

Ailesel Faktörler Depresyonda Ne Kadar Etkili?

HOW IMPORTANT ARE FAMILIAL FACTORS IN DEPRESSION?

Fatma Nur Eneç Can¹, İlkyay Aydemir¹, Turan Set¹, Zekeriya Aktürk², Nezih Dağdeviren²

Özet

Amaç: Depresyon, prevalansının %5-25 arasında olduğu bildirilen, yaygın bir hastalıktır. Depresif bireylerin aile işlevlerinde bir bozukluk olabileceği gösterilmişse de hangi ailesel faktörlerin daha önemli olduğu tam olarak analiz edilmemiştir. Ailesel faktörlerin depresyon gelişiminde etkili olduğu varsayımından hareketle çeşitli bireysel ve ailesel faktörlerin depresyonun oluşumuna etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde depresyon tanısı ile izlenmiş 78 hastadan ulaşılabilen 45 kişiden katılmayı kabul eden 28'i ve aynı polikliniğin veritabanından rastgele seçilen 250 kişiden 166'sı çalışmaya alındı. Katılımcıların hepsine Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Kontrol amaçlı çağrılan hastalardan 36'sının daha önce depresyon geçirdiği, 10 kişinin de depresyon ölçeği puanının 18 ve üzerinde olduğu saptandı. Depresyon geçirmiş veya geçirmekte olan 74 hasta çalışma grubunu, Beck Depresyon puanı 17 ve altında olan 120 kişi ise kontrol grubunu oluşturdu. Katılımcılara 25 sorudan oluşan ve aile yapılarını, sosyo-ekonomik düzeylerini, demografik özelliklerini sorgulayan bir anket uygulandı. Sonuçlar Ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların 169'u kadın (%87.1), 25'i erkek, yaş ortalaması 46.0 ± 13.35 yıldır. Ailede depresyon öyküsü çalışma grubunda %38.8, kontrol grubunda ise %15.2 olarak saptandı ($p < 0.05$). Birinci çocuk olma ve cinsiyetin birinci çocuğu olma durumu kontrol grubunda çalışma grubuna oranla anlamlı derecede fazlaydı ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda, ailede depresyon öyküsü olması depresyona eğilimi arttırırken, birinci çocuk olmak ve cinsiyetin birinci çocuğu olmak depresyon açısından koruyucu etkiye sahip olduğu görülmüştür. Hastalar değerlendirilirken bu konu da dikkate alınmalıdır. Bu durum, toplumumuzun sosyal yapısına bağlanabileceği gibi aileler tarafından ilk göz ağrısı yaklaşımı ile çocuğa verilen statü, sorumluluk ve bunların getirdiği yetki ile çocukların özgüven duygusunun daha yüksek seviyede olmasından da kaynaklanabilir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, birinci basamak, ailesel faktörler

Summary

Aim: Depression is a common disease encountered in primary care with a prevalence of 5 to 25%. Although the importance of family factors has been stressed in some studies, the rank of importance of different family factors remains obscure. Hypothesizing that family factors are related with depression, this study aimed to investigate the effect of different family factors on depression.

Methods: Contacts of 78 patients with the diagnosis of depression were taken from the records of Trakya University Family Practice outpatient clinic. Forty five of these could be reached and 28 accepted the invitation to join the study. From the same polyclinic records, 250 files adult patients without a former diagnosis of depression were randomly selected and invited to join the study (control group); hundred and sixty-six persons accepted the invitation. Beck Depression Inventory was applied to all participants. Among the control group, 36 patients had a history of depression and another 10 patients received 18 or more scores from the Beck Depression Inventory. The study group consisted of 74 patients with current depression or a history of depression, while the control group consisted of 120 persons without a history of depression and a Beck Depression Inventory score of 17 or less. A questionnaire querying some family features, socio-economic characteristics, and demographic features was applied to the participants. Results were evaluated with the Chi-square test.

Results: The mean age of the participants was 46.0 ± 13.35 years with 169 females and 25 males. Family history of depression was found in 38.8% and 15.2% of the study and control groups respectively ($p < 0.05$). Being the first child and the first child of the sex was significantly more common in the control group when compared with the study group ($p < 0.05$).

