schuyler, 1990).

Depresyonun bilişsel kuramında bir başka boyut ise tanımlanan kişilik tipleriyle ilgilidir. Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse ve Hogan'a (1997) göre bu kişilik tipleri sosyotropik kişilikler ve otonom kişilikler olarak iki gruba ayrılabilir. Sosyotropik kişiler sosyal ilişkilere daha çok önem vermekte ve reddedilmekten aşırı derecede korkmaktadırlar. Otonom kişiler ise bağımsızlıklarına ve kişisel başarılarına aşırı derecede önem vermektedirler. Bu kişiler için özgürlüklerinin tehdit edilmesi ya da başarısızlık depresyona neden olabilir.

Özetle, bilişsel kurama göre depresyonun oluşumunda bilişsel üçlü, olumsuz otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan çarpıtmalar arasındaki etkileşimler, yatkınlık oluşturan kişilik özellikleri ve bu yatkınlığı tetikleyecek olaylar etkili olmaktadır.

1.7.3 Öğrenilmiş Çaresizlik

Martin Seligman (1975) öğrenilmiş çaresizlik kuramı ile davranışların ortaya çıkmasında beklentilerin rolünü ortaya koymuştur. Kuram, bireylerin içinde buldukları durumu çaresizlik gibi gördüklerinde ve durumu değiştirmek için yetersiz olduklarını düşündüklerinde depresyonu deneyimlediklerini ileri sürmektedir. Yani, sonuçların davranışlarından bağımsız ve kontrol dışı olarak algılandığı durumlarda çaresizlik duyguları yaşamaya başladıklarını belirtmiştir. Seligman'a (1975) göre depresyon kontrol edilemez ve hoş olmayan durumlardan doğan çaresizlik duygusundan gelişmektedir. İnsanların ne yaptıklarına bakılmaksızın, olumsuz bir durumun değişme ihtimalinin olmadığını

düşündüklerinde, denemekten vazgeçtiklerini belirtmiştir. Ayrıca Seligman, çaresizliğin depresyonda sıklıkla görülen duygusal, davranışsal ve bilişsel eksikliklerle ilişkili olduğunu varsaymıştır (Engel ve DeRubeis, 1993).

BÖLÜM 2

2. PSİKOLOJİK ÖLÇÜM ARAÇLARI

2.1 Psikolojik Ölçüm Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler

Psikolojik değerlendirme ölçekleri, bireyin ruhsal ve davranışsal özelliklerini, bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayılarla ifade etmeye ve kıyaslamalar yapmaya yarar sağlamaktadır. Psikolojik ölçeklerin kullanımı, tanı, belirti ve bulgu, hastalığın şiddeti ve gidişi, yaşam kalitesi, yan etkileri, bilişsel ve sosyal durumu gibi özelliklerin değerlendirilmesine ve epidemiyolojik çalışmalar yapılmasına aracı olmaktadır. Bu nedenle kullanılacak ölçeklerin oluşturulmasıyla ilgili yapılması gereken koşullara dikkat edilmelidir (Aydın, 2005).

Bir ölçeğin doğru ve hatasız sonuçlar verebilmesi için 4 temel özelliğe sahip olması gerekir; standardizasyon, nesnellik, geçerlik ve güvenirlik (Ebrinç, 2000).

Nesnellik: Ölçeğin, değerlendirme aşamasında bireysel hatalara fırsat vermemek adına açık uçlu sorular yerine çoktan seçmeli sorulardan oluşması gerekir. Değerlendirilmesi nesnel kriterlere dayanan ölçek en güvenilir ölçektir (Ebrinç, 2000).

Standardizasyon: Bir ölçeğin uygulama ve değerlendirilmesine ilişkin normların oluşmasını sağlar. Standardizasyon sürecinde oluşturulan anket ile paralel ölçümler gerçekleştiren diğer anketler ölçeğin geçerliğinin ölçümlenebilmesi adına birlikte verilmelidir. Böylelikle, ölçeğin uygulama koşulları, puanlama ölçütleri gibi özellikleri belirlenir. Değerlendiriciler ve katılımcılar değişse bile ölçeğin uygulama yöntemi değişiklik göstermez. Ancak bir ölçeğin standardize olabilmesi için geçerlik ve güvenirlik özelliklerine sahip olması gerekmektedir Ayrıca geliştirilen ölçeğin

popülasyonu temsil eden bir örneklem üzerinden toplanan verilerle standardize edilmesi çok önemlidir (Ebrinç, 2000; Ercan ve Kan, 2004;).

Güvenirlilik: Güvenirliği belirlemek için pek çok yöntem vardır, ancak hepsi temelde aynı düşünceye sahiptir. Bir ölçek güvenilir ise, bu durumda aynı kişiden alınan iki ölçümün sonuçları tutarlı olmalıdır. Yani güvenirlilik, ölçeğin duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı sonuçlar verebilmesidir. Tekrarlanan ölçümlerle çıkan sonuçlar arasında yüksek korelasyon olması beklenir. Ölçeklerin güvenirlilik düzeyleri güvenirlilik analizi ile belirlenir. Güvenirlilik katsayısı 0 ile +1 arasında değer alır ama hiçbir zaman tam 0 veya tam +1 değerini almaz çünkü ölçme sonuçlarına az da olsa bir miktar hata mutlaka karışır ve sonuç tam +1 olmaz, aynı şekilde ölçmelerin tamamına hata karışmayacağı için tam 0 değerini de almaz. Ancak ölçeğin güvenirlilik katsayısı 1'e ne kadar yakın bir değer alırsa ölçek o kadar güvenilir olur, ölçeğin güvenirlilik katsayısı 0'a ne kadar yakınsa güvenirlilikte o kadar düşük olur. Bu güvenirlilik yöntemi tekrar test yöntemidir. (Ebrinç 2000; Ercan ve Kan, 2004; Tezbaşaran, 2003). Bir diğer güvenirlilik yöntemi ise paralel testler yöntemidir. Bu yöntem çeşitli sebeplerden ötürü testin iki kere uygulanması mümkün olmadığı zamanlarda kullanılır. Bu yöntemin uygulanması için birinci uygulamada kullanılan testin paraleli olan bir başka test sağlanmalıdır. Paralel testlerin her iki de aynı gruba uygulanır. Elde edilen puanlara ilişkin istatistiksel işlemler ve elde edilecek olan korelasyon katsayısının yorumu test tekrar test yöntemindeki ile aynı şekildedir. İki yarıya bölme yöntemi bir diğer güvenirlilik yöntemidir. Uygulanmış olan test iki eşdeğer yarıya bölünerek katılımcıların testin iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve daha sonra bu hesaplanan korelasyondan hareketle Spearman Brown formülünden de faydalanılarak testin tamamının güvenirliliği tahmin edilir. Yöntem, esasında iç tutarlılık katsayısı vermektedir. Bu katsayı yüksek bulunmuşsa test puanlarının tesadüfi hatalardan arınık olduğu ve iki yarının eşdeğer olduğu söylenebilmektedir. Bir diğer yöntem; Kuder-Richardson formülleridir. Testteki her maddenin aynı değişkeni ölçtüğü yani testin ölçtüğü şeyin homojen olduğu sayılısına dayanmaktadır. Testin iki yarısı yerine testteki bütün maddeler arasındaki tutarlılığın ölçümünü verir ve iç tutarlılık katsayısı olarak adlandırılır. Alpha güvenirlilik katsayısı tek bir uygulama gerektiren güvenirlilik bulma tekniklerinden biridir. Ağırlıklı puanlama veya dereceleme yöntemiyle puanlama uygulandığı durumlarda kullanılabilecek bir güvenirlilik hesaplama tekniğidir. Alpha

güvenirlilik katsayısı tek bir uygulama gerektiren güvenirlik bulma tekniklerinden biridir. Ağırlıklı puanlama veya dereceleme yöntemiyle puanlama uygulandığı durumlarda kullanılabilir bir güvenirlik hesaplama tekniğidir (Ercan ve Kan, 2004).

Geçerlik: Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu ölçeğin güvenilir olmasıdır. Güvenirlik geçerlik için gerekli koşuldur ancak yeterli koşul değildir. Geçerlik bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilmesidir. Ölçeğin geçerlik katsayısı hesaplanarak geçerlik düzeyi belirlenir. Geçerlik katsayısı ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriterlerle arasındaki ilişki katsayısıdır ve ilişki katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. +1'e ne kadar yakınsa ölçek amaca o kadar uygun hizmet ediyor demektir (Ercan ve Kan, 2004; Tezbaşaran, 2003).

2.2 Ölçekleri Kullanım Biçimine göre sınıflandırma

Psikolojide ölçekler, bireyde belirli bir özelliğin mevcut olup olmadığının veya ne kadar/ne düzeyde sahip olunduğunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Dolayısıyla ölçek, belirli bir özelliğe ya da niteliğe (depresyon eğilimi, farklı cinslere yönelik tutumlar gibi) sahip olma miktarını/düzeyini belirlemek için kullanılan bir araçtır. Hiçbir psikolojik ölçek kişiye ait bir özelliğin, yeteneğin veya eğilimin ölçülmesinde ve o konuda doğru bir sonuca varılmasında tek başına yeterli olamaz (Erkuş, 2014). Hem ölçek sonuçlarının değerlendirilmesi hem de bu ölçek sonuçlarının klinik gözlemlerle harmanlanarak doğru yorumlanması için klinik değerlendirme konusunda uzmanlaşmış bir klinisyenin varlığı büyük önem taşımaktadır (Yalçınar, 2006).

Her ölçek farklı özelliklere sahip olduğu için önemli olan hangi hasta ve durum için hangi ölçeğin ne şekilde kullanılması gerektiğiyle ilgili bilgi sahibi olmaktır. Bu noktada ölçeklerin amaçlarına uygun kullanılması hastalığın tanınmasına, şiddetinin belirlenmesine ve bu şiddetin tedavi sürecindeki değişimi belirlemede kolaylık sağlayacağı belirtilmektedir (Erkuş, 2014).

Ölçekler uygulamayı yapan kişilere (öz bildirim ölçekleri, refakatçinin doldurduğu ölçekler, klinisyenin doldurduğu ölçekler ve doğal gözlem ölçekleri) ve değerlendirilen kaynakların türüne (hastaların gözlenmesi, görüşmeciden alınan bilgi vb.) göre farklı çeşitlere ayrılmaktadır (Aydın, 2005). Bunların içinden araştırmalarda en sık kullanılan ölçek çeşitleri; öz-bildirim ve klinisyenin değerlendirdiği ölçekler olarak (Kılınç ve Torun, 2011) belirtilmiştir.

2.2.1 Kendini Değerlendirme (Öz-Bildirim) Ölçekleri

Bireyler ölçekte belirtilen davranışları ne sıklıkla yaptıklarını veya ilgili davranışlara ne kadar sahip olduklarını kendileri bildirirler. Bu durum ölçeklerin ölçme tekniği açısından bazı sınırlılıklara sahip olmasını da beraberinde getirmektedir. Öz bildirim ölçeklerinin uygulanması, okuma yazma bilen kişilerle sınırlıdır. Anlaşılmayan konular olduğunda açıklığa kavuşturma fırsatı vermez. Bireyin anlık geliştirdiği tepkileri, davranışı, yüz ifadesi ve vücut hareketlerini gözleme ve kayıt etme olanağı bulunmaz, ancak kolay uygulanabilir, büyük örneklemelerden veri toplanabilir, standardize cevaplar verir, hazır cevaplardan sınıflandırmak kolaydır, araştırmacının cevap vereni etkileme olasılığı düşüktür (Yalçın, 2006).

2.2.2 Klinisyenin Değerlendirdiği Ölçekler

Klinisyenin değerlendirdiği ölçekler görüşmeye dayalı değerlendirmeler neticesinde elde edilir. Görüşmeye dayalı değerlendirmeler; önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı, karşılıklı ve etkileşimli belli bir düzen ve bütünlük içinde sürdürülen planlı ve etkileşimli bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bireyin çeşitli nitelikleri hakkında bilgi toplamaya yarayan bir araç, aynı zamanda psikolojik yardım vermeye yarayan bir süreç olan yapıtlı görüşme, sistematik bir gözlemdir (Steward ve Cash,1985).

Görüşme kendi içinde çok ayrı sınıflara ayrılarak incelenebilmektedir. Görüşmeler, görüşme amacına, görüşmeye katılanların sayısına göre, görüşülmek istenen kişi ile görüşme kurallarının katılığına bağlı olarak sınıflandırılabilirler (Karasar, 2000). Yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olmak üzere görüşme üç temel türde açıklanmaktadır (Finn, White ve Walton, 2000).

Yapılanmış görüşmelerde, araştırmacının soracağı sorular tam olarak belirlenmiştir, hatta seçeneklerin de belirli olduğu durumlarda, araştırmacı onları işaretlemiş olur. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde, araştırmacının soracağı sorular belirlenmiştir ancak araştırmacı konuyu deşmek ya da geliştirmek amacıyla yan sorular ekleyebilir. Yapılandırılmamış görüşmelerde ana noktalar veya konular bellidir ancak görüşmenin seyri her katılımcıda farklı gelişebilir (Türnüklü, 2000).

Görüşmeye dayalı değerlendirme yöntemi; okuma yazma bilmeyenler dahil, hemen herkese uygulanabilmektedir. Araştırmacılara esneklik sağlar. Araştırmacı daha detaylı yanıtlar alabilmek için görüşme sonunda sorular sorabilir, yanlış anlama durumunda soruyu tekrar edebilir ve ya sorunun şeklini değiştirebilir. Veri toplama sürecinde araştırmacının da bulunması soruların yanıtlanma oranını arttırmaktadır. Araştırmacı, görüşme süresince görüşülen kişinin anlık geliştirdiği tepkileri, davranışı, yüz ifadesi ve vücut hareketlerini gözleme ve kayıt etme olanağına sahiptir. Genellikle görüşmede önceden belirlenmiş sorular bireye doğrudan sorulduğu için elde edilen bilgilerin geçerliği yüksektir. Ayrıca alanda deneyimli ve becerikli görüşmeciler karmaşık bir konu veya problem hakkında zengin bir veri seti oluşturabilmektedir (Mil, Yüksel ve Bilim, 2007).

2.3 Depresyon Değerlendirme Ölçekleri

2.3.1 Kendini Değerlendirme (Öz-Bildirim) Depresyon Ölçekleri

Beck Depresyon Ölçeği (BDI) Beck (1961) tarafından geliştirilen, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmeyi amaçlayan 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanının yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik alışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ); Depresyonun şiddetini ölçek amacıyla Zung (1965) tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler depresyonun

duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermektedir. ZDÖ 20 maddeden oluşmaktadır, 10 madde olumsuz, 10 madde olumlu olarak kurgulanmıştır. Her madde 1-4 arasında puanlanmaktadır. Toplam skoru elde etmek için pozitif maddeler tersine çevrilmekte ve daha sonra hepsi toplanmaktadır. Ölçek toplam puanının yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları Ceyhun ve Akça (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Yesavage ve arkadaşları (1982) tarafından geriatrik popülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. GDÖ 30 maddeden oluşmakta ve hasta tarafından doldurulmaktadır. Her maddeyi hasta 'Evet' ve 'Hayır' şeklinde işaretlemektedir. Otuz maddenin 10'u olumsuz, 20'si olumlu olarak kurgulanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları Ertan, Eker ve Sar (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenilirlik çalışmaları Srapteryan, Armenian ve Petrosyan (2006) tarafından geliştirilmiştir.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Cox ve Holden (1987), tarafından postpartum depresyonlu hastaları tanımak amacıyla geliştirilmiştir. 10 maddeden oluşan ve hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Bazı maddelerde en şiddetli yanıtlar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişmektedir. Kesme noktası 12 ve üzerindeki skorlar olası majör ve minör depresyona işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları Engindeniz, Küey ve Kültür (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenilirlik çalışmaları Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian (2011) tarafından geliştirilmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon riski ile düzey ve şiddet değişimini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçme sağlayan 14 sorunun 7'si depresyon, 7'si anksiyeteyi değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir, Güvenir, Küey ve Kültür (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Kovacs (1981) tarafından çocuklarda depresyon şiddetinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 6-17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanan ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her madde çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapabileceği üç cümle seti bulundurmaktadır. Yanıtlara 0-2 arasında puan verilir, ölçekten alınabilecek en yüksek skor 54'tür ve yüksek puan depresyon düzeyini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları Oy (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

2.3.2 Klinisyenin Değerlendirdiği Depresyon Ölçekleri

Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADDÖ) Montgomery (1979) tarafından depresif semptomların şiddetini ölçmek amacıyla majör depresif bozukluğu olan hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek; belirgin üzüntü, ifade edilen üzüntü, içsel gerginlik, uyku azalması, iştah azalması, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, hissetme yetersizliği, karamsar düşünceler, intihar düşünceleri olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmakta ve 0-6 arasında derecelendirilmektedir. Ölçek kolayca uygulanabilmekte ve özel bir eğitim gerektirmemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları Torun, Önder, Torun, Tural ve Şişmanlar (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) Addington, Maticka-Tyndale ve Joyce (1992) tarafından şizofreni bulunan hastalarda depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçeğin temel uygulama grubunu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan ölçek dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında değişen puanlar almakta ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları Aydemir, Danacı, Devenci ve İçelli (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ) Alexopoulos, Abrams, Young ve Shamoian (1988) tarafından demans hastalarında görülen majör depresif semptomları

ve sendromları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. CDDÖ demanslı bireyler ve bakım verenleriyle yapılan ayrı ayrı görüşmeler sonucunda klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Duygudurumla ilişkili bulgular, davranışsal değişiklikler, fiziksel bulgular, döngüsel fonksiyonlar ve düşünsel değişiklikleri değerlendiren 5 alt grupta toplanan 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-2 arasında puanlanmaktadır. Sekiz ve üzerindeki toplam puan depresyonu düşündürmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları Amuk, Karadağ ve Oğuzhanoğlu, (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Ermenice geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

2.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HDDÖ Max Hamilton (1960) tarafından depresyonun semptomlarını ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, uzman derecelendirmesi esasına dayalı bir ölçektir (Hamilton, 1960). Orijinal ölçek 21 madde içermesine rağmen Hamilton (1960) ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Ölçek klinik görüşmede hastanın son bir hafta içinde depresyon şiddetine ilişkin değerlendirme yapmak için kullanılır, dolayısıyla değeri de büyük ölçüde görüşmecinin gerekli bilgiyi elde etme becerisine dayalıdır. Tedavi sonuçlarını değerlendirmede de pratik bir değeri vardır. Ölçeğin ilk 17 maddesi; depresif duygudurum, iş ve ilgi, genital belirtiler, somatik gastrointestinal, uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, genel somatik belirtiler, suçluluk/cezalandırma, intihar, ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriyazis, içgörü, retardasyon, ajitasyon ve kilo kaybı geriye kalan son 4 madde; diurnal varyasyon, derealizasyon, paranoid ve obsesif belirtilerle ilgili bilgiler ise niceliksel değerlendirmenin dışında tutulur. Bu maddeler Hamilton'a göre nadir görüldüğü için değerlendirmeye katılmaz (Hamilton, 1960).

