

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF
ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON PREVALANSI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Özlem ÖZFIRAT
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

MALATYA-2007

TEŞEKKÜR

İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yapmış olduğum tez çalıőmam süresince bana destek olan tez danıőmanım Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Saim YOLOğLU' na , ayrıca yüksek lisansa baőlamamda ve devam etmemde hep destek olan İngilizce öğretmenim Turgay TAŐTAN' a sonsuz teőekkürler.....

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Ruh Sağlığı	4
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2 Epidemiyoloji	5
2.1.3 Etiyoloji	7
2.1.4 Klinik Belirtiler	8
2.1.5 Tanı ve Sınıflandırma	8
2.1.6 Tedavi ve Korunma	8
2.2 Depresyon	9
2.2.1 Tanım ve Tarihçe	9
2.2.2 Epidemiyoloji	9
2.2.3 Etiyoloji	11
2.2.4 Klinik Bulgular	11
2.2.5 Tanı ve Sınıflandırma	12
2.2.6 Tedavi	14
2.3 Gençlik Dönemi	15
3. MATERYAL-METOD	18
3.1 Bölge Hakkında Genel Bilgiler	18
3.2 Araştırmanın Modeli	18
3.2.1 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	18
3.2.2 Araştırmanın Değişkenleri	18
3.2.3 Tanımlar	19
3.2.4 Araştırmada Kullanılan Araçlar	19
3.2.5 Verilerin Toplanması ve Biyoistatistiksel Değerlendirme	21
3.2.6 Araştırmanın Süresi	21
3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları	21
4. BULGULAR	22
4.1 Öğrencilerin genel sosyo demografik özelliklerine ilişkin bulgular	22
4.2 Öğrencilerin genel sağlık durumlarının çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait bulgular	45
4.3 Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait bulgular	56
5. TARTIŞMA	71
5.1 Öğrencilerin sosyo demografik özelliklerinin tartışması	71
5.2 Öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumları ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait tartışma	74
5.3 Öğrencilerin depresif bozukluk belirtileri ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait tartışma	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7-ÖZET	83
8-İNGİLİZCE ÖZET	84
9- KAYNAKALAR	85
10-EKLER	89
11-ÖZGEÇMİŞ	94

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No:	Sayfa
1-Öğrencilerin cinsiyet ve okul türlerine göre dağılımı	22
2-Öğrencilerin cinsiyet ve annelerinin öğrenim durumuna göre dağılımı	23
3-Öğrencilerin cinsiyet ve babalarının öğrenim durumuna göre dağılımı	24
4-Öğrencilerin cinsiyet ve annelerinin mesleğine göre dağılımı	26
5-Öğrencilerin cinsiyet ve babalarının mesleğine göre dağılımı	27
6-Öğrencilerin cinsiyet ve aylık harlıklarına göre dağılımı	28
7-Öğrencilerin cinsiyet ve oturdukları evin durumuna göre dağılımı	29
8-Öğrencilerin cinsiyet ve ailelerinin otomobillerinin olup olmamasına göre dağılımı	30
9-Öğrencilerin cinsiyet ve kardeş sayısına göre dağılımı	31
10-Öğrencilerin cinsiyet ve birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre dağılımı	32
11-Öğrencilerin cinsiyet ve yaşadıkları yere göre dağılımı	33
12-Öğrencilerin cinsiyet ve geldikleri yere göre dağılımı	34
13-Öğrencilerin cinsiyet ve aile yapısına göre dağılımı	35
14-Öğrencilerin cinsiyet ve ebeveynlerinden biri ile yaşama nedenlerine göre dağılımı	36
15-Öğrencilerin cinsiyet ve sağlıkta sosyal güvence durumlarına göre dağılımı	37
16-Öğrencilerin cinsiyet ve sağlıkta sosyal güvence olup olmamasına göre dağılımı	38
17-Öğrencilerin cinsiyet ve kendi değerlendirdikleri başarı durumlarına göre dağılımı	39
18-Öğrencilerin cinsiyet ve kendi değerlendirdikleri okula devam durumlarına göre dağılımı	40
19-Öğrencilerin cinsiyet ve önceden ruhsal hastalığı olup olmamasına göre dağılımı	41
20-Öğrencilerin cinsiyet ve önceden ruh sağlığı uzmanına başvurup başvurmadığına göre dağılımı	42
21-Öğrencilerin cinsiyet ve ruh sağlığı uzmanına başvurmada mevcut yakınmalarına göre dağılımı	43
22-Öğrencilerin cinsiyet ve kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı	44