Conclusion: While a family history of depression led to a predisposition towards depression, being the first child or the first child of the sex seemed to be preventive. This issue should be kept in mind in evaluating primary care patients. Our findings may be attributable to the social structure of the Turkish population. It is highly possible that families have a different perceived importance for their first children, resulting in different responsibilities, power, higher self-esteem, and resources to cope with problems for these children even in their adulthood.

Key words: Depression, primary care, family factors

* Bu makaledeki verilerin bir kısmı 2-6 Eylül, Sivas II. Ulusal Aile Hekimliği Günleri'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne; Aile Hekimliği Uzmanı, Araştırma Görevlisi.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne; Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

Depresyon, yaşam boyu prevalansı %5-25 arasında değişen yaygın bir sağlık sorunudur.¹⁻⁴ Kadınların %20'si, erkeklerin %10'u yaşamlarının bir döneminde bu sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır.⁵ Hastalığın, ülkemiz genel popülasyonundaki yaygınlığı %10-20 arasındadır.^{6,7}

Uzun süre izleme gereği, iyi hasta-hekim ilişkisinin önemi ve yaygınlığı göz önüne alındığında hastalığın birinci basamakta tanı, tedavi ve takibi önemlidir.

Depresyonun etiolojisinde genetik ve moleküler teorilerin yanında çevresel faktörler ve stres te söz konusudur.⁴ Depresif bireylerin aile işlevlerinde bozukluk olabildiği gösterilmiş, ancak hangi ailesel faktörlerin daha önemli olduğu analiz edilmemiştir.^{8,9}

Çalışmamız, ailesel faktörlerin depresyon gelişimini etkilediği varsayımından hareketle birey ve ailenin ekonomik ve medeni durumu, öğrenim durumu, aile yapısı (çekirdek veya geniş aile), bireyin kardeşleri arasındaki konumu (kaçıncı çocuk olduğu, cinsiyetinden başka çocuk olup olmadığı), ailede depresyon öyküsü olup olmadığı ve hanede yaşayanların sayısının depresyonun oluşumundaki etkilerinin araştırılmayı amaçlamaktadır.

Yöntem

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği şehrin bir kenar mahallesinde 3000 kişiye sürekli sağlık hizmeti vermektedir. Poliklinik kayıtları geriye doğru incelenerek 1999-2000 yıllarında depresyon tanısı konan 78 hasta saptandı. 45 hasta telefonla aranarak çalışmaya katılmaya davet edildi. 28 (%62.2) kişi katılmayı kabul etti.

Poliklinikte sürekli takip dosyası bulunan 1150 kişiden 250 kişi basit rastgele örnekleme ile seçilerek kontrol grubu oluşturuldu; bu 250 kişiden 166'sı (%66.4) çalışmaya katılmayı kabul etti. Bütün katılımcılara araştırmanın amacı anlatılarak sözlü izinleri alındı.

Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Beck AT¹⁰ tarafından geliştirilen BDÖ Hisli tarafından¹¹ Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçekte dörtlü Likert tipinde 21 soru bulunmaktadır. Eşik değer 17 puandır.

Kontrol grubundaki 36 kişinin daha önce depresyon geçirdiği (%21.7) ve başka bir yerde tedavi gördüğü öğrenildi. Yine kontrol grubunda, öyküsünde depresyon olmamakla birlikte, BDÖ puanı 18 ya da üzerinde olan 10 kişide (%5.9) depresyon belirtileri saptandı. Geçirilmiş depresyon öyküsü olan 36 kişi ile BDÖ puanı 18 ve üzerinde olan 10 kişi kontrol grubundan çıkarıldı. Böylece BDÖ puanı 17 ve

altında olan, depresyon öyküsü olmayan ve depresyon geçirmekte olduğu düşünülmeyen 120 kişi kontrol grubunu, depresyon geçirmiş veya geçirmekte olan 74 hasta çalışma grubunu oluşturdu.

Katılımcılara araştırmacıların hazırladıkları 25 sorudan oluşan, aile yapısını, sosyo-ekonomik düzeyi ve demografik özelliklerini sorgulayan bir soru formu uygulandı.