Hamilton (1960)'ın geliştirdiği şekliyle HDDÖ uzman görüşüne dayanan yapılandırılmamış bir ölçek olup uygulayıcının her madde için açık uçlu sorularla, yani hastaya istediği şekilde soru yöneltmesiyle aldığı cevaplara dayanan bir derecelendirmeyi öngörürken, sonradan ölçeğin standartlığını arttırmak amacıyla Williams (1978) tarafından Hamilton gözetiminde her madde için sabit bazı soruları içerecek şekilde yapılandırılmış bir görüşme ölçeği haline getirilmiştir.

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, somatik gastrointestinal, genel bedensel belirtiler, genital belirtiler, kilo kaybı ve içgörü 0-2 arasında derecelendirir. Depresif ruh hali, iş ve ilgi, suçluluk, intihar, ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriyazis, retardasyon, ajitasyon maddeleri 0-4 arasında derecelendirilir. Sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek skor 53'tür. Toplam 0-7 puan arasında depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif şiddette depresyonu, 16-28 arası orta şiddette depresyonu, 29 ve üzerinde puan ağır şiddette depresyonu göstermektedir (William,1978).

Yıllar içinde depresyonun farklı klinik özellikleri hakkında değerlendirmeler yapılması amacıyla uzman derecelendirmesine dayanan 21 maddelik orijinal HDDÖ'nün ölçek maddelerini çoğaltmaya veya azaltmaya yönelik yapılan çok sayıda çalışmalar yer almaktadır (Williams, 2001; Zittman, Mennen, Griez ve Hooijer, 1990).

Rosenthal ve Klerman (1966) 21 maddeden oluşan orijinal HDDÖ'ye 'değersizlik' başlığı altında bir madde ilave ederek ölçeğin ilk değiştirilmiş versiyonunu geliştirdiler. Paykel (1970) önemli değişiklikler yaparak HDDÖ'nün 36 maddeyi kapsayan genişletilmiş bir versiyonunu geliştirdiler. Kovacs (1981) değersizlik maddesine, çaresizlik ve umutsuzluk maddelerini de ekleyerek toplamda 24 maddelik bir HDDÖ₂₄ geliştirdiler. Gelenberg ve arkadaşları (1990) atipik depresyon belirtilerini kapsayan 27 maddeden oluşan HDDÖ₂₇'yi geliştirerek genişletilmiş bir HDDÖ versiyonunu ortaya çıkarmışlardır. Benzer şekilde Thase, Frank, Mallinger, Hamer ve Kupfer (1992) hipersomnia, artan iştah ve kilo artışı gibi ters nörovejetatif semptomları değerlendirmek için HDDÖ'nün başka bir genişletilmiş versiyonunu ortaya koymuşlardır.

Ayrıca Bech ve arkadaşları (2009; 1981; 1975) tarafından HDDÖ'nün kısaltılmış versiyonu HDDÖ₆ ölçeği geliştirilmiştir. Bu format, depresyonun çekirdek belirtilerini (depresyondaki ruh hali, benlik saygısı ve suçluluk duygusu, sosyal etkileşim ve çıkarlar, psikomotor gerilik, anksiyete, somatik belirtiler) ölçen altı maddeden oluşmaktadır. Benzer şekilde, Maier ve Philipp (1985) HDDÖ'nün Bech ve arkadaşları tarafından önerilen versiyonla 5 ortak maddesi olan 6 maddelik bir HDDÖ tanımlamışlardır. Gibbons, Clark ve Kupfer (1993) HDDÖ'nün depresyon

şiddetinin tek boyutlu bir ölçüsü olduğu tespit edilen 8 maddeyi içeren başka bir kısa versiyonunu geliştirmişlerdir.

HDDÖ'nün ölçek maddelerini çoğaltmaya veya azaltmaya yönelik yapılan çalışmalar dışında yapılandırılmış versiyonları da geliştirilmiştir. Klerman ve arkadaşları (1984) 21 maddelik HDDÖ için görüşme formatı geliştirerek HDDÖ'nün yapılandırılmış versiyonunu ortaya koymuşlardır. Miller, Bishop, Norman ve Maddever (1985) depresyonun bilişsel ve melankolik semptomlarının değerlendirilmesi için ek maddeler içeren toplamda 25 maddelik yapılandırılmış "Depresyon için Modifiye Hamilton Derecelendirme Ölçeği"ni geliştirmişlerdir. Bech (1986), HDDÖ'nün her bir maddesini derecelendirmek için açıkça belirtilen madde tanımları ve "operasyonel kriterler" (yani bağlantı noktaları) içeren 23 maddelik HDDÖ₂₃'ü ortaya çıkarmıştır. Whisman ve ark., (1989) Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ile entegre ettikleri HDDÖ-Tanısal Görüşme Eki ile HDDÖ'nün 17 maddelik yapılandırılmış bir versiyonunu geliştirmişlerdir. Potts, Daniels, Burnam ve Wells (1990) HDDÖ'nün 17 maddelik yapılandırılmamış versiyonunu yapılandırılmış bir görüşmeye uygun olacak şekilde değiştirmişlerdir.

Williams ve ark., (2000) tarafından atipik depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi için 21 maddelik HDDÖ'ye sekiz madde eklenerek toplamda 29 maddeden oluşan uzman derecelendirmesine dayanan "Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu" (SIGH-SAD) oluşturulmuştur.

Morriss, Leese, Chatwin ve Baldwin (2008) depresif belirtilerin şiddetini ve sıklığını derecelendirmek için 17 maddeden oluşan HDDÖ'nün yarı yapılandırılmış bir versiyonunu geliştirmişlerdir. Timmerby ve arkadaşları (2017) HDDÖ6'nın temel depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmek için bağlantı noktaları ve görüşme kılavuzlarını içeren yapılandırılmış bir versiyonunu geliştirmişlerdir.

HDDÖ'nün depresif grubu sağlıklı kontrol gruptan ayırt etme özelliğini inceleyen birçok çalışma (Fava, Kellner, Munari ve Pavan, 1982; Ganchrow, Steiner, Kleiner ve Edelstein, 1978; Rehm ve O'Hara 1985) 17 maddelik HDDÖ'nün depresif hastaları sağlıklı kontrollerden anlamlı bir şekilde ayırdığını raporlamıştır.

Prusoff (1972), 200 depresif hastadan oluşan bir örneklem grubu kullanarak, HDDÖ'nün uyum geçerliğini test etmişler ve HDDÖ'nün başlangıçta (yani, hastalığın akut atakları sırasında) öz-bildirim ölçekleriyle düşük korelasyonlar gösterdiğini, ancak takipte, tedavi ile hastalar iyileştiğinde aralarındaki korelasyon değerlerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle araştırmacılar, HDDÖ'nün öz-bildirime dayanan depresyon ölçeklerinden daha iyi bir ölçüt olduğu sonucuna varmışlar (Prusoff, 1972).

Çalışmalar, HDDÖ'nün farklı versiyonlarının benzer ölçek geçerliğini Beck Depresyon Envanteri (BDI) kullanarak değerlendirdi. Rehm ve O'Hara (1985) 17 maddelik HDDÖ toplam puanı ile BDI arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = .73$) olduğunu bulmuşlardır. Whisman ve arkadaşları (1989) HDDÖ'nün BDI ile benzer korelasyonlar sergilediğini raporlamıştır.

Birbirinden bağımsız iki uzman tarafından değerlendirilen HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısı .84 olarak rapor edilmiştir (Hamilton, 1960). Bech ve arkadaşları (1975) iki uzman tarafından değerlendirilen HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısını .94 değerinde mükemmel düzeyde anlamlı bulmuşlardır. O'hara ve Rehm (1983) benzer sonuçlar elde ederek puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısını anlamlı bulmuşlardır. Whisman ve arkadaşları (1989) geliştirdikleri yapılandırılmış HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenirliliğinin .84 değerinde tatmin edici olduğunu bulmuşlar. Potts ve arkadaşları (1990) geliştirdikleri 17 maddelik yapılandırılmış HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenirliliğini değerlendirdiler ve puanlayıcılar arasındaki anlaşma düzeyinin .92 değerinde mükemmel olduğunu tespit etmişlerdir.

Williams (1978) HDDÖ maddelerinin test tekrar test güvenirliliğini değerlendirmiş ve tüm ölçek maddelerinin özellikle de üç (uykusuzluk, psikomotor retardasyon, ajitasyon) maddenin istatistiksel olarak anlamlılık düzeyde olduğunu belirtmiştir. Akdemir ve arkadaşları (1996) HDDÖ'nün test-tekrar test güvenirliliğini araştırmışlar ve HDDÖ toplam puanları için yüksek test-tekrar test güvenirliliği olduğunu gösteren .85 değerinde korelasyon katsayısını bulmuşlardır.

HDDÖ'nün psikometrik özellikleri 1960 yılından bu yana çok çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Bagby, Ryder, Schuller ve Marshall (2004) HDDÖ'nün 70 farklı makalede bildirilen psikometrik özelliklerini değerlendirmişler. Araştırma sonucunda; HDDÖ iç tutarlılık katsayısı .66 ile .97 aralığında, puanlayıcılar arası güvenirlik katsayısı .82 ile .98 aralığında, test tekrar test güvenirliği .81 ile .98 aralığında rapor edilmiştir.

Depresyonun değerlendirilmesi ve şiddetinin ölçülmesinde kullanılan ilk ölçeklerden biri olan HDDÖ günümüzde hala depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili çalışmalarda en yaygın kullanılan ölçekler arasında yer almaktadır. O dönemden bu yana aynı amaçla farklı ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanıma sunulması uygulamayı zenginleştirmiştir. Geliştirilen ölçekler arasında yine de HDDÖ yaygın bir şekilde kullanılmakta ve çalışmaların birbirleriyle karşılaştırılmasını olanaklı kılmaktadır. Ölçeğin, majör depresif dönemde çekirdek depresyon belirtileri dışında yaygın olarak bulunan bedensel ve anksiyete belirtilerine de oldukça duyarlı olması ve ölçekten elde edilen puanların karşılaştırılabilir olması büyük avantaj sağlamaktadır (Zimmermann, Posternak ve Chelminski, 2005).

HDDÖ ölçeğinin, farklı format ve sayı maddeleri ile farklı versiyonlarının varlığı ve aynı zamanda psikolojik araştırmalarda farklı popülasyonlara geniş bir şekilde uygulanması, ayrıca HDDÖ dışında farklı ölçeklerin geliştirilerek birbirleriyle karşılaştırılması HDDÖ'yu en çok kullanılan referans ölçek haline getirmiştir (Khan, Brodhead ve Kolts, 2004).

BÖLÜM 3

3. AMAÇ, SAYILTILAR ve HİPOTEZLER

3.1 Araştırmanın Amacı

Ermenistan'da, depresyonun değerlendirilmesinde kullanılacak detaylı ve objektif ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmanın temel amacı; Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice Formunun geçerliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

3.2 Araştırmanın Sayıltıları

- Araştırmada yer alan form ve ölçeklerin çalışma konusuna uygun olduğu varsayılmaktadır.
- Araştırmaya katılan katılımcıların, sunulan form ve ölçeklerde yer alan sorulara samimi ve doğru görüş bildirdikleri varsayılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmada ölçeğin geçerlik analizi kapsamında geliştirilen hipotezler:

- Uzman1 ve Uzman2 tarafından puanlanan HDDÖ ile CES-D arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunacaktır.
- Hem Uzman1 hem Uzman2 için; Depresif grubun HDDÖ puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubun HDDÖ puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.
- Depresif grubun CES-D puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubun CES-D puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.

Çalışmada ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında geliştirilen hipotezler:

- HDDÖ'nün Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı, Spearman-Brown İki yarı (split-half) güvenilirlik katsayısı ve madde ile toplam arasındaki korelasyon katsayısı her iki uzman için de kabul edilebilir düzeyde olacaktır.
- Uzman1 tarafından puanlanan HDDÖ maddeleri ile Uzman2 tarafından puanlanan HDDÖ maddeleri arasında uyumluluk katsayıları anlamlı olacaktır. İki uzmana ait toplam HDDÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları da anlamlı olacaktır.

Çalışmanın genel hipotezi; bulgular neticesinde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice formu geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

BÖLÜM 4

4. UYARLAMA VE PİLOT ÇALIŞMA

4.1 Ölçeğin Ermenice Tercüme Süreci

Orijinali İngilizce olan ölçeğin Ermenice çevirisi, anadili Ermenice olan her iki dile ve kültüre hâkim birbirinden bağımsız, alanla ilgili bilgili bir uzman psikolog ve bir psikiyatrist tarafından ayrı ayrı Ermenice'ye çevrilmiştir. Bu iki ayrı çeviri için araştırmacı ve çevirmenler bir araya gelerek maddelerin anlam uyumu, dil kullanımı, kültürel uygunluğu, kavram uygunluğu ve imla kuralları açısından fikir alışverişinde bulunarak en uygun çeviri ortaya çıkarılmıştır. Ardından elde edilen ortak ölçek alanla ilgili klinik bilgi ve deneyimi olmayan ancak her iki dile ve kültüre hâkim bir çevirmen tarafından İngilizceye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce ölçek elde edilmiştir. Geri çeviri alanında uzman iki psikolog ve bir psikiyatrist tarafından birlikte değerlendirilerek aralarındaki tutarlılık karşılaştırılmış ve üzerinde tartışılarak anlam ve dilbilgisi açısından ölçekte gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılarak üzerinde uzlaşma sağlanan Ermenice ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan bu ölçek alanında donanımlı üç psikoterapistin görüşlerine sunulmuştur. Elde edilen geri dönüşler doğrultusunda ölçeğin dil uygunluğu ve açıklığıyla ilgili anlaşılmayan herhangi bir ifade ve madde olmadığı belirtilerek ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Ardından ölçeğin pilot çalışması gerçekleştirilmiştir.

4.2 Pilot Çalışma

Uyarlanan ölçekte katılımcı ve uygulayıcı için, sorun yaratan unsurların olup olmadığının değerlendirilmesi ve sorun kaynaklarının belirlenmesi için pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma, geliştirilecek ölçeğin sahip olacağı psikometrik özelliklerin temel belirleyicisidir. Bu nedenle pilot çalışmanın uygulanacağı örneklem özellikleri

ana çalışmanın yapılacağı örneklem özelliklerinden bağımsız olmamalıdır (Tezbaşaran, 2003).

Bu amaç doğrultusunda, uzman değerlendirmesine dayanan HDDÖ'nün uygulanacak olan grubu değerlendirirken bir zorluk olup olmadığının saptanması ve uygulayıcılar arasında tutarlı sonuçlar elde edilip edilmediğinin belirlenebilmesi için pilot çalışması yapılmıştır.

4.3 Pilot Çalışma Örnekleme

Pilot çalışma örnekleme, Ermenistan'ın Erivan şehrinde Artmed Hastanesi'nde Temmuz 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Pilot grubu; hastanenin psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından uygulanan ICD-10 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı alan veya major depresyon tanısıyla takipli olan hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 20 kişiden oluşturuldu. Çalışmaya dahil olmanın gönüllülük esasına dayandığı katılımcılara belirtilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır (EK C).

Pilot grubunda, çalışmaya alınma ölçütü olarak katılımcıların, 18-65 yaş aralığında olması, mental retardasyon olmaması, major depresyon tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik ek veya ikincil tanı olmaması, ölçeklerin uygulanmasından en az iki ay öncesinden başlayarak buna yönelik herhangi bir tedavi almamış olması dikkate alınmıştır. Pilot çalışmada yer alan örneklem ana çalışmaya dahil edilmemiştir.

4.4 Pilot Çalışmada Kullanılan Ölçekler

4.4.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Depresyon tanısı alan pilot grubun katılımcıları hakkında bilgi edinmek için araştırmacı tarafından çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanmış formdur. Sosyodemografik bilgi formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, algılanan gelir düzeyi gibi durumları hakkında bilgi toplamayı amaçlayan bir

formdur. Ayrıca formda çalışmaya alınma ölçütlerini belirlemek amacıyla; geçmişte major depresyon dışında herhangi bir psikiyatrik tanının olup olmadığı, alkol kötüye kullanımının sorgulanması gibi sorular mevcuttur (EK D).

4.5 Pilot Çalışmanın Uygulama Süreci

Öncelikle araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Koordinatörlüğü'nden etik kurul onay belgesi alınmıştır (EK A). Ardından çalışmanın tüm sürecinin (hem pilot çalışma hem ana çalışma için) yürütülebilmesi için Ermenistan'ın Erivan şehrinde bulunan Artmed Hastanesi'nden başhekim onaylı izin belgesi alınmıştır (EK B).

Psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından uygulanan ICD-10 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı alan veya major depresyon tanısıyla takipli hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere öncelikle Gönüllü Onam Formu verilmiştir (EK-C). Çalışmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş onamları alınan hastalara uzman psikolog tarafından sosyodemografik formda yer alan sorular sorularak hasta çalışmaya alınma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir. Ardından çalışmaya alınma ölçütlerine uygun olan hastalara aynı gün içinde iki uzman psikolog tarafından eş zamanlı olarak ‘‘Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği’’ uygulanmıştır.