23-Öğrencilerin cinsiyet ve genel sağlık durumuna göre dağılımı	45
24-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının babalarının öğrenim durumuna göre dağılımı	46
25-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının annelerinin öğrenim durumuna göre dağılımı	47
26-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının ailelerinin aylık gelir durumuna göre dağılımı	48
27-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının geldikleri yere göre dağılımı	49
28-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının sağlıkta sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre dağılımı	50
29-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının başarı durumlarına göre dağılımı	51
30-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının aile yapısına göre dağılımı	52
31-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı	53
32-Öğrencilerin genel sağlık durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk olup olmamasına göre dağılımı	54
33-Öğrencilerin genel sağlık durumlarını etkileyen risk faktörlerinin dağılımı	55
34-Öğrencilerin cinsiyet ve depresif bozukluk durumlarına göre dağılımı	56
35-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının okul türlerine göre dağılımı	57
36-Öğrencilerin babalarının öğrenim durumları ve depresif bozukluk durumuna göre dağılımı	58
37-Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumları ve depresif bozukluk durumuna göre dağılımı	59
38-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kardeş sayısına göre dağılımı	60
39-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının geldikleri yere göre dağılımı	61
40-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının aile yapısına göre dağılımı	62
41-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının ebeveynlerinden biri ile yaşama nedenlerine göre dağılımı	63
42-Öğrencilerin depresif bozukluk durumunun ailelerinin aylık gelirine göre dağılımı	64
43-Öğrencilerin depresif bozukluk durumunun sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre dağılımı	65
44-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının başarı durumuna göre dağılımı	66

45-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk olup olmamasına göre dağılımı	67
46-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı	68
47-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının genel sağlık durumuna göre dağılımı	69
48-Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarını etkileyen risk faktörlerinin dağılımı	70

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık olmayıp bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlar. 1980’li yıllardan sonra sağlık hizmet ve finansman modellerine dayanarak farklı sağlık tanımları üzerinde durulsa bile, yeni bir şekilde, sağlık “yaşamı kısaltan, fonksiyon veya iyilik halini bozan her türlü; fiziksel, mental ve sosyal streslere karşı koyabilme kapasitesi” olarak tanımlanarak, sağlığın sosyal ve ruhsal boyutuna daha çok vurgu yapılmaktadır. Sağlık tanımında bu iki boyuta eskisinden daha çok gereksinim duyulmasının sebebi değişen dünya düzeni olabilir.(1,2,3)

Ruh sağlığı fiziksel sağlık kadar önemlidir. Literatürde ruh sağlığını tanımlamaya çalışan birçok görüş bulunmaktadır. Bunlar arasında kabul gören tanım şudur. “Ruh sağlığı kişinin kendi çevresiyle, çevresini oluşturan kişilerle toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir.”(4,5)

Günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir. Bunun da en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal, teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır.(6,7)

Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlar. Halk sağlığının temel ilkesine göre hastalıklarla mücadelede; hastalığın önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkindir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalığa ait risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması hedef alınmaktadır.(8)

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel toplumda görülebilir. Yüksek yaygınlık oranları ile ruhsal bozukluklar, kronikleşme eğilimleri gösterebilirler ve tedavi güçlükleri ile toplum sağlığı sorunu oluşturabilirler. Örneğin; ABD’de ruhsal bozukluğu olanların oranı %15 iken bu oran Türkiye’de %20 civarındadır. Bu ruhsal bozukluklar arasında en sık görülenlerden biri depresyondur. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmektedir.(9,10)

Depresyon; çökkünlük derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumu birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlemlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur.(2,11)

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranı ABD’de %17,1, Fransa’da %16,4, Almanya’da %9, Kanada’da %8,6, Tayvan’da %5 iken, Türkiye’de kırsal kesimde %23,6, kentsel kesimde %19 oranında bulunmuştur. Yaşam boyu görülebilen depresyonun çok önem arz ettiği bir dönem de ergenlik çağıdır.(11,12)