Soru formu araştırmacıların gözetiminde katılımcılar tarafından poliklinikte dolduruldu; kimlik bilgileri belirtilmedi.

Sonuçlar Ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Örnekleme, çalışma (n=74) ve kontrol grubu (n=120) olarak 194 kişiden oluşuyordu. Yaş ortalaması 46.0 ± 13.35 yıl idi. Kadınların oranı, çalışma grubunda %97.3 (72/74), kontrol grubunda ise %80.8 (97/120) idi (tablo 1).

Ailede depresyon öyküsü olanların oranı çalışma grubunda %38.8 (n=26), kontrol grubunda ise %15.2 (n=16) idi: Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05, Tablo 1, Grafik 1).

Tablo 1
Katılımcıların demografik özellikleri

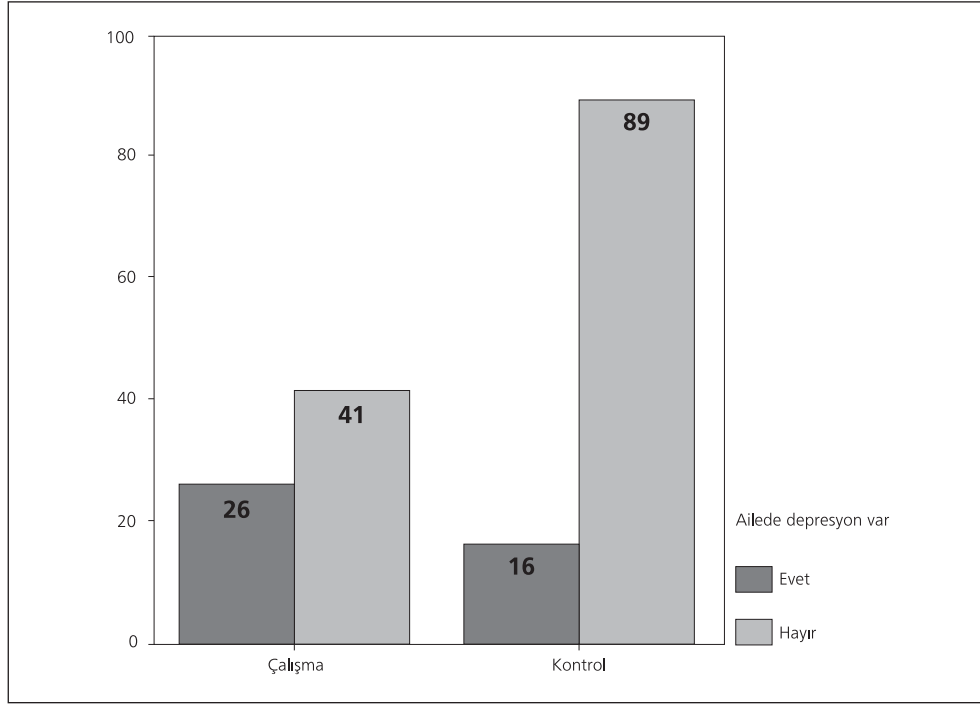
Öğretim düzeyi	Çalışma grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)
Okur-yazar	6 (9.4)	11 (10.0)
İlkokul mezunu	42 (65.6)	71 (64.5)
Ortaokul mezunu	5 (7.8)	11 (10.0)
Lise mezunu	9 (14.1)	16 (14.5)
Üniversite mezunu	2 (3.1)	1 (0.9)
Yaş (yıl)	45.27 ± 10.8	45.43 ± 14.6
Cinsiyet		
Kadın	72 (97.3)	97 (80.8)
Erkek	2 (2.7)	23 (19.2)
Ailede depresyon öyküsü olması	26 (38.8)	16 (15.2)
Ailenin birinci çocuğu olma durumu	11 (14.9)	34 (28.6)
Cinsiyetin birinci çocuğu olma durumu	21 (28.8)	59 (49.6)

Not: Tablolara çalışma ve kontrol grubunda soruya cevap vermeyenler dahil edilmemiştir.