4.6 Pilot Çalışmanın İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ve MedCalc 17.4 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yoluyla Sosyodemografik Bilgi Formundan elde edilen verilerin ortalama, yüzdeler ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla iç tutarlılık katsayısı ve uygulayıcılar arası güvenirlik ölçümleri kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısı; Cronbach's Alpha, İki yarı (split-half) güvenirliği için Spearman-Brown Katsayısı ve madde toplam puan korelasyon değerleri hesaplanarak saptanmıştır.

Puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısını belirlemek amacıyla Kappa analizi ve korelasyon analiz ölçümleri kullanılmıştır. Kappa analizi puanlayıcılar (değerlendirici) arasındaki uyuma yönelik güvenilirliği belirleyen istatistik analiz yöntemidir. Kappa istatistiği -1 ile +1 arasında değer almaktadır (Cohen, 1960). Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.7 Pilot Çalışmaya İlişkin Bulgular

4.7.1 Pilot Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların %60'ı (n=12) kadın, %40'ı (n=8) erkektir. Kırsal bölgede yaşayanların oranı %15 (n=3), kentsel bölgede yaşayanların oranı %85'tir (n=17). İlkokul seviyesinde olanların oranı %5 (n=1), Lise seviyesinde olanların oranı %40 (n=8), üniversite mezunu olanların oranı %55'tir (n=11). Çalışanların oranı %85 (n=17), çalışmayanların oranı %15'tir (n=3). Katılımcıların %50'si (n=10) iki kardeş olduğunu bildirirken; %45'i (n=9) tek çocuk olduğunu ve %5'i (n=1) üç ve daha fazla kardeş olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %70'i (n=14) evli, %25'i (n=5) bekar, %5'i (n=1) boşanmış/ayrı yaşadığını bildirmiştir. Çekirdek ailesiyle yaşayanların oranı %90 (n=18), yalnız yaşayanların oranı %10'dur (n=2). Katılımcıların %50'si (n=10) düşük, %45'i (n=9) orta, %5'i (n=1) yüksek gelir düzeyi algısına sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması ($X=30,85$ ve $SS=5,15$) olduğu görülmektedir. Geçmişte MDB öyküsü bulunanların oranı %50 (n=10), DB öyküsü bulunanların oranı ise %50'dir (n=10). Katılımcıların %50'si (n=10) mevcut dahil tek atak, %45'i (n=9) iki atak, %5'i (n=1) üç veya daha fazla sayıda atak geçirdiğini bildirmiştir. Katılımcıların tümü İntihar girişiminde bulunmadığını bildirilmiştir. Ailesinde Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı %45 (n=9), olmayanların oranı ise %55 (n=11)'tir

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, algılanan gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerine göre frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Pilot Çalışma Örneklemine İlişkin Sosyodemografik Özellikler

	<i>f</i> (\bar{X})	% (<i>ss</i>)
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	12	60.0
Erkek	8	40.0
<i>Yaş</i>	(30.85)	(5.15)
<i>Yaşanan yer</i>		
Kırsal Bölge	3	15.0
Kentsel Bölge	17	85.0
<i>Eğitim düzeyi</i>		
İlkokul	1	5.00
Lise	8	40.0
Üniversite	7	55.0
<i>Çalışma durumu</i>		
Çalışıyor	17	85.0
Çalışmıyor	3	15.0
<i>Kardeş sayısı</i>		
Tek çocuk	9	45.0
İki kardeş	10	50.0
Üç ve üstü kardeş	1	5.0
<i>Medeni durum</i>		
Evli	14	70.0
Bekar	5	25.0
Boşanmış/ayrı yaşıyor	1	5.00
<i>Birlikte yaşanan kişi</i>		
Çekirdek Aile	18	90.0
Yalnız	2	10.0
<i>Algılanan gelir düzeyi</i>		
Düşük	10	50.0
Orta	9	45.0
Yüksek	1	5.00
<i>Geçmiş DB öyküsü</i>		
Var	10	50.0
Yok	10	50.0
<i>Mevcut dahil atak sayısı</i>		
Tek atak	10	50.0
İki atak	9	45.0
Üç ve üstü	1	5.0
<i>İntihar girişimi</i>		
Var	0	0
Yok	20	100
<i>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</i>		
Var	9	45.0
Yok	11	55.0

4.7.2 HDDÖ Pilot Çalışma İç Tutarlılığı

Çalışmamızda iç tutarlılık katsayısını saptamak amacıyla Cronbach's Alpha, İki yarı güvenilirliği için Spearman-Brown katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Pilot çalışmada HDDÖ'nün Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı her iki uzman için .80 bulunmuştur. İki yarı (split-half) güvenilirliği için hesaplanan Spearman-Brown Katsayısı her iki uzman için .88 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu gösterir.

Madde ile toplam puan arasındaki korelasyonu Uzman1 için .34 ile .89 arası Uzman2 için ise .36 ile .88 arasında değişmektedir. Böylece, ölçek maddelerinin birbiri ve ölçeğin tamamı ile tutarlılık gösterdiği saptanmıştır. Güvenirlik analizi istatistikleri Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1 HDDÖ Pilot Çalışma İç Tutarlılığı

	<i>Uzman 1</i>		<i>Uzman 2</i>	
	<i>Madde Toplam Korelasyonu</i>	<i>Madde Silindiğinde Cronbach Alpha</i>	<i>Madde Toplam Korelasyonu</i>	<i>Madde Silindiğinde Cronbach Alpha</i>
Depresif duygudurum	.886	.749	.883	.756
İş ve ilgi	.494	.778	.544	.780
Genital belirtiler	.397	.799	.410	.803
Somatik Gastrointestinal	.504	.776	.532	.780
Kilo kaybı	.449	.782	.484	.785
Uykuya dalma	.425	.783	.411	.790
Uykuyu sürdürme	.850	.804	.820	.810
Erken uyanma	.340	.812	.470	.816
Genel somatik belirtiler	.355	.803	.419	.810
Suçluluk/Cezalandırma	.504	.776	.482	.784
İntihar	.741	.756	.763	.761
Ruhsal anksiyete	.355	.790	.360	.795
Bedensel anksiyete	.409	.785	.374	.792
Hipokondriyazis	.391	.785	.470	.787
İçgörü	.497	.779	.532	.782
Retardasyon	.351	.799	.361	.804
Ajitasyon	.462	.781	.403	.790

4.7.3 Puanlayıcılar Arası Güvenirlik

Puanlayıcılar arasındaki tutarlılığı belirlemek üzere Kappa analizi ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Gözlemciler arasındaki uyumu ortaya koyan kappa analizi ile birlikte gözlemci puanları arasında yüksek korelasyon çıkması, tutarlılık göstergesi olarak kabul edilebilir. Kappa (K) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri Tablo 4.2'de verilmektedir.

Tablo 4.2 Kappa (*k*) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri

<i>Kappa (K)</i>	<i>Yorum</i>
< 0	Hiç uyuşma olmaması
0.0 — 0.20	Önemsiz uyuşma olması
0.21 — 0.40	Orta derecede uyuşma olması
0.41 — 0.60	Ekseriyetle uyuşma olması
0.61 — 0.80	Önemli derecede uyuşma olması
0.81 — 1.00	Neredeyse mükemmel uyuşma olması

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics*, 33(2), 363.

HDDÖ maddelerinin iki uzman arasındaki uyumluluk katsayılarının .82 ile 1 arasında değiştiği ve bu katsayıların anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre uygulayıcılar arasında mükemmel bir uyuşma vardır. İki uzmana ait toplam HDDÖ puanları arasındaki korelasyon ise pozitif yönde %99.5 oranında anlamlı bulunmuştur ($p = .000 < .05$). Ölçeğin maddelerine ilişkin Kappa (K) katsayıları Tablo 4.3'te verilmektedir.

Tablo 4.3 HDDÖ Pilot Çalışma Kappa Katsayıları

<i>Maddeler</i>	<i>Kappa (K)</i>	<i>P</i>
Depresif duygudurum	1.000	.000
İş ve ilgi	0.905	.000
Genital belirtiler	0.823	.000
Somatik gastrointestinal	1.000	.000
Kilo kaybı	1.000	.000
Uykuya dalma	1.000	.000
Uykuyu sürdürme	1.000	.000
Erken uyanma	1.000	.000
Genel somatik belirtiler	1.000	.000
Suçluluk/Cezalandırma	1.000	.000
İntihar	1.000	.000
Ruhsal Anksiyete	0.886	.000
Bedensel Anksiyete	1.000	.000
Hipokondriyazis	0.879	.000
İçgörü	1.000	.000
Retardasyon	1.000	.000
Ajitasyon	1.000	.000

BÖLÜM 5

5. ANA ÇALIŞMA: GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice Formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın örneklemi, veri toplama araçları, veri toplama yöntemi ve toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

5.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırma Ermenistan'ın Erivan şehrinde Artmed Hastanesi'nde Ekim 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi depresif grup ve sağlıklı (kontrol) grup olmak üzere iki gruptan oluşturuldu.

Depresif grup; hastanenin psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından ICD-10 tanı kriterlerine göre ilk kez sadece major depresyon tanısı alan veya sadece major depresyon tanısıyla takipli olan hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerine uyan 80 hastadan oluşturuldu. Çalışmaya dahil olmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu katılımcılara belirtilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır (EK C).

Depresif grubun çalışmaya alınma ölçütü olarak katılımcıların, 18-65 yaş aralığında olması, mental retardasyon olmaması, major depresyon tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik ek veya ikincil tanı olmaması, ölçeklerin uygulanmasından en az 2 ay öncesinden başlayarak buna yönelik herhangi bir tedavi almamış olması dikkate alınmıştır.

Sağlıklı grup; geçmişte ve şu anda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunmayan ve buna yönelik ilaç kullanımının olmadığı hastanede çalışan 52 kişinin katılımıyla değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil olmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu katılımcılara belirtilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır (EK C).

Sağlıklı grupta çalışmaya alınma ölçütü olarak katılımcıların, 18-65 yaş aralığında hastanenin çalışanı olması, alkol kötüye kullanımı ve mental retardasyon olmaması, geçmişte ve şu anda herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı ve buna yönelik ilaç kullanımının olmaması dikkate alınmıştır. Sosyodemografik soru formunda yer alan sorularla kontrol grubunun sağlıklı olduğunun teyidi alınmıştır.

5.3 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

5.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Hem depresif grubun hem sağlıklı grubun katılımcıları hakkında bilgi edinmek için araştırmacı tarafından çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanmış formdur. Sosyodemografik bilgi formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, algılanan gelir düzeyi gibi durumları hakkında bilgi toplamayı amaçlayan bir formdur. Ayrıca formda çalışmaya alınma ölçütlerini belirlemek amacıyla depresif grup için; geçmişte major depresyon dışında herhangi bir psikiyatrik tanının olup olmadığı, alkol kötüye kullanımının olup olmadığı gibi sorular, sağlıklı grup için; geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı, ilaç kullanımı olup olmadığı gibi sorular yer almaktadır (EK D).

5.3.2 Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D)

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D) Radloff (1977) tarafından genel popülasyonda depresif belirtileri ölçmek amacıyla tasarlanmış bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek yalnızlık, isteksizlik, can sıkıntısı, moralsizlik, iştahsızlık, uyku problemleri gibi depresyon ile ilgili 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, katılımcıların depresif belirtilerle ilgili geçen bir hafta boyunca ne hissettiğini,

nasıl davrandığını ve bunları ne sıklıkta yaşadığını sorgulamaktadır (Radloff, 1977). Ölçek maddeleri 0 ve 3 aralığında dörtlü likert tipi puanlama sistemine sahiptir. Ölçek yanıtları; 0= Hiç bir zaman-nadiren (1 günden daha az), 1= Birazcık-bir kaç kez (1-2 gün), 2= Arada sırada-bazen (3-4 gün) ve 3= Çokça-çoğu zaman (5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır. 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. 20 maddeden oluşan orijinal ölçeğin toplam puanı 0 ile 60 arasında değişmektedir ve Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı .90'dır. Ölçeğin orijinalinde kesme noktası 16 olarak belirlenmiştir, 16 ve üzeri toplam puan depresyon olarak kabul edilmektedir. Puanların yüksek olması depresyonun şiddetli olduğunun göstergesidir (Radloff, 1977).

Demirchyan ve arkadaşları (2011) depresif etki, pozitif etki, somatik sorunlar ve gecikmiş aktivite, kişiler arası ilişki sorunları başlığıyla dört alt maddeleri temsil eden, 20 soruluk CES-D ölçeğinin Ermenistan için psikometrik özelliklerini incelemiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda 16 negatif anlam içeren üç faktörün maddeleri anlamlı bulunmuştur ancak pozitif etki faktöründe yer alan dört maddenin iç tutarlılığı azalttığı tespit edilmiştir. Araştırmada 20 soruluk CES-D ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri .80 bulunmuştur ancak ölçekten pozitif faktör maddeleri çıkartıldığı zaman bu değer .90'a yükseldiği rapor edilmiştir. 16 maddelik ölçekte kadınlar için Cronbach's Alpha değeri .91 erkekler için .88 değerinde bulunmuştur (Demirchyan ve ark., 2011). Çalışmamızda CES-D ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri .88 bulunmuştur. (EK-E)

5.3.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HDDÖ 1960 yılında Max Hamilton tarafından depresyonun semptomlarını ve şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, uzman derecelendirilmesi esasına dayalı bir ölçektir (Hamilton, 1960). Ölçek daha sonra Williams (1978) tarafından Hamilton gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Herhangi bir rehber içermeyen ölçek, uygulayıcının her madde için açık uçlu sorularla, yani hastaya istediği gibi soru yöneltmesiyle aldığı cevaplara dayanırken, daha sonra her madde için sabit bazı soruları içerecek şekilde yapılandırılmış bir görüşme ölçeği oluşturulmuştur (Williams, 1978).

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, somatik gastrointestinal, genel bedensel belirtiler, genital belirtiler, kilo kaybı ve içgörü 0-2 arasında derecelendirir. Depresif ruh hali, iş ve ilgi, suçluluk, intihar, ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriyazis, retardasyon, ajitasyon maddeleri 0-4 arasında derecelendirilir. Sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek skor 53'tür. Toplam 0-7 puan arasında depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif şiddette depresyonu, 16-28 arası orta şiddette depresyonu, 29 ve üzerinde puan ağır şiddette depresyonu göstermektedir. (EK-F)

5.4 Uygulama

Psikiyatri kliniğine depresif yakınmalarla başvuran ve psikiyatrist tarafından uygulanan ICD-10 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı alan veya major depresyon tanısıyla takipli hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere öncelikle Gönüllü Onam Formu verilmiştir. Çalışmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş onamları alınan hastalara uzman psikolog tarafından sosyodemografik formda yer alan sorular sorularak hasta çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir.

Ardından çalışmaya alınma ölçütlerine uygun olan hastalara aynı gün içinde iki uzman psikolog tarafından eş zamanlı olarak "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği" uygulanmıştır. HDDÖ'nün ardından katılımcılardan öz değerlendirmeye dayanan CES-D ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Hastane çalışanlarından oluşturulan sağlıklı gruba da öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu verilmiştir. Çalışmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş onamları alınan hastalara uzman psikolog tarafından sosyodemografik formda yer alan sorular sorularak hasta çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir. Ardından çalışmaya alınma ölçütlerine uygun olan hastalara aynı gün içinde iki uzman psikolog tarafından eş zamanlı olarak "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği" uygulanmıştır. HDDÖ'nün ardından katılımcılardan öz değerlendirmeye dayanan CES-D ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

5.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ve MedCalc 17.4 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Analize geçmeden önce elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığı basıklık ve çarpıklık katsayılarına bakılarak incelenmiştir. Değişkenlerde kayıp değer bulunmadığı halde normal dağılım ölçütü anlamında çarpıklık ve basıklık eşik değeri olarak ± 2 kabul edilirken basıklık için bu değer ± 3 olabileceği belirtilmektedir (Sposito ve ark., 1983). Bu bilgiye dayanarak araştırma kapsamında kullanılan tüm ölçekler için verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir. Bu nedenle analizde parametrik testler kullanılmıştır. Veriler tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5 Araştırma Ölçeklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

	<i>Çalışma grubu</i>				<i>Kontrol grubu</i>			
	<i>Ranj</i>	$\bar{X} \pm ss$	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Ranj</i>	$\bar{X} \pm ss$	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
<i>HDDÖ1</i>	16-37	26,64 \pm 4,62	0,13	-0,46	1-5	2,94 \pm 0,92	-0,04	-0,00
<i>HDDÖ2</i>	17-37	26,74 \pm 4,61	0,11	-0,63	1-5	2,98 \pm 0,98	0,04	-0,29
<i>CES-D</i>	12-40	24,09 \pm 6,64	0,29	-0,70	1-6	3,70 \pm 1,15	0,07	-0,38

Tanımlayıcı istatistikler yoluyla Sosyodemografik Bilgi Formundan elde edilen verilerin ortalama, yüzdeler ve standart sapma değerleri bulunmuştur. Depresif grubun HDDÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında, ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi, çoklu grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Çalışmamızda ölçeğin geçerlik analizi kapsamında; benzer ölçek geçerliği ve ayırt etme geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Benzer ölçek geçerliği, yeni ölçeğin aynı özellikleri ölçtüğü düşünülen ve daha önce geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış ölçekle ilişkisinin incelenmesidir. Katılımcıların her iki ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve bu korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (Baydur ve Eser, 2006). Benzer ölçek geçerliği Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır.

Ayırt etme geçerliği ölçeğin hasta ve sağlıklı grubu ayırt etme durumudur. Bir maddenin ayırt etme gücü, ölçülen değişken bakımından birimler arası farklılığı ne ölçüde ortaya çıkarabildiği ile ilgilidir. Çalışmamızda ayırt etme geçerliği

hesaplamasında HDDÖ ve CES-D ölçeklerinin puanları açısından sağlıklı grupla depresif grup arasında fark olup olmadığı t-test tekniği ile analiz edilmiştir.