Ergenlik dönemi; çocukluktan yetişkinliğe doğru giden büyüme ve gelişme süreci içinde, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uğradığı bir geçiş dönemidir. Bu dönemde gelişimsel yönden çatışmalar yaşandığı için, normal ile patolojinin ayırımında zorluklar olabilmektedir. Birçok araştırmacıya göre bu dönemin uzaması, sosyal ve biyolojik olgunlaşmanın birlikte kazanılması, erişkin rollerin fazlalığı, ailevi ve sosyal destek ağlarında erozyon ve yaşamı tehdit edici aktiviteler, emosyonel karşılığın oluşmasında önemli etkenler olmaktadır.(13,14,15)

Gençlik döneminde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en çok görülenlerden biri de depresyondur. Depresyon tanısı almış ergenlerin, hastalık öncesi dönemde sağlıklı ergenlere göre daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları ve gösterdikleri belirtilerin tipi ve şiddeti ile stresli yaşam olayları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.(12,13)

Çocuklukla kıyaslandığında bu dönemde ergenin baş etmek zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimler artmaktadır. Biyolojik olarak ergen vücudunda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak ve bunlara bağlı ortaya çıkan bilişsel yetiler ergeni hem kendisiyle hem de çevresiyle ilgili yeni değerlendirmeler ve soyutlamalara iter. Ergenlik döneminde kimlik gelişimi önem kazanır. Ergen “Ben kimim?”Sorusuna yanıt bulmaya çabalar. Bu çabalar bazen bocalamalarla sonlanabilir. Sosyal olarak ergenden beklentiler artmakta ve beklentiler doğrultusunda sorumluluklar üstlenmesi gerekmektedir.(16,17)

Bütün bu değişiklikler birey olarak ergeni hem kendi hem de çevresiyle ilgili yeni bilişsel bütünlükler kurmaya zorlar. Bunda bazı ergenler diğerleri kadar başarılı olmayabilir ve bir takım ruh sağlığı sorunları ortaya çıkar.(12)

Yapılan araştırmalarda anksiyete ve depresyon s¼recinin genellikle gen¼likte başladığı fikri giderek daha fazla kabul g¼rmektedir. Bu bakımdan gen¼liđin ruhsal sağlığı toplum sağlığını etkileyen ¼nemli unsurlardan biridir.(18)

Bu araştırma, genel sınavlara hazırlanma d¼nemine tekab¼l eden lise son sınıf ¼đrencilerinin ruhsal durumu ve depresyon bozukluklarını saptamak amacıyla planlandı. Araştırma kapsamında Malatya İl merkezi lise son sınıf ¼đrencilerinin “genel ruhsal sağlık d¼zeyi” ve depresyon bozukluğu d¼zeylerini saptamak ama¼ edinilmiştir. Bu ama¼ i¼in T¼rkiye’de yaygın olarak kullanılmış Beck Depresyon ¼l¼eđinin uzun zaman alması gibi uygulama g¼çlüđu nedeniyle, ¼lkemizin k¼lt¼r¼ne uyarlanmış ge¼erlik ve g¼venirliđi sınanmış, kısa s¼rede uygulanabilen Bordepta Depresyon tarama ¼l¼eđi kullanılmıştır.

Birinci basamakta kullanılmak ¼zere geliştirilmiş Bordepta Depresyon tarama ¼l¼eđi vasıtası ile lise son sınıf ¼đrencilerinin genel bir sınav s¼recine girdikleri d¼nemde depresif bozukluk belirtisi g¼sterme durumlarının benzer araştırma sonu¼ları ile karşılaştırılması da araştırmanın ama¼ları arasında yer almıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Ruh Sağlığı:

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Bireyin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Klinik olarak belirgin bir ruhsal bozukluğun tanımı genellikle yapılabilmektedir. Fakat kişide böyle bir bozukluğun olmaması normaldir demek için yetmiyor. Bu nedenle klinik açıdan normal tanımlayabilmek için değişik ölçütler içeren görüşler ortaya atılmıştır;(1)

- a) Çevreye uyum yapabilme
- b) Bireyde aşırı bunaltının (anxiety) yada başka psikiyatrik belirtinin olmaması.
- c) Psikanalistler normalin ölçütü olarak id, ego, süperego arasındaki dengeyi ele almışlardır.
- d) Kişilik gelişimi kuramı açısından insan yaşamının sekize bölünen evrelerinin (temel güven, özerklik, girişim, çalışma ve becerme yetileri, kimlik duygusu, olgunluk ve orta yaşta edinilen yakınlık, üretkenlik, benlik bütünlüğü) uygun biçimde tanımlanması.