Kontrol grubunda birinci çocuk olanların oranı %14.9 (n=11), çalışma grubunda ise %28.6 (n=34) idi: Fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05, Tablo 1, Grafik 2).

Cinsiyetin birinci çocuğu olma durumu, çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla, %28.8 (n=21) ve %49 (n=59) olup, kontrol grubunda anlamlı derecede fazlaydı (p<0.05, Tablo 1, Grafik 3).

Aile yapısı, geniş ve çekirdek aile olarak ele alınıp depresyon ile ilişkisine bakıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı (p>0.05, Tablo 2).



Şekil 1
Çalışma ve kontrol grubunda ailesinde depresyon öyküsü olanların dağılımı
Not: Grafiklere çalışma ve kontrol grubunda bu soruya cevap vermeyenler dahil edilmemiştir.

Medeni hal ile depresyon ilişkisini incelemek için, katılımcılar evli, bekar, dul/boşanmış olarak üç gruba ayrıldı. Evlilerin oranı çalışma grubunda %83.8 (n=629), kontrol grubunda %80.8 (n=97), bekarların oranı çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla, %2.7 ve %10.0, dul/boşanmışların oranı ise %13.5 ve %9.2 idi: Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$, Tablo 2).

Evdeki kişi sayısı, tek kişi, 2-5 kişi, 6 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla; tek kişi yaşayanlar %4.1'e karşılık %2.5, 2-5 kişi yaşayanlar %77'ye karşılık %89.2, 6 ve üzerinde kişi yaşayanlar %18.9'a karşılık %8.3'tü: Hane halkı sayısı ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$, Tablo 2).

Ekonomik düzey, aylık kişi başına düşen gelir 125 milyondan az, 125-375 milyon, 375 milyon ve üzeri olarak gruplandırıldı. Çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla; gelir düzeyi 125 milyondan az olanların oranı %55.6'ya karşılık %53.4; 125-375 milyon arası olanların oranı %40.3'e karşılık %34.5; 375 milyon ve üzeri olanların oranı %4.2'ye karşılık %12.1 bulundu. Aylık kişi başına düşen gelir düzeyleri açısından çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 2).

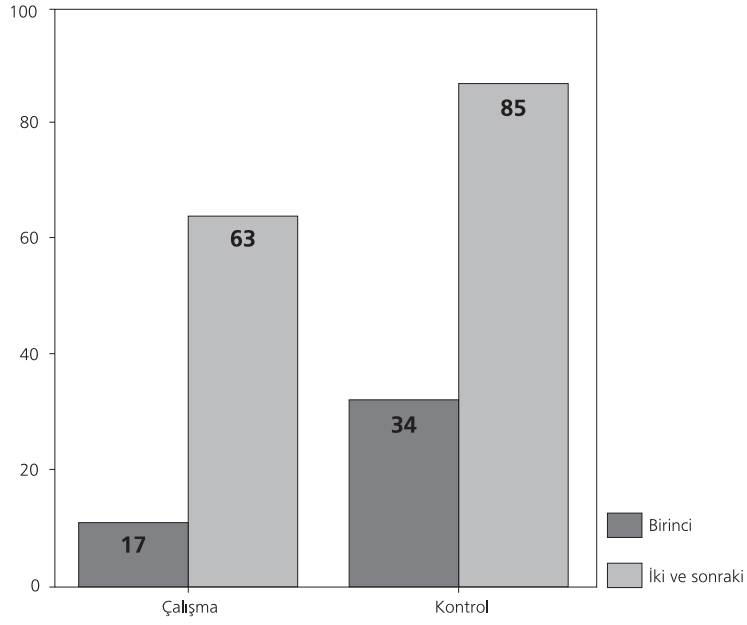
Tablo 2
Çeşitli parametrelerin depresyonla ilişkisi