HDDÖ'nün güvenilirliği iç tutarlılık ve puanlayıcılar arası güvenilirlik test yöntemleri kullanılarak hesaplanmıştır. İç tutarlılık katsayısı; Cronbach's Alpha, İki yarı (split-half) güvenilirliği için Spearman-Brown Katsayısı ve madde toplam puan korelasyon değerleri hesaplanarak saptanmıştır.

Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddeler birbiriyle o ölçüde tutarlı olmakta ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğunu göstermektedir (Cronbach, 1951). Madde toplam puan korelasyonu, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar (Büyüköztürk, 2008).

Puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısını belirlemek amacıyla Kappa analizi ve korelasyon analiz ölçümleri kullanılmıştır. Kappa analizi puanlayıcılar (değerlendirici) arasındaki uyuma yönelik güvenilirliği belirleyen istatistik analiz yöntemidir. Kappa istatistiği -1 ile +1 arasında değer almaktadır (Cohen, 1960).

Ölçek kesim noktasının belirlenmesinde ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi uygulanmıştır. Yapılan testin sonucunda bir anlam çıkartmaya yarar, tanı koymaya yardımcı olur yani hasta grubuyla sağlıklı grubu birbirinden ayırt eder. ROC analizi tanı testleri için en iyi kesim noktasını belirlemek amacıyla kullanılabilir. Bir tanı testi sonucunda hastalarla sağlıklıların birbirinden ne kadar iyi ayrıldığını ölçen performans ölçüsüdür (Hanley ve Mcneil, 1982). HDDÖ'nün kesim noktasının belirlenmesinde ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi uygulanmıştır. ROC analizi, yapılan testin sonucunda bir anlam çıkartmaya yarar, tanı koymaya yardımcı olur yani hasta grubuyla sağlıklı grubu birbirinden ayırt eder. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 6

6. BULGULAR

6.1 Betimleyici İstatistikler

Depresif grubun; %53.8'i (n=43) kadın, %46.2'si (n=37) erkektir. Lise ve altı seviyesinde olanların oranı %48.8 (n=39), üniversite mezunu olanların oranı %51.2'dir (n=41). Çalışanların oranı %92.5 (n=74), çalışmayanların oranı %7.5'tir (n=6). Grubun %47.5'i (n=38) evli, %33.8'i (n=27) bekar, %18.8'i (n=15) boşanmış veya ayrı yaşadığını bildirmiştir. Grubun %36.2'si (n=29) düşük, %58.8'i (n=47) orta, %5'i (n=4) yüksek gelir düzeyi algısına sahiptir. Grubun %45'i (n=36) geçmişte MDB öyküsü olduğunu, %55'i (n=44) ise DB öyküsü olduğunu bildirmiştir. Depresyon tanısı alan grubun %58.8'i (n=47) mevcut tanı dahil tek atak, %27.5'i (n=22) iki atak, %13.8'i (n=11) üç veya daha fazla sayıda atak geçirdiğini belirtmiştir. İntihar girişiminde bulunanların oranı %3.8 (n=3), bulunmayanların oranı %96.2'dir (n=77). Hastaların 47'si tek atak, 22'si iki atak, 11'i üç veya daha fazla atak geçirmiştir

Sağlıklı grubun; %53.8'i (n=28) kadın, %46.2'si (n=24) erkektir. Lise ve altı seviyede olanların oranı %21.2 (n=11), üniversite mezunu olanların oranı %78.8'dir (n=41). Grubun %100'ü (n=52) çalıştığını bildirmiştir. Grubun %71.2'si (n=37) evli, %26.9'u (n=14) bekar, %1.9'u (n=1) boşanmış veya ayrı yaşadığını bildirmiştir. Grubun %90.4'ü (n=47) çekirdek ailesiyle yaşadığını %9.6'sı (n=5) geniş ailesiyle yaşadığını bildirmiştir. Grubun %7.7'si (n=4) düşük, %59.6'sı (n=31) orta, %32.7'si (n=17) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, algılanan gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerine göre frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6 Ana Çalışma Örneklemine İlişkin Sosyodemografik Özellikler

	<i>Depresif grup</i>		<i>Kontrol grubu</i>	
	<i>f</i> (\bar{X})	<i>%</i> (<i>ss</i>)	<i>f</i> (\bar{X})	<i>%</i> (<i>ss</i>)
<i>Cinsiyet</i>				
Kadın	43	53.8	28	53.8
Erkek	37	46.3	24	46.2
<i>Yaş</i>	(32.00)	(4.34)	(32.88)	(7.01)
<i>Yaşanan yer</i>				
Kırsal Bölge	12	15.0	8	15.4
Kentsel Bölge	68	85.0	44	84.6
<i>Eğitim düzeyi</i>				
Üniversite eğitimi almayanlar	39	48.8	11	21.2
Üniversite eğitimi alanlar	41	51.2	41	78.8
<i>Çalışma durumu</i>				
Çalışıyor	74	92.5	52	100.0
Çalışmıyor	6	7.5	0	0.0
<i>Kardeş sayısı</i>				
Tek çocuk	20	25	9	17.3
İki kardeş	40	50	37	71.2
Üç ve üstü kardeş	20	25	6	11.5
<i>Medeni durum</i>				
Evli	38	47.5	37	71.2
Bekar	27	33.8	14	26.9
Boşanmış/ayrı yaşıyor	15	18.8	1	1.9
<i>Birlikte yaşanan kişi</i>				
Çekirdek aile	51	63.7	47	90.4
Geniş aile	7	8.8	5	9.6
Yalnız	22	27.5	0	0.0
<i>Algılanan gelir düzeyi</i>				
Düşük	29	36.2	4	7.7
Orta	47	58.8	31	59.6
Yüksek	4	5.0	17	32.7
<i>Geçmiş DB öyküsü</i>				
MDB	36	45	-	-
DB	44	55	-	-
<i>Mevcut dahil atak sayısı</i>				
Tek atak	47	58.8	-	-
İki atak	22	27.5	-	-
Üç ve üstü	11	13.8	-	-
<i>İntihar girişimi</i>				
Var	3	3.8	0	0
Yok	77	96.2	52	100
<i>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</i>				
Var	23	28.7	0	0
Yok	57	71.2	52	100

Depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. HDDÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği, ($t=3.69$, $p<.001$) ve kadınların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamalarının ($\bar{X}=19.5$) erkeklerin HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamalarından ($\bar{X}=15.2$) anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Depresif grubun eğitim düzeyine göre lise ve altı eğitim düzeyinde olanların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamaları ($\bar{X}=17.08$) ile üniversite düzeyinde olanların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamaları ($\bar{X}=17.48$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($t=.006$, $p=.743>.05$).

Depresif grupta intihar girişiminde bulunanların HDDÖ puan ortalamaları ile intihar girişiminde bulunmayanların HDDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, ($t=2.19$, $p=.03<.05$) ve intihar girişiminde bulunanların HDDÖ puan ortalamalarının ($\bar{X}=24.33$) intihar girişiminde bulunmayanların HDDÖ puan ortalamalarından ($\bar{X}=17.23$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamaları ($\bar{X}=16.74$) ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamaları ($\bar{X}=17.81$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($t=-.763$, $p=.448>.05$). İlgili sonuçlar Tablo 6.1’de yer almaktadır.

Tablo 6.1 Depresif Grubun HDDÖ Puanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

	<i>N</i>	\bar{X}	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Cinsiyet</i>					
Kadın	43	19.5	6.00	3.69	.001
Erkek	37	15.2	4.26		
<i>Eğitim düzeyi</i>					
Lise ve altı	39	17.08	5.23	.006	.743
Üniversite	41	17.48	5.91		
<i>İntihar girişimi</i>					
Var	3	24.33	3.21	2.19	.032
Yok	77	17.23	5.57		
<i>Ailede psikiyatrik hastalık</i>					
Var	23	16.74	4.94	-.763	.448
Yok	57	17.81	5.93		

Depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. HDDÖ puan ortalamalarının medeni durum gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini tespit edilmiştir ($F=.881$, $p = .418 > 0.05$).

Depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının algılanan gelir düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($F=.933$, $p = .398 > 0.05$).

Depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının mevcut dâhil atak sayısı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini tespit edilmiştir ($F=.783$, $p = .461 > 0.05$). İlgili sonuçlar Tablo 6.2’de yer almaktadır.

Tablo 6.2 Depresif Grubun Medeni Durum, Algılanan Gelir Düzeyi ve Mevcut Dahil Atak Sayısı ile HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki

	<i>N</i>	\bar{X}	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Medeni durum</i>					
Evli	38	18.18	6.64		
Bekar	27	17.48	4.59	.881	.418
Boşanmış/ayrı yaşıyor	15	15.87	4.56		
<i>Algılanan gelir düzeyi</i>					
Düşük	29	18.24	5.01		
Orta	47	17.32	6.09	.933	.398
Yüksek	4	14.25	4.11		
<i>Mevcut dahil atak sayısı</i>					
Tek atak	47	17.91	5.56		
İki atak	22	16.23	6.12	.783	.461
Üç ve üstü	11	18.27	5.18		

6.2 Geçerlik Analizleri

6.2.1 Benzer Ölçek Geçerliği

Benzer ölçek geçerliğinin değerlendirilmesi için HDDÖ gibi depresyonu ölçen ancak öz değerlendirmeye dayanan CES-D ölçeği kullanılarak aralarındaki ilişki incelenmiştir. Benzer ölçek geçerliği Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Korelasyon katsayıları değerlendirilirken; r değeri .35’ten düşük ise

zayıf korelasyon, .36 ile .67 arası ise orta kuvvette korelasyon, .68 ile .90 arasında ise yüksek korelasyon .90'dan büyük ise çok yüksek korelasyon olarak kabul edilmiştir (Waber ve Lamb, 1970).

HDDÖ ile CES-D ölçeğinin toplam puanlarının korelasyonlarına bakılmıştır. 80 depresif grup ve 52 kontrol grubu olmak üzere toplam 132 kişiden oluşan örnekleme Uzman1 tarafından puanlanan HDDÖ ile CES-D puanları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = .000$; $r = .813$). Uzman2 tarafından puanlanan HDDÖ ile CES-D puanları arasında da benzer şekilde pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = .000$; $r = .814$). İlgili sonuçlar Tablo 6.3'te yer almaktadır.

Tablo 6.3 HDDÖ ile CES-D Arasındaki Korelasyonlar

	1	2	3
1. HDDÖ- Uzman 1	1		
2. HDDÖ- Uzman 2	.899**	1	
3. CES-D	.813**	.814**	1

** $p < .01$ ve * $p < .05$

6.2.2 Ayırt Etme Geçerliliği

Çalışmamızda, 80 depresif grup 52 sağlıklı grup üzerinden ölçeklerin ayırıcı özelliği hesaplanmıştır. HDDÖ puanları iki uzmanın eş zamanlı olarak değerlendirilmesiyle, CES-D puanları ise katılımcıların kendini değerlendirmesiyle elde edilmiştir. Depresif grup ile sağlıklı grubun HDDÖ ve CES-D puanları karşılaştırılarak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bu t-test tekniği ile analiz edilmiştir.

Depresif grupta Uzman1 HDDÖ puan ortalaması ($x=26.64$), sağlıklı grupta Uzman1 HDDÖ puan ortalamasından ($x=2.94$) yüksek bulunmuştur. Depresif grup ile sağlıklı grubun Uzman1 HDDÖ puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-test sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 44.52$, $p = .000 < .05$).

Depresif grupta Uzman2 HDDÖ puan ortalaması ($x=26.74$), sağlıklı grupta Uzman2 HDDÖ puan ortalamasından ($x=2.98$) yüksek bulunmuştur. Depresif grup ile sağlıklı grubun Uzman2 HDDÖ puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-test sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 44.59$, $p = .000 < .05$).

Depresif grupta CES-D puan ortalaması ($x=24.09$), sağlıklı grupta CES-D puan ortalamasından ($x=3.69$) yüksek bulunmuştur. Depresif grup ile sağlıklı grubun CES-D puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-test sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 26.88$; $p = .000 < .05$).

Bu sonuçlar HDDÖ'nün depresif hastaları sağlıklı bireylerden çok iyi ayırt ettiğini göstermektedir. İlgili sonuçlar Tablo 6.4'te yer almaktadır.

Tablo 6.4 Depresif ve Kontrol Grubun HDDÖ ve CES-D Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma grubu (n=80)		Kontrol grubu (n=52)		<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{X}	<i>SS</i>	\bar{X}	<i>SS</i>		
HDDÖ-Uzman 1	26.64	4.62	2.94	0.92	44.52	.000
HDDÖ-Uzman 2	26.74	4.61	2.98	0.98	44.59	.000
CES-D	24.09	6.64	3.69	1.15	26.88	.000

6.3 Güvenirlilik Analizleri

6.3.1 İç Tutarlılık

HDDÖ'nün güvenirlilik çalışmaları kapsamında ilk olarak Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplamasında ölçeğin güvenirliliği için alt sınır değeri .70 olarak belirlenmiştir. Cronbach's Alpha değerinin .70 ve üstü olması ölçeğin güvenilir olduğunun göstergesidir (Lance ve ark., 2006; Nunnally ve Bernstein, 1978).

Yapılan hesaplamalarda depresif grup ve kontrol grubu birlikte değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre her iki uzman için HDDÖ'nün Cronbach's Alpha güvenirlilik katsayısı .97 olarak bulunmuştur. İki yarı (split-half) güvenirliliği için hesaplanan

Spearman-Brown Katsayısı her iki uzman için de .96 olarak bulunmuştur. Bu, yüksek derecede güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilmektedir.

İç tutarlılık değerlendirme yöntemlerinden bir diğeri madde ile toplam arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi yöntemidir. Madde toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer özellikleri örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstergesidir. Genel olarak madde toplam puan korelasyonunun .30 ve üstünde olmasının yeterliği olacağı ve iyi maddeler olduğu belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2008).

Bu çalışmada her bir maddenin toplam puanla korelasyonu Uzman1 için .48 ile .92 arasında, Uzman2 için ise .46 ile .92 arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin birbiri ve ölçeğin tamamı ile tutarlılık gösterdiği saptanmıştır. Güvenirlik analizi istatistikleri Tablo 6.5'te gösterilmektedir.

Tablo 6.5 HDDÖ Madde Toplam Korelasyonu

	<i>Uzman 1</i>		<i>Uzman 2</i>	
	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha
Depresif duygudurum	.910	.961	.919	.961
İş ve ilgi	.857	.962	.852	.963
Genital belirtiler	.919	.961	.920	.961
Somatik gastrointestinal	.855	.962	.856	.962
Kilo kaybı	.857	.962	.860	.962
Uykuya dalma	.672	.965	.700	.964
Uykuyu sürdürme	.479	.967	.458	.967
Erken uyanma	.749	.964	.725	.964
Genel somatik belirtiler	.717	.964	.730	.964
Suçluluk/Cezalandırma	.895	.961	.887	.962
İntihar	.846	.962	.849	.962
Ruhsal anksiyete	.777	.963	.778	.963
Bedensel anksiyete	.891	.961	.891	.962
Hipokondriyazis	.821	.963	.823	.963
İçgörü	.584	.966	.585	.966
Retardasyon	.809	.963	.813	.963
Ajitasyon	.554	.966	.559	.966

6.3.2 Puanlayıcılar Arası Güvenirlik

Puanlayıcılar arasındaki tutarlılığı belirlemek üzere 80 çalışma ve 52 kontrol grubu olmak üzere toplam 132 kişiden oluşan örnekleme Kappa analizi ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Gözlemciler arasındaki uyumu ortaya koyan kappa analizi ile birlikte gözlemci puanları arasında yüksek korelasyon çıkması, tutarlılık göstergesi olarak kabul edilebilir.

HDDÖ maddelerinin iki uzman arasındaki uyumluluk katsayılarının .95 ile 1 arasında değiştiği ve bu katsayıların anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre uygulayıcılar arasında mükemmel bir uyuma vardır.

İki uzmana ait toplam HDDÖ puanları arasındaki korelasyon ise pozitif yönde %99.9 oranında anlamlı bulunmuştur ($p = .000 < .05$). Bu bulgu ve pilot çalışmada yer alan puanlayıcılar arasındaki tutarlılığa ilişkin bulgular ölçeğin ortak anlaşıldığını göstermektedir. İlgili sonuçlar Tablo 6.6'da yer almaktadır.

Tablo 6.6 HDDÖ Kappa Katsayıları

Maddeler	Kappa (κ)	P
Depresif duygudurum	0.965	.000
İş ve ilgi	0.980	.000
Genital belirtiler	1.000	.000
Somatik gastrointestinal	0.976	.000
Kilo kaybı	0.965	.000
Uykuya dalma	0.959	.000
Uykuyu sürdürme	0.987	.000
Erken uyanma	0.961	.000
Genel somatik belirtiler	0.976	.000
Suçluluk/Cezalandırma	0.988	.000
İntihar	0.989	.000
Ruhsal anksiyete	0.989	.000
Bedensel anksiyete	0.978	.000
Hipokondriyazis	1.000	.000
İçgörü	1.000	.000
Retardasyon	0.974	.000
Ajitasyon	0.947	.000

6.4 Kesim Noktasının Belirlenmesi

ROC eğrisinde (Receiver Operating Characteristic Curve) depresif ve kontrol gruplarını birbirinden ayırt etmek için bir kesim noktası (cut-off) değeri bulmak amaçlanır. ROC eğrisi istatistiksel bir karar verme yöntemidir.