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle, duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde şu özellikleri taşır;(1,19)

- Tutarsızlık
- Aşırılık
- Uygunsuzluk
- Yetersizlik

Hastalıkların doğa-üstü güçlere bağlandığı animistik düşüncenin egemen olduğu çağlarda hastalık dağa-üstü zararlı varlıklara bağlanıyordu. Diğer hekimlik dallarında olduğu gibi insanın kendi ruhsal sıkıntı bocalamalarını açıklamaya, onlarla savaşılmaya başlamasında gizemcilik ve büyüsel düşünce egemendi. Bu düşünce biçiminin doğal sonucu olarak da sağaltım yapan kişiler din adamları yada büyücü hekimlerdi.(1)

İ.Ö 5.yy.' da Hipokrat hastalıkların doğa-üstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu göstermiştir. Hipokrat'ın ruh sağlığına kattığı bazı terimler (histeri, melankoli) bugün bile kullanılmaktadır.

Eski Yunan ve Roma'da ruh hastalarına karşı toplumun tutumları genellikle olumsuzdu genellikle evlerde hapsedilir topluma bırakılmazlardı.

Hipokrat'tan sonra Eflatun, Aristo, Cicero, Celsus, Soranus, Galenos, ruhsal bozuklukların doğal açıklamalarına katkıda bulunmuşlar, gizemci-büyüsel düşüncenin geçersizliğini belirtmişlerdir.

Ancak orta çağda gerileme olmuş ve İsa'dan sonraki ikinci, üçüncü yüzyıllarda gittikçe artan bir hızla yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştı. Ruh hastaları şeytanın yakalandığı bir büyücü olarak avlanır diri diri yakılırdı.

Avrupa'da 12. ve 13. yüzyıllarda başlayarak Hıristiyanlığın katı, acımasız, dogmatik uygulamalarına karşı tepki artmıştır.

İlk olarak 17. yüzyılda, ruh hastalıkları hakkında bir kararın din adamlarınca değil hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edildi.(1,10,19)

2.1.2 Epidemiyoloji

Ruh sağlığı ve bozukluklarına ilişkin araştırmalar 20. yüzyılın başında A.B.D' de önce hastanelerde yatan hastalara dayanarak yapılmıştır. Yatan hastalarda çıkan sayılarda topluma genelleştirme çalışmaları olmuştur. Daha sonra II. Dünya Savaşında ruhsal bozukluk nedeni ile orduya alınmayan yada ordudan çıkarılanların sayıları inceleme konusu olmuştur. II. Dünya Savaşından önce ve sonra belirli bölgelerde toplum taramaları yöntemiyle birçok araştırma yapılmıştır.(19)

Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü Dr. G.H.Brundtland'a göre "Yeti Yitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year-DALY) ölçümlerine göre 1998'de dünyada toplam yeti yitimi kayıplarının %12'si ruhsal bozukluklar yüzünden olmaktadır. Bütün dünyada global hastalık yükünün ilk 10 nedeni arasında majör depresyon 5. sırayı almaktadır ve bu sıra gelişmekte olan ülkeler içinde geçerlidir. Bütün dünyada yeti yitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beşi ruhsal bozukluklardır. Bu oranlar yüksek gelirli ülkeler kadar gelişmekte olan ülkeler içinde geçerlidir. Bunun önemli nedenleri arasında yaşlı nüfusun artması, hızla çoğalan sosyal sorunlar ve kargaşalar, şiddet, iç savaşlar, adetler ve hızla büyüyen göç toplumları sayılabilir.(1)

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunların epidemiyolojisi üzerinde standardize edilmiş değerlendirme araçları ile araştırmalar artmaktadır. Bu araştırmalardan biri 1989–1993 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan uluslararası çalışmadır. DSÖ' nün ruh sağlığı alanında bugüne dek girişmiş olduğu bu en büyük araştırmada değişik ülkeden 14 araştırma merkezinde toplam 25.916 hasta Genel Sağlık Anketi ile taranmış, bunlardan 5.438'i UBTC (Uluslar Arası Birleşik Tanı Görüşmesi) ve yeti yitimi anketleri ile değerlendirilmiş 3.063'ü 3 ay, 2.705'i de 1 yıl izleme çalışması ile incelenmiştir.

14 ülkeden elde edilen verilerin ortalamasına göre ruhsal bozukluk tanısı alanlar %24, ruhsal sorunu olup tanı eşiğinin altında kalanlar %9, yalnız bir veya birkaç ruhsal belirtisi olanlar %3, ruhsal belirtisi hiç olmayanlar %36 olarak bulunmuştur.