	Çalışma grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	p
Aile yapısı			
Çekirdek	51 (68.9)	86 (71.7)	$p>0.05$
Geniş	23 (31.1)	34 (28.3)	
Medeni hal			
Evli	62 (83.8)	97 (80.8)	$p>0.05$
Bekar	2 (2.7)	12 (10.0)	
Dul-boşanmış	10 (13.5)	11 (9.2)	
Evdeki kişi sayısı			
1	3 (4.1)	3 (2.5)	$p>0.05$
2-5	57 (77)	107 (89.2)	
6 ve üzeri	14 (18.9)	10 (8.3)	
Kişi başına aylık gelir			
125 milyondan az	40 (55.6)	62 (53.4)	$p>0.05$
125-375 milyon	29 (40.3)	40 (34.5)	
375 milyondan fazla	3 (4.2)	14 (12.1)	

Not: Tablolara çalışma ve kontrol grubunda soruya cevap vermeyenler dahil edilmemiştir.

Tartışma

Çalışmamızda, ailede depresyon öyküsünün varlığı depresyona eğilimi artırırken, birinci çocuk olmak ve cinsiyetin birinci çocuğu olmak depresyondan koruyucu bir faktördü.



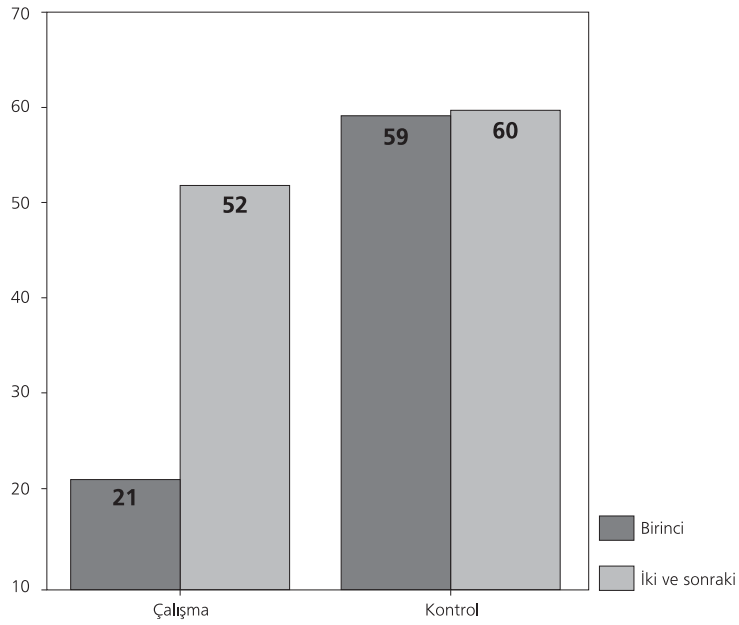
Şekil 2

Çalışma ve kontrol grubunda ailesinin birinci çocuğu olanların dağılımı

Not: Grafiklere çalışma ve kontrol grubunda bu soruya cevap vermeyenler dahil edilmemiştir.

Daha önce yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin ailesel faktörlere göre depresyon etiyojisinde daha fazla role sahip olduğu, ancak hastalığın belirti vermesinde ailesel faktörlerin de rol oynadığı saptanmıştır.¹² Bizim çalışmamızda da ailede depresyon öyküsü olanlarda depresyon sık-

lığı daha fazla bulunmuştur. Bu bağlamda ailesinde depresyon öyküsü olan hastaların depresif semptomlarını irdelerken depresyona yatkınlıklarının daha fazla olduğunu bilerek yaklaşmak tanı, tedavi ve izlemede hekimlere yardımcı olacaktır.



Şekil 3

Çalışma ve kontrol gurubunda cinsiyetinin birinci çocuğu olanların dağılımı

Not: Grafiklere çalışma ve kontrol grubunda bu soruya cevap vermeyenler dahil edilmemiştir.

Çocuklarda doğum sırasının depresyonla ilişkili olabileceği daha önce gösterilmiştir.¹³ Yapılan bir çalışmada ilk doğan çocuklarda depresyon puanı 2., 3., 4. ve daha sonraki çocuklardan daha düşük bulunurken, ilk doğan çocuklarda 2., 3. ve sonraki çocuklara göre özgüven seviyeleri belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamız ise erişkinlerde hem cinsiyetin birinci çocuğu olmanın hem de ailenin birinci çocuğu olmanın depresyondan koruyucu bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, toplumumuzun sosyal yapısına bağlanabileceği gibi aileler tarafından ilk göz ağrısı yaklaşımı ile çocuğa verilen statü, sorumluluk ve bunların getirdiği yetki ile çocukların özgüven duygusunu daha yüksek seviyede olmasından da kaynaklanabilir.