Ölçeğin Ermenice formunun kesim noktasının belirlenmesi için ROC Analizi uygulanmıştır. depresif grupla sağlıklı grup arasında ROC analizi uygulanarak HDDÖ'nün Hem kesme puanı hesaplanmış hem de özgüllüğü ve duyarlılığı elde edilmiştir. ROC analizi ile birlikte cut-off değeri elde etmek üzere HDDÖ puanına göre 80 pozitif değer, 52 negatif değer bulunmaktadır. Yapılan ROC analizinde Optimum kesme (cut-off) değeri >6 olarak belirlenmiştir. Kesme noktasındaki Sensitivity (Duyarlılık) 95; Specificity (Özgüllük) 92.31 olarak belirlendi. Youden index $J = .873$ olarak bulunmuştur ($0 < J = .873 < 1$). Bu bulgulara göre Hamilton ölçek puanı 6'nın üzerinde olanlarda depresyon olduğu, 6 ve altında kalanlarda depresyon olmadığı söylenebilir.

BÖLÜM 7

7. TARTIŞMA

Depresyon, çökkün duygudurum, bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide düşüşün, kilo kaybı, neredeyse her gün oluşan uykusuzluk, benlik değerinde azalma ve yineleyici ölüm düşüncelerinin eşlik ettiği ve genel olarak bu durumların hastanın işlevselliğini azaltması sonucu ortaya çıkan psikopatolojik bir tanıdır (APA, 2013).

Depresyon birey ve toplumları eğitimden ekonomiye kadar birçok farklı alanlarda derinden etkilemektedir. Bu etkinin özellikle Ermenistan halkı gibi uzun yıllar doğal afet, savaş, komşu ülke sorunları ve özgürlük gibi alanlarda problem yaşayan toplumlarda daha yaygın bir şekilde kendini gösterdiği düşünülmektedir. Ancak bu tür bir araştırmayı yürütmek için öncelikle değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Rippere, 1997). Bu nedenle Antik Çin'den beri depresyonu tanımlamak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Kılınç, 2011). Bu ölçeklerden biri olan HDDÖ depresyonun belirtilerini ve şiddetini ölçmek için kullanılan en yaygın ölçeklerdendir (Hamilton, 1960).

Bu çalışmanın amacı orijinali İngilizce olan HDDÖ'nün Ermenice geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır. Daha önce ölçekle ilgili Ermenistan'da geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Halbuki Ermenistan gibi yıllarca ekonomik, siyasal, depremler ve coğrafik nedenler ile sürekli problemler yaşayan bir ülke için böyle bir ölçeğin varlığı hem bireysel hem de toplumsal etkenlerin sebep olduğu depresyon belirtilerinin saptanması açısından özellikle önemlidir. Bu nedenle bu çalışmada, çeşitli ülkelerde kullanılan, uluslararası kabul görmüş HDDÖ'nün Ermenice formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Böylece depresyonun varlığı ve şiddeti ile ilgili alan yazına katkı sunulması hedeflenmiştir. HDDÖ hedef gruba uygulanmadan önce, ölçekte yer alan maddelerin anlaşılabilirliği

ve uygulama süresine ilişkin dönüt alabilmek için pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot grubu; depresif bozukluk tanısı alan 20 hastadan oluşmuştur. Bu çalışmada HDDÖ'nün güvenilirliğini ölçmek için iç tutarlılık ve puanlayıcılar arası güvenilirlik ölçümleri kullanılmıştır.

Her iki uzman için HDDÖ'nün Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Spearman-Brown formülüne göre iki yarı güvenilirlik katsayısı her iki uzman için .88 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, iyi bir iç tutarlılık ve yüksek derecede güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilebilir. Madde toplam puan korelasyonu Uzman1 için .34 ile .89 arası Uzman2 için ise .36 ile .88 arasında değişmektedir. Böylece, ölçek maddelerinin birbiri ve ölçeğin tamamı ile tutarlılık gösterdiği saptanmıştır.

Puanlayıcılar arasındaki tutarlılığı belirlemek üzere Kappa analizi ve korelasyon analizi uygulanmıştır. HDDÖ maddelerinin iki uzman arasındaki Kappa uyumluluk katsayılarının .82 ile 1 arasında değiştiği ve bu katsayıların anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre uygulayıcılar arasında mükemmel bir uyuşma vardır. İki uzmana ait toplam HDDÖ puanları arasındaki korelasyon ise pozitif yönde %99.5 oranında anlamlı bulunmuştur.

Pilot çalışma sonucunda HDDÖ'nün uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği açısından herhangi bir problem olmadığı anlaşılmıştır. Böylelikle pilot çalışmanın ardında ana çalışmaya geçilmiştir.

Ana çalışmaya toplam 132 kişi dahil olmuştur. Bunların 80'i ICD-10 tanı kriterlerini karşılayan depresif bozukluk tanılı hasta grubunu, 52'si ise psikiyatrik açıdan sağlıklı gönüllü kontrol grubunu oluşturmuştur. Depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve ailedeki hastalık öyküsü açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının cinsiyet ve intihar girişiminde bulunma değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Birçok toplumda cinsiyetler arası değerlendirmede kadınların depresyondan daha fazla etkilendikleri bilinmektedir. Belirtiler toplumdan topluma değişiklik gösterse

dahi değişmeyen şey hastalığın kadınlarda daha fazla görüldüğüdür (Goodwin ve Gotlib, 2004; Velde, Bracke ve Levecque, 2010). Bizim çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu olup depresif grubun HDDÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve depresif kadınların HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamalarının depresif erkeklerin HDDÖ puanlarına ilişkin ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde ölçeğin Türkiye için uyarlamasını yapan Akdemir ve arkadaşları (1996) HDDÖ toplam puan ortalamalarını cinsiyet değişkenine göre incelemişler ve hipokondriyazis, retardasyon ve genital belirtiler dışında tüm madde ve toplam puan ortalamalarında kadınların erkeklerden daha yüksek puanlar aldığını özellikle ruhsal anksiyete ve uykuyu sürdürme maddelerinin anlamlı derecede farklılık gösterdiğini ve toplam puan farkının da neredeyse anlamlılığa çok yakın olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlarla erkekler arasındaki bu farklılığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte konuyla ilgili birçok araştırma ve görüş mevcuttur. Bunun nedeni olarak; kadınların gebelik, doğum, premenstrüel dönem gibi biyolojik yapıları, psikolojik olarak depresyona yatkınlık yaratan ek özelliklerin mevcut olması, aynı stres etkeni karşısında kadınların daha yoğun belirtiler göstermesi, toplumsal ve kültürel konumları ile iş yükü ve eşitsizlikler olarak belirtilmektedir. Amerikan, Afrikan ve Avrupalı insanların oluşturduğu toplam 1500 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon hastalığına kadınların %62 oranında erkeklere göre daha fazla muzdarip oldukları ifade edilmiştir (Marcus, 2005).

Çalışmamızda ölçeğin geçerliği kapsamında; benzer ölçek geçerliği ve ayırt etme geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D) Ermenistan'da genel popülasyonda depresyonu değerlendirmek için psikometrik özellikleri araştırılan tek ölçektir. Bu nedenle çalışmamızda, benzer ölçek geçerliğinde HDDÖ ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz CES-D ölçeğini kullandık. CES-D; depresyon bozuklukları ile belirtilerinin ölçülmesi amacı ile geliştirilen bir depresyon ölçeğidir. Birçok ülkede kullanılan CES-D'nin; Ermenistan'da güvenilirliği ölçülmüştür ve Cronbach's Alpha değeri .80 bulunmuştur (Demirchyan ve ark., 2011). CES-D'nin güvenilirliği ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda; Hollanda toplumu için Cronbach's Alpha değeri .93 (Cujipers, 2008) ve İspanyollar için ise .91 (Leykin, 2011) olarak tespit edilmiştir. Çin'de 409 intihar girişiminde bulunan kişiler üzerinde yapılan çalışmada CES-D Cronbach's Alfa

değerinin .89 ile .94 güven aralığında olduğu belirlenmiştir (Yang, Jia ve Qin, 2015). Çalışmamızda CES-D ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri .88 bulunmuştur.

Bu bağlamda benzer ölçek geçerliğinin değerlendirilmesi için HDDÖ gibi depresyonu ölçen ancak katılımcının kendini değerlendirdiği CES-D ölçeği kullanılarak aralarındaki ilişki incelenmiştir. HDDÖ ile katılımcının kendini CES-D arasında Uzman1 ve Uzman2 ile .81 oranında yüksek, pozitif yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Akdemir ve arkadaşları (1996) ise HDDÖ ile kendini değerlendirmeye dayanan Beck Depresyon Ölçeği kullandıklarını ifade etmişler ve aralarında .48 ile anlamlı ancak orta düzeyde bir korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. HDDÖ ile Depresyon Semptomoloji Envanteri (IDS-C28)'nin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada IDS-C28 ile HDDÖ'nün %84 gibi çok yüksek oranda pozitif yönde korelasyon gösterdikleri sonucuna varılmıştır (Helmreich ve ark., 2011).

Fava ve arkadaşları (1982) 40 ayaklı depresif hasta ve 40 sağlıklı kontrol grubundan oluşan örneklem grubuyla HDDÖ'nün uyum geçerliğini 2 öz-bildirim ölçeği olan Belirti Derecelendirme Testi ve Belirti Anketi kullanarak değerlendirmiştir. HDDÖ'nün Belirti Derecelendirme Testi ile Belirti Anketi arasında .65 ile .62 değerinde düşük düzeyde benzer ürün-moment korelasyonları olduğu sonucuna varmışlar. Ancak bunun nedeninin klinisyen tarafından derecelendirilen ve hasta tarafından bildirilen ölçekler arasındaki farklılıklar yerine uygulanan öz-bildirim ölçeklerinden kaynaklanıyor olabileceğini belirtmişlerdir.

Ayırt etme geçerliği ölçeğin hasta ve sağlıklı kontrol grubu ayırt etme durumudur. Çalışmamızda, 80 depresif grup 52 sağlıklı kontrol grubu üzerinden ölçeklerin ayırıcı özelliği hesaplanmıştır. HDDÖ puanları iki uzmanın eş zamanlı olarak değerlendirilmesiyle, CES-D puanları ise katılımcıların kendini değerlendirmesiyle elde edilmiştir. Depresif grup ile sağlıklı grubun HDDÖ ve CES-D puanları karşılaştırılmıştır. Depresif grubun Uzman1 tarafından değerlendirilen HDDÖ puanı ile sağlıklı kontrol grubun Uzman1 tarafından değerlendirilen HDDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Depresif grubun Uzman1 HDDÖ puanı sağlıklı kontrol grubun Uzman1 HDDÖ puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Depresif grubun Uzman2 HDDÖ puanı sağlıklı kontrol grubun Uzman2 HDDÖ puanından anlamlı düzeyde yüksek

bulunmuştur. Bu sonuç Bu sonuçlar HDDÖ puanlarının grup değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucunu vermektedir. Yani HDDÖ'nün depresif hastaları sağlıklı bireylerden çok iyi ayırt ettiğini göstermektedir. Ayrıca, depresif grubun CES-D puanı ile sağlıklı kontrol grubun CES-D puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Depresif grubun CES-D puanı sağlıklı kontrol grubun CES-D puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

HDDÖ'nün farklı hasta grupları arasında ayırım yapabilme özelliğini analiz eden çalışmalar bulunmaktadır. Rush ve arkadaşları (1986) HDDÖ toplam puanın, majör depresyonu olan hastaları diğer psikiyatrik tanılarını (örneğin, bipolar bozukluk, şizofreni, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu) olanlardan hassas bir şekilde ayırdığını bulmuşlar. Carneiro, Fernandes ve Moreno (2015), HDDÖ'nün sadece 4 maddesinin (genel somatik belirtiler, içgörü, hipokondriyaz ve uykusuzluk) depresif hastaları bipolar I hastalarından duyarlı bir şekilde ayırt ettiğini bulmuşlar.

Bu çalışmada güvenilirliği ölçmek için iç tutarlılık ve uygulayıcılar arası güvenilirlik ölçümleri kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısını saptamak amacıyla Cronbach's Alpha değeri hesaplanmıştır. HDDÖ'nün Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı her iki uzman için .97 olarak tespit edilmiştir. Spearman-Brown iki yarı güvenilirlik katsayısı her iki uzman için .96 olarak bulunmuştur. Bu oldukça yüksek bir değer olup çok iyi bir iç tutarlılık ve yüksek derecede güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilir. İç tutarlılık değerlendirme yöntemlerinden bir diğeri madde toplam puan arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi yöntemidir. Çalışmamızda her bir maddenin toplam puanla korelasyonu Uzman1 için .48 ile .92 arasında, Uzman2 için ise .46 ile .92 arasında değişmektedir. Tüm maddelerin ölçeğin tümü ile olan tutarlılığının yeterli olduğu tespit edilmektedir.

Akdemir ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada, iç tutarlılık katsayısı .75 değerinde bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise HDDÖ'nün Cronbach's Alpha değeri .81 bulunmuştur (Olsen, Jensen, Noerholm, Martiny ve Bech, 2003). Benzer şekilde, Raimo ve arkadaşları (2015) HDDÖ'nün Chronbach Alpha değerini .80 bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, HDDÖ maddelerinin iki uzman arasındaki kappa uyumluluk katsayılarının .95 ile 1 arasında değiştiği ve bu katsayıların anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre uygulayıcılar arasında mükemmel bir uyuma vardır. İki uzmana ait toplam HDDÖ puanları arasındaki korelasyon ise pozitif yönde %99.9 oranında anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu ve pilot çalışmada yer alan puanlayıcılar arasındaki tutarlılığa ilişkin bulgular ölçeğin ortak anlaşıldığını göstermektedir. Birçok çalışma HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısını anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur (Miller ve ark., 1985; Moberg, 2001). Benzer şekilde HDDÖ'nün Türkçe puanlayıcılar arası güvenilirliğini belirlemek için yapılan çalışmada 4 uzman tarafından ayrı ayrı değerlendirilen uygulamalar sonucunda güvenilirlik katsayılarını %87 ile %98 arasında çok yüksek ve anlamlı bulduklarını ifade etmişlerdir (Akdemir ve ark., 1996). Trajković ve arkadaşları (2011) HDDÖ'nün puanlayıcılar arası güvenilirliğini incelemek için meta-analiz çalışması gerçekleştirmişler ve paunlayıcılar arası sınıf içi korelasyon katsayısı .92 değerinde mükemmel düzeyde anlamlılık göstermiştir.

Puanlayıcılar arasındaki uyumu belirleyen güvenilirlik ölçütü birden çok puanlayıcının, önceden belirlenmiş bir puanlama sistemine bağlı olan bir ölçeği birbirinden bağımsız olarak, ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür. Bu yöntem yüz yüze görüşme ile veya yüz yüze görüşmenin mümkün olmadığı zamanlarda (video konferans) farklı görüşme yolları ile çalışmalar yapılarak değerlendirilebilir. Fakat uygulanacak yolun önceden geçerlik ve güvenilirliğinin yapılmış olması gerekmektedir. HDDÖ ölçeğinin uygulanmasında video konferans ve yüz yüze görüşmenin geçerliğinin yapıldığı bir çalışmada her iki yöntem de HDDÖ geçerliğinin %80-95 gibi yüksek bir oranda çıktığı ve yöntemler arasında çok yüksek korelasyonun olduğu ifade edilmiştir (Kobak, 2008). HDDÖ'nün yüz yüze ve video ile karşılaştırılmalı çalışmasından sonra bir çalışmada Henrique ve arkadaşları (2014) tarafından Brezilya protekizcesinde HDDÖ'nün geçerliğini ve güvenilirliğini belirlemek için yapılan bir çalışmada HDDÖ'nün .72 ile .91 güven aralığında olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir çalışmayı Williams ve ark., (2008) gerçekleştirmiş ve HDDÖ'yü %75-89 güven aralığında bulmuşlardır.

Multipl Sklerozda Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin araştırıldığı çalışmada HDDÖ'nün Cronbach's Alpha değeri .80, ROC ise .98 olarak bulunmuştur (Raimo, 2015).

Klinik araştırmalarda en önemli nokta; bir hastalığın 'hastalık' olduğunun belirlenmesidir. Daha sonra şiddeti ve türü belirlenerek doğru sonuçlar elde edilebilir (Pintea ve Moldovan, 2009). Birçok araştırmada HDDÖ'nün doğruluğunu belirleyen standart bir kesme noktası oluşturmak için ciddi çabalar gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdaki optimum cut off değeri >6 olarak belirlendi. Bu bulgulara göre HDDÖ puanı 6'nın üzerinde olanlarda depresyon olduğu, 6 ve altında kalanlarda depresyon olmadığı söylenebilir. Zimmerman ve arkadaşlarının (2013) bildirdiğine göre Amerikan Psikiyatri Derneği'nin verileri göz önüne alınarak yapılan birçok çalışmada HDDÖ kesme noktasının 7 olarak belirlendiğini ifade etmişlerdir. Yani 7'nin altında depresyon yok üstünde ise dereceli olarak depresyonda artışlar olmaktadır. Fakat; bu durum sosyal, ekonomik ve toplumsal şartlara göre değişebileceği için bizim çalışmamızda ermeni toplumu için HDDÖ'nün kesme noktası 6 olarak belirlenmiştir.

Sonuç olarak; bu çalışmayla Ermenice adaptasyonu yapılan Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin psikometrik özelliklerinin iyi düzeyde olduğuna dair bulgular elde edilmiştir.