Çalışmada ICD-10'a göre tanı konmuştur. En sık oranda depresyon (%11,6) tanısı konmuştur. Depresyonun %11,6 oranı ile üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra gelen hastalık olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.

Türkiye'de ise ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek araştırma Sağlık Bakanlığı ile yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. 1993 yılında 7479 kişilik bir örneklem üzerinde araştırma yapılmıştır.

Araştırmada ICD–10 ölçütlerine göre ruhsal rahatsızlık sıklığı %17,2'dir. Alkol bağımlılığı dışında kalan bütün ruhsal rahatsızlıklar kadınlarda daha çoktur. Depresyon en sık görülen ruhsal bozukluktur.(1)

Genel Epidemiyolojik Bulgular şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

*Psikozlar genellikle ülkeler ve toplumlar arasında çok büyük yaygınlık farkı göstermemektedir.

*Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyonlar, anksiyete bozuklukları, fobi ve panik durumları, konversiyon bozuklukları her ülkede bilinen, tanı konulabilen bozukluklardır.

*Bütün araştırmalar, düşük sosyo-ekonomik düzeylerde ruhsal bozukluk yaygınlığının üst düzeyde olan sosyo ekonomik kesimlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

*Birçok araştırmada düşük eğitim düzeyi olan kesimde ruhsal bozukluğun daha çok olduğu bildirilmiştir.

*Depresyon, bunaltı bozuklukları, histerik bozukluklar kadınlarda; alkolizm, ilaç bağımlılığı, anti sosyal kişilik bozukluğu erkeklerde daha çok görülmektedir.

*Ruhsal bozuklukların en sık görülme çağı 25–44 yaşları arasındadır.(1,10)

2.1.3 Etiyoloji

1-Biyolojik Etkenler

- Kalıtım
- Beden yapısı
- Beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları
- Fizik travmalar (doğumdan önce, sırasında ve sonra)

2-Psikolojik Etkenler

a) Çocukluk çağına ilişkin aşırı engellemeler ve zorlama etkenleri

- *Yetersiz analık, ihmal ve reddedilme
- *Çocuğun aşırı korunması, aşırı doyurulması, bağımlılığın sürdürülmesi
- *Çocuğa özerklik ve kişilik tanınmaması
- *Aile düzensizliği, parçalanması, yıkılması
- *Aşırı ahlak değerleri ve baskıları
- *Bozuk tutarsız disiplin
- *Özdeşim örneklerinin yokluğu, olumsuzluğu yada yetersizliği
- *Nörotik, psikotik anne-baba
- *Çocuğa erişilmeyecek amaçların yüklenmesi, aşılması
- *Eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği, uygunsuzluğu

b) Yetişkin yaşamda karşılaşılan engellemeler ve çatışmalar:

- *Gerçek yada imgesel yitimler
- *Çocukluktan kalma çatışma ve saplantılar
- *Bozuk yaşam koşulları

c) Toplumsal Etkenler

- *Toplumun eğitim ve yetiştirme geleneklerinin bozuk oluşu
- *Bir topluma ait olmama, bağlanmama
- *Topluma aşırı bağlanıp kendini yitirme (ideolojik, dinsel siyasal gruplara aşırı

bağlanma ve bağnazlaşma)

*Toplumsal stresler; Harp, işsizlik, azınlık ayrımları, cinsiyet ayrımları, hızlı sosyal değişmeler, göçler, ağır toplumsal bunalımlar, baskılar, sosyal-ekonomik yoksunluklar. (1,20,21)

2.1.4 Klinik Belirtiler

Tüm ruhsal bozuklukların birbirinden farklı çok yönlü ve çok çeşitli belirtileri vardır. Hastanın genel görünümünden dil ve konuşmaya, bilişsel süreçlerine, algı durumuna, düşünce yapısına, duygulanım ve duygu durumuna ve motor davranışına kadar birçok alanda, çeşitli belirtiler görülebilmektedir.(1,19)

2.1.5 Tanı ve Sınıflandırma

Hastaların sağaltımı ve hastalıkların önlenmesi için en başta iyi bir tanımlama, tanı koyma ve sınıflandırmanın yapılması gerekir. Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında ilk önemli adım alman ruh hekimi E. Kraepelin (1986) tarafından atılmıştır. Daha sonra A.B.D’ de 1852’de DSM-I (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-Diagnostie an İstatistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırılmıştır. 1968’de DSM-II, 1980’de DSM-III ve 1987’de DSM-III-R (DSM-III-Revised) ve son olarak 1984’de DSM-IV psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında araştırmalara dayanan tanı ölçütleri geliştirdiler.(10,22)

Dünya Sağlık Örgütü de sırasıyla ICD-8, ICD-9 VE ICD-10 yayınları ile uluslar arası bir tanı dizgesi getirmiştir.