İzlediğimiz hastaların çalışmaya katılım oranlarının nisbeten düşük olması bireylerin büyük kısmının çiftçilikle uğraşmaları ve yaz dönemine rastlaması çalışmamız sırasında evlerinde bulunmamalarından kaynaklanmıştır. Bu durum çalışmamız açısından bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer taraftan, depresyonun her toplum düzeyinde ortaya çıkabildiği düşünüldüğünde, medeni hal ile ilişkisi incelenirken evliliğin mutlu-mutsuz bir evlilik olup olmadığı eklendiğinde, gelir düzeyi incelendiğinde beklenen yaşam şartlarına erişilip erişilmediği göz önüne alındığında veya evdeki kişi sayısı ile ilgili olarak her bireyin ev içinde kendini özgür tanımlayabildiği bir alanı olup olmadığı sorgulandığında sonuçların değişebileceği tartışmaya açıktır. Bir diğer kısıtlılığımız da her iki grupta kadınların oranının fazla olmasıdır ki biz bunu başvuran hastalarda kadınların oranının fazla olması ile ilişkilendirdik, kadınların, çalışma grubunda da fazla olmalarının kadınlarda depresyon sıklığının daha fazla olması ile ilişkili olabileceğini düşündük. Nitekim kadınlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.¹⁴⁻¹⁶

Sonuç

Çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında depresyonda bazı ailesel faktörlerin rolü olduğu açıktır. Daha önceki çalışmalarda bildirildiği gibi çalışmamızda ailede depresyon öyküsü depresyona olan eğilimi arttırırken, ailenin

birinci çocuğu olmanın depresyondan koruyucu rolü olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bunların dışında cinsiyetin birinci çocuğu olmanın da depresyon açısından koruyucu etkiye sahip olduğu sonucuna varmıştır.

Bu düşünceler doğrultusunda hekimlerin ve ailelerin ayrı ayrı sorumlulukları ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin aileleri bilgilendirmeleri, ailelerin ise çocuklarına özgüven kazandırma yolunda cinsiyet ve yaş farkı gözetmeden yaklaşımları gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Tomoda A, Mori K, Kimura M, Takahashi T, Kitamura T. One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54: 583-8.
2. Patten SB. Incidence of major depression in Canada. *CMAJ* 2000; 163: 714-5.
3. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Incidence of depression in long-term care settings. *J Gerontol* 1992; 47: 189-96.
4. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167: 1253-60.
5. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
6. Bekaroğlu M, Ulutku N, Tanrıöver S, Kirpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 174-8.
7. Kuey L, Gulec C. Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clin Neuropharmacol* 1989; 12(Suppl 2): 1-12.
8. Kennedy BL, Lin Y, Schwab JJ. Work, social, and family disabilities of subjects with anxiety and depression. *South Med J* 2002; 95: 1424-7.
9. Tambs K, Mow T. Low genetic effect and age-specific family effect for symptoms of anxiety and depression in nuclear families, halfsibs and twins. *J Affect Disord* 1993; 27: 183-95.
10. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
11. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
12. Kendler KS, Heath A, Martin NG, Eaves LJ. Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population. The etiologic role of genetic and environmental factors. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 213.
13. Gates L, Lineberger MR ve ark. Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *J Genet Psychol* 1988; 149: 29-34.
14. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME ve ark. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000; 60: 1-11.
15. Kessler RC. The epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003; 74: 5-13.
16. Simonds VM, Whiffen VE. Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *J Affect Disord* 2003; 77: 197-202.

Geliş tarihi: 02.09.2004

Kabul tarihi: 04.01.2005

İletişim adresi:

Dr. Fatma Nur Eneç Can
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
22030 EDİRNE
Tel: (0505) 355 86 54
e-posta: fatmanur@yahoo.com