HDDÖ 1960 yılından bu yana birçok dile uyarlanan ve psikometrik özellikleri çok çeşitli çalışmalarda incelenen ve günümüzde hala depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır (Müller ve Dragicevic, Tabuse ve ark., 2007). Yakın tarihte Güney Afrika'da (Davies, Garman, Lund ve Schneider, 2019), Lübnan'da (Obeid, Hallit, Haddad, Hany ve Hallit, 2018), Arabistan'da (Alhadi ve ark., 2018), Endonezya'da (Istriana ve ark., 2011) yapılan HDDÖ uyarlama çalışmaları, günümüzde hala HDDÖ'nün yaygın kullanıldığının göstergesi olarak kabul edilebilir. Çeşitli ülkelerde kullanılan, uluslararası kabul görmüş HDDÖ'nün Ermenice formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi hem depresyonun varlığını ve şiddet derecesini değerlendirmede yaygın kullanılan bir ölçeğin kazandırılması, hem uluslararası karşılaştırmalar yapılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmanın örneklemini 80 hasta grubu 52 sağlıklı grup oluşturmuştur. Katılımcıların tamamı Artmed Hastanesi çalışanları ve hastalarından oluşmuştur. Bu araştırmada elde edilen bulgular araştırmanın yürütüldüğü hastanede; hastanenin çalışanları ve hastaneye başvuran hastalar ile sınırlıdır. Ölçek çalışmasında test-tekrar test yapılmamıştır. Çalışmanın Ermenistan'ın Erivan şehrindeki Artmed Hastanesi üzerinde gerçekleşmesinden yola çıkarak, araştırmanın genellenebilirliği noktasında daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılabilir. Çalışma yaş aralığı genç, erişkin ile yaşlı insanları da içine alacak şekilde örneklem genişletilebilir. Bu araştırma, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır. Araştırmada kullanılabilen tek ölçek CES-D ölçeğidir. Geçerlik güvenilirlik açısından sınırlı sayıda ölçeğe sahip Ermenistan için bu tür çalışmaların artırılması gerekmektedir. Beck Depresyon Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği gibi yaygın kullanılan ölçeklerin standardizasyon çalışmaları yapılarak HDDÖ ile karşılaştırılabilir.

Neticede, HDDÖ'nün Ermenice formunun temel psikometrik özelliklerinin sınındığı bu çalışmada, bulgular ölçeğin Ermenistan için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın ortaya çıkardığı bu bulguların daha ileriye götürülmesi için bir sonraki adım HDDÖ'nün daha geniş hasta grupları üzerinde denenmesi, tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda kullanılarak tedaviye verilen cevabı incelemesidir. Bu tür araştırmaların bulguları ölçeğin hem geçerlik ve güvenilirliğini destekleyecek hem de klinik uygulanabilirliğine ışık tutacaktır.

KAYNAKÇA

- Abkevich, V., Camp, N. J., Hensel, C. H., Neff, C. D., Russell, D. L., Hughes, D. C., ... Cannon-Albright, L. (2003). Predisposition Locus for Major Depression at Chromosome 12q22-12q23.2. *The American Journal of Human Genetics*, 73(6), 1271–1281.
- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independently living retirement communities: risk and resilience factors. *Journal of Aging and Mental Health*, 8, 475–485.
- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E., & Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 6(3), 201–208.
- Agid, O., Kohn, Y., & Lerer, B. (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54(3), 135–141.
- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N. ve Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4, 251-259.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *PsycTESTS Dataset*.
- Alhadi, A. N., Alarabi, M. A., Alshomrani, A. T., Shuqdar, R. M., Alsuwaidan, M. T., & McIntyre, R. S. (2018). Arabic Translation, Validation and Cultural Adaptation of the 7-Item Hamilton Depression Rating Scale in Two Community Samples. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*, 18(2), 167.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Murray, L. A., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (1997). Self-referent Information-processing in Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. *Cognition & Emotion*, 11(5-6), 539–568.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed:DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amuk, T., Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, N. (2003). Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4):263-271.

- Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U., & Gram, L. F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 126-134.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21.
- Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 3–19.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed: DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of endocrinology*, 160(1), 1-12.
- Areán, P. A., & Reynolds III, C. F. (2005). The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biological Psychiatry*, 58(4), 277–282.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1).
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (4):280-87.
- Aydemir, Ö., Danacı, E. A., Deveci, A., ve İçelli, İ. (2000). Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37(2):82-86.
- Aydın, S. (2005). Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 9(1), 26-31.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163–2177.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed methods approach to understand depression in older adult. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), S329–S339.

- Barsky, A.J., Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*, 157:404-9.
- Baune, B. T., Miller, R., Mcafoose, J., Johnson, M., Quirk, F., & Mitchell, D. (2010). The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 183–189.
- Baydur, H., Eser, E. (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim*, 1(2) 99-123.
- Bech, P., Wilson, P., Wessel, T., Lunde, M., & Fava, M. (2009). A validation analysis of two self-reported HAM-D6 versions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 298–303.
- Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. (1986). Mini-compendium of rating scales for states of anxiety depression mania schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 326: 1–37.
- Bech, P., Allerup, P., Reisby, N., & Gram, L. F. (1984). Assessment of symptom change from improvement curves on the Hamilton depression scale in trials with antidepressants. *Psychopharmacology*, 84(2), 276–281.
- Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O., & Nagy, A. (1981). The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(3), 290–299.
- Bech, P., Gram, L. F., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger, J., & Bolwig, T. G. (1975). Quantitative Rating Of Depressive States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51(3), 161–170.
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber. (Re-published as Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198.
- Beck, A. T., & Hurvich, M. S. (1959). Psychological Correlates of Depression. *Psychosomatic Medicine*, 21(1), 50–55.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Belmaker, R., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55-68.
- Berksun, O., Ünal, S., Göğüş, A. K. (1991). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:141-145.
- Bernal, M., Haro, J., Bernert, S., Brugha, T., Graaf, R. D., Bruffaerts, R., Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34.
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: A conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, 153(3), 298-304.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders; psychoanalytic contributions to their study* (p. 13–48). International Universities Press.
- Bierut, L. J. (1999). Major Depressive Disorder in a Community-Based Twin Sample: Are There Different Genetic and Environmental Contributions for Men and Women? *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 557-563.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59(4), 721–733.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004) The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2163–2177.
- Boyer, T. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26(3), 291–345.
- Briley, M., & Chantal, M. (2011). The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. D., Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1).
- Brown, G., Bifulco, A., Harris, T., & Bridge, L. (1986). Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 11(1), 1–19.
- Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285–305.

- Burton, R.T., Bamborough, J. B., & Faulkner, T. C. (1989). *The anatomy of melancholy*. Oxford: Clarendon Press.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Ç. E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (6. Baskı). Ankara. *Pegem Akademi Yayınları*.
- Carneiro, A. M., Fernandes, F., & Moreno, R. A. (2015). Hamilton depression rating scale and montgomery–asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1).
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Ceyhun, B., & Akça, F. (1994). Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 20-26.
- Cha, D. S., Carmona, N. E., Subramaniapillai, M., Mansur, R. B., Lee, Y., Lee, J. H., ... Mcintyre, R. S. (2017). Cognitive impairment as measured by the THINC-integrated tool (THINC-it): Association with psychosocial function in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 222, 14–20.
- Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M. N., Grant, J. E., Marsh, R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 994–1001.
- Chan, A., Malhotra, C., Malhotra, R., & Østbye, T. (2010). Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(6), 630–639.
- Checkley, S. (1992). Neuroendocrine Mechanisms and the Precipitation of Depression by Life Events. *British Journal of Psychiatry*, 160(S15), 7–17.
- Chen, Y.-W., & Dilsaver, S. C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biological Psychiatry*, 39(10), 896–899.
- Cochran, D. M., Fallon, D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2013). The Role of Oxytocin in Psychiatric Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 219–247.
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.

- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J. ve Craighead, L. W. 2008. Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations. Hoboken, N. J: John Wiley & Sons.
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93(3), 237–247.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: A meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 227-236.
- Cuijpers, P., Straten, A. V., Andersson, G., & Oppen, P. V. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922.
- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J., & Andersson, G. (2014). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 237–245.
- Damasio, J., Macedo, A.C. (1970). Parkinsonism, L-Dopa And Mental Depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 07.
- Davies, T., Garman, E. C., Lund, C., & Schneider, M. (2019). Adaptation and validation of a structured version of the Hamilton Depression Rating Scale for use by non-clinicians in South Africa (AFFIRM-HDRS). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V., & Armenian, H. K. (2014). Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Arch Womens Ment Health*. 17(2); 229–237.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V., & Thompson, M. (2011). Psychometric value of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale for screening of depressive symptoms in Armenian population. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 489–498.
- Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2004). Mood Disorders. Essential of Clinical Psychiatry, 2. Baskı, RA Hales, SC Yudofsky (Ed), İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, s.243-337.
- Dumais, A., Lesage, A., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Turecki, G. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case

Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-2124.

- Dunlop, B. W., & Nemeroff, C. B. (2007). The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 327.
- Ebrinç, S. (2000). Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(2), 109-116.
- Erkuş, A. (2014). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I temel kavramlar ve işlemler (2. baskı)* Pegem Akademi: Ankara.
- Elder, B. L., & Mosack, V. (2011). Genetics of Depression: An Overview of the Current Science. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 192-202.
- Engel, R.A. ve DeRubeis, R. J. (1993). The role of cognition in depression. *Psychopathology and cognition içinde* (s. 83–119). San Diego, CA: Academic Press.
- Engindeniz, A., Küey, L., ve Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 1st ed. Ankara: *Psikiyatri Derneği Yayınları*; p. 51-2.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik Ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30 (3): 211-216.
- Ertan, T., Eker, E., ve Sar, V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(1): 62-71.
- Farmer, A. (2000). Cardiff Depression Study: A sib-pair study of life events and familiarity in major depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 150-155.
- Fava, M., Hwang, I., Rush, A. J., Sampson, N., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2009). The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 856–867.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C., & Canestrari, R. (1996). Four year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 945–947.
- Fava, G. A., Kellner, R., Munari, F., & Pavan, L. (1982). The Hamilton Depression Rating Scale in normals and depressives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66(1), 26–32.
- Fennell, M. J. V. (1989). Depression. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, 169–234.

- Finn, M., White M. E., Walton, M. (2000). *Tourism And Leisure Research Methods*, London, Longman.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Freeman, A. (1992). The Development of Treatment Conceptualizations in Cognitive Therapy. *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*, 13–23.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. Standart Edition. Vol. 19 pp. 13-66.
- Freud, S. (1938). Splitting in the Ego process of the Defense. Standart Edition. Vol 23. pp.273-278.
- Freud, S. (1940): An Outline of Psychoanalysis. Standart Edition. Vol, 23 pp. 139-171.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.
- Ganchrow, J. R., Steiner, J. E., Kleiner, M., & Edelstein, E. L. (1978). A Multidisciplinary Approach to the Expression of Pain in Psychic Depression. *Perceptual and Motor Skills*, 47(2), 379–390.
- Gelenberg, A. J., Wojcik, J. D., Falk, W. E., Baldessarini, R. J., Zeisel, S. H., Schoenfeld, D., & Mok, G. S. (1990). Tyrosine for depression: a double-blind trial. *Journal of Affective Disorders*, 19(2), 125–132.
- Gibbons, R. D., Clark, D. C., & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton depression rating scale measure? *Journal of Psychiatric Research*, 27(3), 259–273.
- Giloyan, A., Harutyunyan, T., & Petrosyan, V. (2014). Visual impairment and depression among socially vulnerable older adults in Armenia. *Aging & Mental Health*, 19(2), 175–181.
- Goldman, H. H. (1995). Review of General Psychiatry (4. Baskı). ABD: Appleton & Lange.
- Goodwin, RD., Jacobi, F., Bittner, A. ve ark. (2007). Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Ed), Çeviri Editörü T Oral, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, s.33-54.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126(2), 135–142.

- Granger E. Mitoloji. Türkçesi: Ataç N. 2. Baskı, İstanbul: Cem Yayınevi; 1983;97-107.
- Greenberg, P. E., Fournier, A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 155-162.
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The Economic Burden of Depression in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465–1475.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale For Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62.
- Hamilton, M. (1989). Frequency of Symptoms in Melancholia (Depressive Illness). *British Journal of Psychiatry*, 154(2), 201–206.
- Hanley, J. A., & Mcneil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*, 143(1), 29–36.
- Hasselbalch, B. J., Knorr, U., & Kessing, L. V. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 20–31.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1509–1522.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A.-K., Hautzinger, M., Henkel, V., ... Tadić, A. (2011). P02-39 - The inventory of depressive symptomatology is more sensitive to changes in depressive symptomatology than the hamilton depression rating scale in patients with minor depression. *European Psychiatry*, 26, 634.
- Henrique-Araújo, R., Osório, F. L., Ribeiro, M. G., Monteiro, I. S., Williams, J. B. W., Kalali, A., ... Oliveira, I. R. D. (2014). GRID Hamilton Rating Scale For Depression--Brazilian Portuguese Version. *PsycTESTS Dataset*.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 3-13.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and Predictors of Suicide Attempts in DSM–IV Major Depressive Disorder: A Five-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808.
- Holmans, P. (2007). Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (GenRED): Final Genome Scan Report. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 248.

- Iribarren, MM., Jimenez-Gimenez, M., Garcia-de Cecilia, J. M., Rubio-Valladolid, G. (2011). Validation and Psychometric Properties of the State Impulsivity Scale (SIS). *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1):49-60.
- Istriana, E., Kurnia, A., Weijers, A., Hidayat, T., Pinxten, L., Jong, C. D., & Schellekens, A. (2013). Excellent reliability of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21) in Indonesia after training. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(3), 141-146.
- Jacobson, E. (1943). Depression. *The Psychoanalytic Quarterly*, 12(4), 541-560.
- Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S., & Davis-Conway, S. (2006). Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 145(1), 39-48.
- Joffe, R. T., & Marriott, M. (2000). Thyroid hormone levels and recurrence of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1689-1691.
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484-490.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Coryell, W., Akiskal, H. S., & Fiedorowicz, J. G. (2013). Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1171.
- Karasar, N. (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemi. *Nobel Yayınları*, Ankara.
- Keilp, J. G., Gorlyn, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2008). Attention deficit in depressed suicide attempters. *Psychiatry Research*, 159(1-2), 7-17.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Neale, M. C., & Prescott, C. A. (2001). Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychological Medicine*, 31(04).
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *Jama*, 289(23), 3095.
- Khan, A., Brodhead, AE., Kolts, RL. (2004). Relative Sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale and the Clinical Global Impressions Rating Scale in Antidepressant Clinical Trials: A Replication Analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 19(3):157-60.

- Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39- 47.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 873-876.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (Eds.). (1991). *Progress in psychiatry, No. 31. Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Association.
- Kivela, S.-L., Luukinen, H., Koski, K., Viramo, P., & Pakkala, K. (1998). Early loss of mother or father predicts depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 527–530.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Olino, T. M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35(3), 353-365.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. (1984). Interview format for the Hamilton Rating Scale for Depression. In: Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES, editors. *Interpersonal Psychotherapy of Depression. A Brief, Focused, Specific Strategy*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers; 223–33.
- Kobak, K. A., Williams, J. B., Jeglic, E., Salvucci, D., & Sharp, I. R. (2008). Face-to-face versus remote administration of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale using videoconference and telephone. *Depression and Anxiety*, 25(11), 913–919.
- Kovacs, M. (1981). Depressed Outpatients Treated With Cognitive Therapy or Pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38(1), 33.
- Kovacs, M. (1981). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacological Bulletin*, 21:995-998.
- Kozatepe, E. (2015). İntihar Ve İntihara Teşebbüs Yöntemleri, Nedenleri Ve Çözüm Yolları. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Köknel, Ö. (2000). *Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi*. Duygudurum Dizisi, 1: 5- 11.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
- Kurt, Ali Osman (2009). İki Kral - İki Hikâye: Kral Saul ve Kral Davut, Tarih ve Mitoloji Işığında Bir Okuma-, Milet ve Nihal, 6 (1), 261-287.

- Lance, C. E., Butts, M. M. ve Michels, L. C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria. *Organizational Research Methods, 9*(2), 202-220.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics, 33*(2), 363.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry, 151*(7), 1063–1068.
- Levinson, D. F., Zubenko, G. S., Crowe, R. R., Depaulo, R. J., Scheftner, W. S., Weissman, M. M., Chellis, J. (2003). Genetics of recurrent early-onset depression (GenRED): Design and preliminary clinical characteristics of a repository sample for genetic linkage studies. *American Journal of Medical Genetics, 119B*(1), 118-130.
- Lewis, G., Collishaw, S., Harold, G., Rice, F., & Thapar, A. (2011). Maternal Depression and Child and Adolescent Depression Symptoms: An Exploratory Test for Moderation by CRHR1, FKBP5 and NR3C1 Gene Variants. *Behavior Genetics, 42*(1), 121–132.
- Leykin, Y., Torres, L. D., Aguilera, A., & Muñoz, R. F. (2011). Factor structure of the CES-D in a sample of Spanish- and English-speaking smokers on the Internet. *Psychiatry Research, 185*(1-2), 269–274.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. (2002). Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Archives of General Psychiatry, 59*(4), 365.
- Liston, C., McEwen, B. S., & Casey, B. J. (2009). Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106*(3), 912–917.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray C. J. L. (2006). Global Burden of Disease and Risk Factors. A copublication of Oxford University Press and The World Bank, New York.
- Lucki, I., Cryan, J. F., Kirby, L. G., & Dalvi, A. (2000). The role of norepinephrine and serotonin in behavioral models of depression. *Psychoneuroendocrinology, 25*.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 265–276.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 909–916.

- Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Tsuang, M. T. (1998). A Registry-Based Twin Study of Depression in Men. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 468.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184(6), 482–487.
- Maier, W., & Philipp, M. (1985). Improving the Assessment of Severity of Depressive States: A Reduction of the Hamilton Depression Scale. *Pharmacopsychiatry*, 18(01), 114–115.
- Maier, W. (1992). Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: A family study perspective. *Journal of Affective Disorders*, 24(3), 153–163.
- Malloy, P. (1993). The orbitomedial frontal syndrome. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 8(3), 185–201.
- Maner, F. (1990). Kronik Depresyon. Düşünen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, (1), 38-40.
- Mann, J. J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302.
- Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 294–301.
- Mathews, A., & Macleod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 167–195.
- Meynert, T. (1985). Foreshadowing modern concepts of neuropsychiatric pathophysiology. *Neurology*, 3, 1.
- Mialet, J.-P., Pope, H. G., & Yurgelun-Todd, D. (1996). Impaired attention in depressive states: a non-specific deficit? *Psychological Medicine*, 26(5), 1009–1020.
- Mil, B., Yüksel, A., Bilim, Y. (2007). Nitel Araştırma; Neden, Nasıl, Niçin ? Detay Yayıncılık.
- Miller, I. W., Bishop, S., Norman, W. H., & Maddever, H. (1985). The modified Hamilton rating scale for depression: Reliability and validity. *Psychiatry Research*, 14(2), 131–142.
- Moberg, P. J., Lazarus, L. W., Mesholam, R. I., Bilker, W., Chuy, I. L., Neyman, I., & Markvart, V. (2001). Comparison of the Standard and Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale in Depressed Geriatric Inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(1), 35–40.

- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, *134*(4), 382–389.
- Morriss, R., Leese, M., Chatwin, J., & Baldwin, D. (2008). Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *111*(2-3), 204–213.
- Motter, J. N., Pimontel, M. A., Rindskopf, D., Devanand, D. P., Doraiswamy, P. M., & Sneed, J. R. (2016). Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *189*, 184–191.
- Musselman, D. L., & Nemeroff, C. B. (1996). Depression and Endocrine Disorders: Focus on the Thyroid and Adrenal System. *British Journal of Psychiatry*, *168*(S30), 123–128.
- Müller, M. J., & Dragicevic, A. (2003). Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17) in psychiatric novices. *Journal of Affective Disorders*, *77*(1), 65-69.
- Tabuse, H., Kalali, A., Azuma, H., Ozaki, N., Iwata, N., Naitoh, H., . . . Furukawa, T. A. (2007). The new GRID Hamilton Rating Scale for Depression demonstrates excellent inter-rater reliability for inexperienced and experienced raters before and after training. *Psychiatry Research*, *153*(1), 61-67.
- Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M.A.M., Glahn, D., Soares, J.C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *17*(5), 313-320.
- Nathan, K. I., Schatzberg, A. F. (1994). Mood disorders, *Review of Psychiatry*. JM Oldham, MB Riba (Ed), 13. Cilt, Washington, American Psychiatric Press, s.171 186.
- Nemeroff, C. B. (2007). The burden of severe depression: A review of diagnostic challenges and treatment alternatives. *Journal of Psychiatric Research*, *41*(3-4), 189-206.
- Nemeroff, C. B., & Owens, M. J. (2009). The Role of Serotonin in the Pathophysiology of Depression: As Important As Ever. *Clinical Chemistry*, *55*(8), 1578–1579.
- Nicholi Jr, A.M. (1999). The Harvard guide to psychiatry. *Belknap Press/Harvard University Press*. 281-301.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2. baskı)*. New York: McGraw-Hill.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human Emotions: Function and Dysfunction. *Annual Review of Psychology*, *43*(1), 55–85.

- Obeid, S., Hallit, C. A., Haddad, C., Hany, Z., & Hallit, S. (2018). Validation of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and sociodemographic factors associated with Lebanese depressed patients. *L'Encéphale*, *44*(5), 397-402.
- O'hara, M. W., & Rehm, L. P. (1983). Hamilton Rating Scale for Depression: Reliability and validity of judgments of novice raters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(2), 318–319.
- Olsen, L. R., Jensen, D. V., Noerholm, V., Martiny, K., & Bech, P. (2003). The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychological Medicine*, *33*(2), 351–356.
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(3), 151-158.
- Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., & Sparén, P. (2001). Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, *58*(9), 844.
- Oy, B. (1991). Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *1*(34):132-136.
- Papadimitriou, GN., Dikeos, DG., Soldatos, CR. (2005). Concept of Bipolar Disorder: A Historical Perspective. In: Kasper S, Hirschfeld RM, eds, *Handbook of Bipolar Disorder; Diagnosis and Therapeutic Approaches*. New York: Taylor & Francis Group, p.1-11.
- Patel, V., Araya, R., & Bolton, P. (2004). Editorial: Treating depression in the developing world. *Tropical Medicine and International Health*, *9*(5), 539-541.
- Paykel, E. S. (1970). Treatment Setting and Clinical Depression. *Archives of General Psychiatry*, *22*(1), 11.
- Paykel, E. S. (1985). The Clinical Interview for Depression. *Assessment of Depression*, 304–315.
- Petrosyan, D., Armenian, H. K., & Arzoumanian, K. (2011). Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *Journal of Affective Disorders*, *135*(1-3), 77–81.
- Pintea, S., Moldovan, R. (2009). The Receiver-Operating Characteristic (ROC) Analysis: Fundamentals and Applications in Clinical Psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychoterapies*, *9*(1), 49-66.
- Potts, M. K., Daniels, M., Burnam, M., & Wells, K. B. (1990). A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: Evidence of reliability and versatility of administration. *Journal of Psychiatric Research*, *24*(4), 335–350.

- Prusoff, B. A. (1972). Concordance Between Clinical Assessments and Patients Self-Report in Depression. *Archives of General Psychiatry*, 26(6), 546.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Raimo, S., Trojano, L., Spitaleri, D., Petretta, V., Grossi, D., & Santangelo, G. (2015). Psychometric properties of the Hamilton Depression Rating Scale in multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 24(8), 1973–1980.
- Rakofsky, J. J., Schettler, P. J., Kinkead, B. L., Frank, E., Judd, L. L., Kupfer, D. J., Rapaport, M. H. (2013). The Prevalence and Severity of Depressive Symptoms Along the Spectrum of Unipolar Depressive Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(11), 1084–1091.
- Rane, L., Cleare, A., Fekadu, A. (2016). Childhood trauma, HPA-axis dysregulation and long term outcome in treatment resistant depression. *Bipolar Disorder*, 18:107.
- Rehm, L. P., & O'hara, M. W. (1985). Item characteristics of the hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 19(1), 31–41.
- Rippere, V. (1977). "What's the thing to do when you're feeling depressed?" A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 185-191.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 126(7), 983–986.
- Rosenblat, J. D., Kakar, R., & McIntyre, R. S. (2015). The Cognitive Effects of Antidepressants in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 19(2).
- Rosental, S.H., & Klerman, G.L. (1966). Endogenous Features of Depression in Women. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11(1_suppl), 11–16.
- Rousseau, G. (2000). Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of Psychiatry*, 11(41), 71-106.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessler, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The inventory for depressive symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18(1), 65–87.
- Schuyler, D. (1990). A practical guide to cognitive therapy. New York: W.W. Norton & Company.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1641-1647.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Seroczynski, A. D., Bergeman, C., & Coccaro, E. F. (1999). Etiology of the impulsivity/aggression relationship: Genes or environment? *Psychiatry Research*, *86*(1), 41–57.
- Shilyansky, C., Williams, L. M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T., & Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, *3*(5), 425–435.
- Slattery, D., Hudson, A., & Nutt, D. (2004). Invited review: the evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, *18*(1), 1–21.
- Smith, M. (2003). *Research methods in accounting*. London: SAGE.
- Snyder, H. R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, *139*(1), 81–132.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytala, H. J., Leskela, U. S., Lestela-Mielonen, P. S., & Isometsa, E. T. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(4), 314-318.
- Srapyan, Z., Armenian, H. K., & Petrosyan, V. (2006). Health-related quality of life and depression among older people in Yerevan, Armenia: a comparative survey of retirement home and household residents aged 65 years old and over. *Age and Ageing*, *35*(2), 190–193.
- Stahl, S. M. (2008). *Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology*. 3rd edition, Cambridge University Press, 1-58.
- Starkstein, S. E., Fedoroff, P., Berthier, M. L., & Robinson, R. G. (1991). Manic-depressive and pure manic states after brain lesions. *Biological Psychiatry*, *29*(2), 149–158.
- Stewart, C. J., Cash, W.B. (1985). *Interviewing Principles and Practices*, Dubuque IO: Wm. C. Brown Pub.
- Stone, MH. Historical Aspects of Mood Disorders. In: Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF, eds. *Mood Disorders Text Book*. Washington: *American Psychiatric Publishing*; 2006;.3-15.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552-1562.

- Swann, A. C., Moeller, F. G., Steinberg, J. L., Schneider, L., Barratt, E. S., & Dougherty, D. M. (2007). Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorders*, 9(3), 206–212.
- Thase, M. E., Frank, E., Mallinger, A. G., Hamer, T., & Kupfer, DJ. (1992). Treatment of imipramine-resistant recurrent depression, III: efficacy of monoamine oxidase inhibitors. *J. Clin Psychiatry*, 53(1): 5–11.
- Tezbaşaran, A. A. (2003). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Pandora Yayın ve Kitap Hizmetleri.
- The World Health Organization. (2017). *The World Health Organization between North and South*, 1–16.
- Timmerby, N., Andersen, J., Søndergaard, S., Østergaard, S., & Bech, P. (2017). A Systematic Review of the Clinimetric Properties of the 6-Item Version of the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D₆). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 141–149.
- Torun, F., Önder, M. E., Torun, S. D., Tural, Ü., Şişmanlar, S. G. (2002). Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 10(4):319-330.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilir nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 24.
- Uğurlu, T. T., Herken, H. (2010). Genetik Epidemiyoloji. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*.13(1).
- Velde, S. V. D., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305–313.
- Vestergaard, P., & Licht, R. W. (2001). 50 Years with Lithium Treatment in Affective Disorders: Present Problems and Priorities. *The World Journal of Biological Psychiatry*,2(1), 18-26.
- Vicent-Gil, M., Keymer-Gausset, A., Serra-Blasco, M., Carceller-Sindreu, M., Diego-Adeliño, J. D., Trujols, J., ... Portella, M. (2018). Cognitive predictors of illness course at 12 months after first-episode of depression. *European Neuropsychopharmacology*, 28(4), 529–537.
- Weber, J. C., & Lamb, D. R. (1970). *Statistics and Research in Physical Education*. St. Louis: CV Mosby Co, pp 59-64, 222.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816–828.

- Weissman, M. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001.
- Weissman, M. M. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293.
- Whisman, M. A., Strosahl, K., Fruzzetti, A. E., Schmalting, K. B., Jacobson, N. S., & Miller, D. M. (1989). Hamilton Rating Scale for Depression--Structured Interview Version. *PsycTESTS Dataset*.
- WHO, The ICD-10 Classification Of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, Geneva, 1992.
- Wiersma, J. E., Hovens, J., Van Oppen, P., & Giltay, J. E. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry*, 70(7), 983-9.
- Williams, J. B. (1978). Structured Interview Guide for the Hamilton Rating Scale for Depression. *PsycTESTS Dataset*.
- Williams, JBW., Link, MJ., Rosenthal, NE., & Terman, M. (2000). Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder Version, 2000 rev. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Williams, J. B. W. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(S2), 6–12.
- Williams, D.R., Neighbors, H.W. (2007). “Duygudurum Bozuklukları üzerine Sosyal Bakış Açıları. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi, Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. Eds: DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg, çeviri Editörü T Oral, İstanbul: (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing.
- Williams, J. B., Kobak, K. A., Bech, P., Engelhardt, N., Evans, K., Lipsitz, J., ... Kalali, A. (2008). The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 23(3), 120–129.
- Wittchen, H., Beesdo, K., Bittner, A., & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes—evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18(8), 384-393.
- Yalçın, M. (2006). Eğitimde gözlem ve değerlendirme. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Yang, L., Jia, C.-X., & Qin, P. (2015). Reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) among suicide attempters and comparison residents in rural China. *BMC Psychiatry*, *15*(1).
- Yesavage, J. A., Brink, T., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37–49.
- Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007). Tarihsel Bakış İçinde Depresyon Apsikiyatri Abd, *Gata, Ankara Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.* *3*(47): 1-5.
- Zakzanis, K. K., Leach, L., & Kaplan, E. (1998). On the nature and pattern of neurocognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*, *11*(3), 111–119.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *PsycTESTS Dataset*.
- Zimmerman, M., Posternak, M. A., & Chelminski, I. (2005). Is It Time to Replace the Hamilton Depression Rating Scale as the Primary Outcome Measure in Treatment Studies of Depression? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(2), 105–110.
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 384–388.
- Zitman, F. G., Mennen, M. F. G., Griez, E., & Hooijer, C. (1990). The Different Versions of the Hamilton Depression Rating Scale. *The Hamilton Scales*, 28–34.
- Zubenko, G. S., Maher, B., Hughes, H. B., Zubenko, W. N., Stiffler, J. S., Kaplan, B. B., & Marazita, M. L. (2003). Genome-wide linkage survey for genetic loci that influence the development of depressive disorders in families with recurrent, early-onset, major depression. *American Journal of Medical Genetics*, *123B*(1), 1-18.
- Zubenko, G. S., Zubenko, W. N., Spiker, D. G., Giles, D. E., & Kaplan, B. B. (2001). Malignancy of recurrent, early-onset major depression: A family study. *American Journal of Medical Genetics*, *105*(8), 690-699.
- Zung, W. W. K. (1965). Self-Rating Depression Scale. *PsycTESTS Dataset*.

Özgeçmiş

Enna Ökke 6 Ağustos 1990 da İstanbul'da doğdu. 2014 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. 2020 yılında Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji lisansını tamamladı. 2017 yılından beri özel bir kurumda psikolog olarak çalışmaktadır.

FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
ETİK KURUL ALT KOMİSYON RAPORU

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 214MPY9128 öğrenci no'lu Enna Ökke tarafından yürütülecek olan "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin Ermenice Formunun Geçerlilik Güvenirlik Çalışması" başlıklı Tez araştırma protokolüne ait dosyanın incelenmesi sonucunda; tez araştırmasında katılımcıların risklerinin bulunmadığı, katılımcı/örneklem seçimin yeterli olduğu, savunmasız herhangi bir katılımcının bulunmadığı, katılımcıların gönüllü olarak katıldığını belgeleyen bilgilendirilmiş onay formunun düzenlendiği, katılımcıların gizlilik ilkesine uygun olarak bilgi ve verilerinin korunduğu, kimlik bilgilerinin saklı tutularak bulguların sadece bilimsel amaçla ve toplum yararı için kullanılacağına açıklandığı belirlenmiş ve etik yönden uygun bulunmuştur. 19.04.2016.

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel



Yrd. Doç. Dr. Vicedan Yücel



Prof. Dr. İ.Ömer SAATÇIOĞLU
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Koordinatörü



**Բժշկ. վերականգնողական
կենտրոն «Արթմեդ»**

Նյարդաբանության կլինիկայի ղեկավար
Բժշկական գիտությունների թեկնածու
ԵՊԲՀ-ի հետբուժական
և շարունակական կրթության ֆակուլտետի
նյարդաբանության ամբիոնի դոցենտ



**Мед. восстановительный
центр “Артмед”**

Руководитель клиники неврологии
Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры неврологии
факультета постдипломного
обучения ЕГМУ

Քոսյան Աշոտ Շավարշի

Косян Ашот Шаваршович

ՀՀ, ք. Երևան, Ծարավ Աղբյուր 55ա

РА, г. Ереван, Царав Ахпор 55а

Հեռ./Тел.: 62 91 93 (աշխ./сл.), 27 10 29 (բն./дом), (091) 43 10 19 (բջջ./моб.)

E-mail: ashot57@rambler.ru

May 04th ,2016

To Whom It May Concern,

Between the dates 2016-2017, Enna Okke has been allowed to perform a research for her thesis themed "Reliability and Validity of Armenian Version of Hamilton Depression Rating Scale."

Sincerely,

Prof. Ashot Shavarshovich, Ph.D.
Acting Director of Hospital



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

KATILIMCI İÇİN BİLGİLER: Bu çalışmanın amacı, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Ermenice formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını tespit etmektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamandır. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Bu bilgilendirme yazısını okuduktan sonra araştırmamıza **gönüllü** olarak katılmak istiyorsanız aşağıda bulunan onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

KATILIMCININ BEYANI: Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı ve araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını kabul ediyorum.

KATILIMCI:

Adı Soyadı:

Tarih:

Adres:

Telefon:

İmza:

TANIK:

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

ARAŞTIRMACI:

Psikolog Enna ÖKKE

Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ԵՒ ԿԱՄԱՎՈՐ ՎԱՅԵՐԱՑՄԱՆ ՖՈՐՈՒՄ

Մասնակիցների համար տեղեկություն

Այս աշխատանքի նպատակն է, Համիլտոնի դեպրեսիա աստիճանավորող ցուցնակի օգտագործման ժամկետը եւ վստահելի աշխատանքը որոշել: Նշյալ աշխատանքին մասնակցությունը միայն բխում է կամավորական ցանկությունից: Աշխատանքի հաջողության համար անհրաժեշտ է առանց երկրորդ անձի ճնշվածության տակ մնալու պատասխանել բոլոր հարցերին: Անհասկանալի հարցերի համար կարելի է օգնություն ստանալ հետազոտող անձնավորությունից: Այս ֆորումը կարդալ եւ վավերացնել նշանակում է հետազոտության մասնակցել: Բայց կարող եք չմասնակցել կամ էլ կիսատ թողնել աշխատանքը: Այս հետազոտության արդյունքում ձեռք բերվող տվյալները պահպանվելու է հետազոտող անձի կողմից: Եթե տեղեկությունը կարդալուց հետո ընդունում եք կամավոր մասնակցությունը, ապա պետք է լրացնեք հետևյալ հարցերին եւ ստորագրեք փաստաթուղթը:

Մասնակցող անձի հայտնումը

Ես կարդացել եմ վերոգրյալ տեղեկությունները եւ հասկանալով ընդունում եմ կամավոր լինել նշյալ հետազոտական աշխատանքում: Աշխատանքի մասին գրավոր եւ բանավոր բացատրությունը նշվեց ներքեւում անունը գտնվող հետազոտողի կողմից: Կրթական եւ գիտական պայմանները ընդունում եւ առանց երկրորդ անձի ճնշման տակ մնալու մասնակցում եմ հետազոտության:

ՄԱՍՆԱԿԻՑ՝

- Անուն եւ Ազգանուն՝
- Տարեթիվ՝
- Հասցե՝
- Հեռախոս՝
- Ստորագրություն՝

ՎԿԱ՝

- Անուն եւ Ազգանուն՝
- Հասցե՝
- Հեռախոս՝
- Ստորագրություն՝

ՀԵՏԱԶՈՏՈՂ՝

Հոգեբան Էննա Օյկկե
Ըշրկ Համալսարանի Սոցիալ Գիտություններ Ինստիտուտի Կլինիկական Հոգեբանության մագիստրոսի ուսանող

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	
1. Adı Soyadı :	2. Cinsiyet :
3. Doğum Yeri :	4. Doğum Tarihi : / /
5. Eğitim Düzeyi :	6. Meslek :
7. Kardeş sayısı : <input type="checkbox"/> Siz doğum sırasına göre kaçınıcı çocuksunuz : <input type="checkbox"/>	8. Medeni Durumu : <input type="checkbox"/> EVLİ <input type="checkbox"/> BEKAR <input type="checkbox"/> DUL <input type="checkbox"/> BOŞANMIŞ
9. Çocuğunuz var mı ? <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	Var ise kaç tane : <input type="checkbox"/> Cinsiyetleri nelerdir :
10. Kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz :	
11. Gelir düzeyinizi nasıl değeriendiriyorsunuz : DÜŞÜK <input type="checkbox"/> ORTA <input type="checkbox"/> YÜKSEK <input type="checkbox"/>	
12. Geçmişte psikiyatrik rahatsızlık öyküsü: VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise belirtiniz: _____ Depresyon ise; kaç tane epizod geçirdiniz ? _____ İlk epizodu kaç yaşında geçirdiniz ? _____ Tedavi aldınız mı ? EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> Evet ise süresi : _____ Kullandığımız ilaçlar : _____	
13. Şu anda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık sebebiyle tedavi (danışmanlık, terapi, vs.) görüyor musunuz? EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> Evet ise belirtiniz. _____	
14. Şu anda herhangi bir psikolojik rahatsızlık sebebiyle ilaç kullanıyor musunuz? EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> Evet ise belirtiniz. _____	
15. Kronik Sağlık Sorunu: VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise belirtiniz: _____	
16. Düzenli kullandığımız ilaç: VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise belirtiniz: _____	
17. Alkol Kullanımı : VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise; süre : _____ Miktar : _____ Türü : _____	
18. Madde Kullanımı : VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise; süre : _____ Miktar : _____ Türü : _____	
19. Ailede Psikiyatrik hastalık öyküsü : VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> Var ise belirtiniz : _____	
20. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu : EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>	

Տեղեկատվական Գիմուն	
1. Անուն Ազգանուն :	2. Սեռ :
3. Ծննդավայր:	4. Ծննդաթիվ : / /
5. Ուսուցման մակարդակ:	6. Մասնագիտություն :
7. Քույր եւ Եղբայրի թիվ : ըստ ն ծննդի քանի երրորդն եք :	8. Ամուսնական կարգավիճակ: <input type="checkbox"/> ամուսնացած <input type="checkbox"/> ամուրի <input type="checkbox"/> այրի <input type="checkbox"/> ամուսնալուծված
9. Երեղա ունեք : <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ քանի երեխա : <input type="checkbox"/> Երեխաների սեռը :	
10. Ում հետ եք ապրում :	
11. Եկամտի մակարդակը : ՅԱԾՐ <input type="checkbox"/> ՄԻՋԻՆ <input type="checkbox"/> ԲԱՐՁՐ <input type="checkbox"/>	
12. Անցյալում ունեցել եք հոգեբուժական հիվանդություն : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____ Նշել այստեղ՝ Եթե դեպրեսիա է, քանի անգամ էպիզոդ եք անցկացրել՝ : _____ Առաջին էպիզոդը որ տարիքում էր՝ : _____ Բուժում ստացել եք՝ : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Բուժումի երկարությունը: _____ Օգտագործվող դեղեր : _____	
13. Ներկայումս արդյոք ստանում եք հոգեկան բուժում : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____	
14. Հոգեբանական բուժման համար դեղ օգտագործում եք՝ ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____	
15. Քրոնիկական հիվանդություն ունեք: ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____	
16. Կանոնավոր դեղ օգտագործում եք՝ : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____	
17. Ալկոհոլ օգտագործում եք՝ : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ ժամկետ : _____ քանակ: _____ ձեւ: _____	
18. Ռմբարկույթ օգտագործում եք՝ : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ ժամկետ : _____ քանակ: _____ ձեւ: _____	
19. Ծխում եք՝ : ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ ժամկետ : _____ քանակ: _____	
20. Ընտախիքի անդամների հոգեկան հիվանդությունները՝ ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Այո լինելու դեպքում նշել՝ _____	

CES-D

ՑՈՒՑԱՌԻՆՔՆԵՐ— Վարը կը գտնուի զգացումներու եւ վարմունքներու ցանկ մը: Հաճիս նշէ որքան յաճախ այսպէս զգացած ես նախկին շաբաթուան մէջ, կլորելով նախադասութեան յաջորդող ամենէն յարմար թիւը: Գործածէ հետեւեալ աստիճանը—

Նախկին շաբաթուան ընթացքին—

0= Հազուադէպօրէն կամ ոչ մէկ անգամ (աւելի քիչ քան մէկ օր)

1= Քիչ կամ քիչ անգամ (1-2 օր)

2= Երբեմն կամ աւելի յաճախ (3-4 օր)

3= Մեծամասնութիւնը կամ բոլոր ժամանակը (5-7 օր)

1.	Բաներ որ ընդհանրապէս զիս չէին նեղեր նեղեցին զիս:	0	1	2	3
2.	Ուրելու սիրը չունէի. Ախորժակս լաւ չէր:	0	1	2	3
3.	Զգացի որ չէի կրնար տիրութենէս ձերբազարիլ նոյնիսկ ընտանիքիս կամ բարեկամներու օգնութեամբ:	0	1	2	3
4.	Զգացի թէ ուրիշներուն չափ լաւ էի:	0	1	2	3
5.	Դժուարութիւն ու նեցայ ըրածիս վրայ կեդրոնանալու:	0	1	2	3
6.	Ընկճուած զգացի:	0	1	2	3
7.	Զգացի թէ ամէն ըրածս ջանքի կը կարօտէր:	0	1	2	3
8.	Յուսալից զգացի ապագայի մասին:	0	1	2	3
9.	Մտածեցի թէ կեանքս ձախողութիւն մը եղած էր:	0	1	2	3
10.	Վախով լեցուած զգացի:	0	1	2	3
11.	Քունս անհանդարտ էր:	0	1	2	3
12.	Ուրախ զգացի:	0	1	2	3
13.	Բնականէն պակաս խօսեցայ:	0	1	2	3
14.	Մինակ զգացի:	0	1	2	3
15.	Մարդիկ բարեկամութիւն չցուցաբերեցին:	0	1	2	3
16.	Վայելեցի կեանքը:	0	1	2	3
17.	Լացի պահեր ունեցայ:	0	1	2	3
18.	Տխուր զգացի:	0	1	2	3
19.	Զգացի թէ մարդիկ զիս չէին սիրեր:	0	1	2	3
20.	Չկրցայ բնական ընթացքի մէջ մտնալ:	0	1	2	3

THE HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

(to be administered by a health care professional)

Patient's Name _____

Date of Assessment _____

To rate the severity of depression in patients who are already diagnosed as depressed, administer this questionnaire. The higher the score, the more severe the depression.

For each item, write the correct number on the line next to the item. (Only one response per item)

- _____ **1. DEPRESSED MOOD** (Sadness, hopeless, helpless, worthless)
- 0=** Absent
1= These feeling states indicated only on questioning
2= These feeling states spontaneously reported verbally
3= Communicates feeling states non-verbally—i.e., through facial expression, posture, voice, and tendency to weep
4= Patient reports VIRTUALLY ONLY these feeling states in his spontaneous verbal and non-verbal communication
- _____ **2. FEELINGS OF GUILT**
- 0=** Absent
1= Self reproach, feels he has let people down
2= Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
3= Present illness is a punishment. Delusions of guilt
4= Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations
- _____ **3. SUICIDE**
- 0=** Absent
1= Feels life is not worth living
2= Wishes he were dead or any thoughts of possible death to self
3= Suicidal ideas or gesture
4= Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)
- _____ **4. INSOMNIA EARLY**
- 0=** No difficulty falling asleep
1= Complains of occasional difficulty falling asleep—i.e., more than 1/2 hour
2= Complains of nightly difficulty falling asleep
- _____ **5. INSOMNIA MIDDLE**
- 0=** No difficulty
1= Patient complains of being restless and disturbed during the night
2= Waking during the night—any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding)
- _____ **6. INSOMNIA LATE**
- 0=** No difficulty
1= Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
2= Unable to fall asleep again if he gets out of bed
- _____ **7. WORK AND ACTIVITIES**
- 0=** No difficulty
1= Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work or hobbies
2= Loss of interest in activity; hobbies or work—either directly reported by patient, or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he has to push self to work or activities)
3= Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity
4= Stopped working because of present illness
- _____ **8. RETARDATION: PSYCHOMOTOR** (Slowness of thought and speech; impaired ability to concentrate; decreased motor activity)
- 0=** Normal speech and thought
1= Slight retardation at interview
2= Obvious retardation at interview
3= Interview difficult
4= Complete stupor
- _____ **9. AGITATION**
- 0=** None
1= Fidgetiness
2= Playing with hands, hair, etc.
3= Moving about, can't sit still
4= Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips
- _____ **10. ANXIETY (PSYCHOLOGICAL)**
- 0=** No difficulty
1= Subjective tension and irritability
2= Worrying about minor matters
3= Apprehensive attitude apparent in face or speech
4= Fears expressed without questioning
- _____ **11. ANXIETY SOMATIC:** Physiological concomitants of anxiety, (i.e., effects of autonomic overactivity, "butterflies," indigestion, stomach cramps, belching, diarrhea, palpitations, hyperventilation, paresthesia, sweating, flushing, tremor, headache, urinary frequency). Avoid asking about possible medication side effects (i.e., dry mouth, constipation)
- _____ **0=** Absent
1= Mild
2= Moderate
3= Severe
4= Incapacitating

_____ **12. SOMATIC SYMPTOMS (GASTROINTESTINAL)**

0= None

1= Loss of appetite but eating without encouragement from others. Food intake about normal

2= Difficulty eating without urging from others. Marked reduction of appetite and food intake

_____ **13. SOMATIC SYMPTOMS GENERAL**

0= None

1= Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headache, muscle aches. Loss of energy and fatigability

2= Any clear-cut symptom rates 2

_____ **14. GENITAL SYMPTOMS** (Symptoms such as: loss of libido; impaired sexual performance; menstrual disturbances)

0= Absent

1= Mild

2= Severe

_____ **15. HYPOCHONDRIASIS**

0= Not present

1= Self-absorption (bodily)

2= Preoccupation with health

3= Frequent complaints, requests for help, etc.

4= Hypochondriacal delusions

_____ **16. LOSS OF WEIGHT**

A. When rating by history:

0= No weight loss

1= Probably weight loss associated with present illness

2= Definite (according to patient) weight loss

3= Not assessed

_____ **17. INSIGHT**

0= Acknowledges being depressed and ill

1= Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.

2= Denies being ill at all

_____ **18. DIURNAL VARIATION**

A. Note whether symptoms are worse in morning or evening. If NO diurnal variation, mark none

0= No variation

1= Worse in A.M.

2= Worse in P.M.

B. When present, mark the severity of the variation. Mark "None" if NO variation

0= None

1= Mild

2= Severe

_____ **19. DEPERSONALIZATION AND DEREALIZATION** (Such as: Feelings of unreality; Nihilistic ideas)

0= Absent

1= Mild

2= Moderate

3= Severe

4= Incapacitating

_____ **20. PARANOID SYMPTOMS**

0= None

1= Suspicious

2= Ideas of reference

3= Delusions of reference and persecution

_____ **21. OBSESSIVE AND COMPULSIVE SYMPTOMS**

0= Absent

1= Mild

2= Severe

Դեպրեսիայի գնահատման Համիլտոնի սանդղակ (ԴԳՀՍ)

(Անց է կացվում միայն առողջապահության ոլորտի մասնագետի կողմից)

Այցելուի անունը _____

Ամսաթիվը _____

ԴԳՀՍ-ն նախատեսված է այցելուի մոտ դեպրեսիայի աստիճանի գնահատման համար: Թեպետ այն բաղկացած է 21 կետից, այդուհանդերձ, միավորները հաշվարկվում են հիմնվելով միայն առաջին 17 հարցերի վրա:

1. Դեպրեսիվ տրամադրություն

(մռայլ աշխարհընկալում, հոռետեսական վերաբերմունք ապագային, տխրություն, արտասվելու հակում)

- 0 = բացակայում են
- 1 = տխրություն, և այլն
- 2 = հազվադեպ արտասվում է
- 3 = հաճախակի է արտասվում
- 4 = խիստ արտահայտված ախտանշաններ

2. Մեղքի զգացում

- 0 = բացակայում է
- 1 = ինքնակշտամբանքի առկայություն, կարծում է հիասթափեցրել է որոշ մարդկանց
- 2 = մեղավորության մտքեր
- 3 = ներկայիս հիվանդությունը ընդունում է, որպես պատիժ. առկա են մեղքի գառանցանքներ
- 4 = մեղավորության հալլուցիճացիաներ

3. Ինքնասպանություն

- 0 = բացակայում է
- 1 = զգում է, որ կյանքն այնպիսին է, որ չարժե այն ապրել
- 2 = արտահայտում է մտքեր ապրել չցանկանալու մասին
- 3 = Ինքնասպանության վերաբերյալ մտքեր կամ ժեստեր
- 4 = ինքնասպանության փորձեր

4. Անքնություն – սկզբնական

(Դժվարություններ քնով անցնելու փուլում)

- 0 = բացակայում են
- 1 = հազվադեպ
- 2 = հաճախակի

5. Անքնություն – միջին

(զիչերվա ընթացքում քունն անհանգիստ է և ընդհատվող)

- 0 = բացակայում են
- 1 = հազվադեպ
- 2 = հաճախակի

6. Անքնություն – ուշ փուլ

(Արթնանում է վաղ առավոտյան և չի կարողանում այլևս քնել)

- 0 = բացակայում են
- 1 = հազվադեպ
- 2 = հաճախակի

7. Աշխատանք և հետաքրքրություններ

- 0 = դժվարություններ չկան
- 1 = անաշխատունակության, անվճարականություն, թուլության և տատանման զգացում
- 2 = հոբինների հանդեպ հետաքրքրության կորուստ, սոցիալական ակտիվության նվազում
- 3 = Արդյունավետության անկում
- 4 = Աշխատելու անկարողություն: Դադարեցրել է աշխատանքը ներկայիս հիվանդության պատճառով (բուժումից կամ վերականգնումից հետո աշխատանքից բացակայելը կարող է գնահատվել ավելի ցածր բալով)

8. Դանդաղեցում

(Մտածական գործընթացների, խոսքի և վարքի դանդաղեցում, ապատիա, ընդարմացում)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև հապաղում հարցազրույցի ընթացքում
- 2 = զգալի դանդաղեցում հարցազրույցի ընթացքում
- 3 = դժվարություններ հարցազրույցի ընթացքում
- 4 = լիակատար ընդարմացում

9. Նյարդայնություն

(Վախով զուգորդվող անհանգստություն)

- 0 = բացակայում են
- 1 = հազվադեպ
- 2 = հաճախակի

10. Տագնապայնություն – հոգեկան

- 0 = բացակայում են
- 1 = լարվածություն և ոյուրագրգռություն
- 2 = անհանգստանում է մանրուքներից
- 3 = մտավախությաններ
- 4 = վախեր

11. Տագնապայնություն - մարմնական

(աղեստամոքսային խնդիրներ, շնչառական, սրտանոթային և միզասեռական խնդիրներ, մարսողության խանգարում, սրտխփոցներ, գլխացավեր, և այլն)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = միջին
- 3 = ծանր
- 4 = հանգեցնող անաշխատունակության

12. Մարմնական ախտանշաններ - աղեստամոքսային

(ախտժակի կորուստ, որովայնում ծանրության զգացում, փորկապություն)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = ծանր

13. Մարմնական ախտանշաններ - ընդհանուր

(Գլխում, մեջքում կամ վերջույթներում ծանրության զգացում, ցրված ցավեր որովայնի շրջանում, էներգիայի կորուստ և հոգնածություն)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = ծանր

14. Գենիտալ ախտանշաններ

(սեռական ցանկության նվազում, դաշտանային խանգարումներ)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = ծանր

15. Հիպոքոնդրիա

- 0 = բացակայում են
- 1 = կենտրոնացում սեփական անձի վրա (մարմնական)
- 2 = մտահոգվածություն առողջությամբ
- 3 = դժգոհություններ և բողոքներ
- 4 = հիպոքոնդրիկ պատրանքներ

16. Քաշի կորուստ

- 0 = քաշի կորուստ չկա
- 1 = թեթև
- 2 = ակնհայտ կամ ծանր

17. Գիտակցվածություն

(գիտակցվածության աստիճանը գնահատելիս պետք է հիմնվել այցելուի սեփական հասկացման և կենսափորձի վրա)

- 0 = կորուստ չկա
- 1 = մասնակի կամ կասկածելի կորուստ
- 2 = ճիշտ և ամբողջական կորուստ

18. Տատանումներ օրվա ընթացքում

(Սիմպտոմները ավելի ծանր են առավոտյան կամ երեկոյան. ուշադրություն դարձրե՞ք՝ երբ հատկապես)

- 0 = Տատանումներ չկան
- 1 = թեթև տատանումներ. առավոտյան (), ցերեկը և երեկոյան ()
- 2 = խիստ տատանումներ. առավոտյան (), ցերեկը և երեկոյան ()

19. Դեպերսոնալիզացիա և դեռեալիզացիա

(անիրականության զգացումներ, նիհիլիստիկ գաղափարներ)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = միջին
- 3 = խիստ
- 4 = անաշխատունակության հանգեցնող

20. Պարանոյալ ախտանշաններ

(Ոչ դեպրեսիվ բնույթի)

- 0 = բացակայում են
- 1 = կասկածամտություն
- 2 = վերագրման գաղափարներ
- 3 = վերագրման և հետապնդման պատրանքներ
- 4 = հայուցինացիաներ (հետապնդման)

21. Օբսեսիվ ախտանշաններ

(Կաշուն մտքեր և վարք, որոնց դեմ այցելուն պայքարում է)

- 0 = բացակայում են
- 1 = թեթև
- 2 = ծանր