Türkiye’de hem ICD hem DSM tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ile yapılmış olan ve devletleri bağlayan anlaşmalara göre Devlet Hastaneleri ICD dizgesine uymak zorundadır.(1,10)

2.1.6 Tedavi ve Korunma

Ruhsal bozuklukların tedavisi çok yönlü olmak zorundadır. İlaç ve somatik yöntemler uygulanan hastaların hemen tümüne, hastayı ve ailesini içine alan psikoterapötik ve psikososyal yaklaşımlar genellikle gereklidir.(23)

Ruhsal bozukluklar genellikle yatkın bir organizmada ve kişilikte akut yada süreğen zorlanmalarla (stresler) ortaya çıkar. Çoğu uzun süren rahatsızlıklardır. Bu nedenle tanı ve tedavi için hastayı uzun süre izlemek gerekir.(24)

Ruhsal bozukluğu olan kişiler genellikle çok değişik bireysel ve toplumsal nedenlerle hekime geç başvururlar. Ruh hastalığına karşı toplumsal ön yargılar azalması olmakla birlikte, bütün dünyada hala bir miktar bazen de ailesini etkilemektedir.(2)

2.2 Depresyon

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Depresyon; derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom bir çok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir.(1)

Kendini değersiz görme duyguları zamanla kendini suçlama ve suçluluk duygusu nedeniyle kendini cezalandırmaya da gidebilir. Gerek yaşamdan zevk almama, gerek suçluluk duyguları; intihar düşünce ve girişimlerine yol açabilir.(25)

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır. HIPOKRAT M.Ö 450'lerde "melankoli" terimini kullanmıştır. M.S 100'lerde melankoliye CORNELIUS CELCUS tarafından "kara safranın neden olduğu hastalık" şeklinde farklı bir etiyolojik yaklaşımla bulunmuştur. Büyük İslam bilgini İBN-İ SİNA melankoliyi diğerlerinden farklı bir hastalık olarak ele almış, 1816'larda ise ESQUIROL manik hastalarda izlediği durgunluk dönemlerinden bahsetmiştir. Nihayet 1896'da EMIL KRAEPELIN "Folie manioco-depresif" ismi altında bugünkü "manik depresif psikoza, yani DSM-III-R sınıflandırmasına göre "bipolar affektif hastalığı" betimlemiştir.(1,10)

2.2.2 Epidemiyoloji:

Depresyon, ergenlik çağında oldukça sık görülebilmesine karşın çoğu zaman olması gerektiğinden daha az tanı koyulan bir sağlık sorunudur. Çeşitli toplumlarda yapılan çalışmalar, ergenlerde depresyon prevalansının %1 ile %50 arasında değişebildiğini ortaya koymaktadır.(26)

DSÖ depresyon hastalığının dünya çapındaki global yüke sebep olan 4. önde gelen hastalık olduğunu rapor etmektedir.(27)

Bu çağda gelişen depresyon ergenin gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve intihar, alkol, sigara veya madde kullanımı gibi riskli davranışlara eğilim yaratmaktadır. Araştırmalar, ergenlerde depresyon gelişiminde biyolojik yatkınlığın yanı sıra, sosyal ve psikolojik faktörlerinde önemli rol oynadığını göstermektedir.(28)

Yapılan araştırmalarda geçtiğimiz 12 ay içerisinde her 3 kişiden birinde mevcut semptomlar görülmüştür. Aynı alışma göstermiştir ki; eğer depresif semptomlar sürerse bununla birlikte ikinci olarak ta uyuşturucu ve alkol kullanımında varsa intihar teşebbüsleri artış göstermektedir.(27,28)

ABD’de adölesanlar arasında sürdürülen bir araştırma göstermiştir ki majör ve minör depresyonların yaşam boyu görülme sıklığının %9,9 ile %15,3 arasındadır. Majör ve minör depresyon için 30 günlük görülme sıklığı periyodunun aynı çalışmada %2,1 ile %5,8 arasındadır.(29)

İsviçre de yapılan okul tabanlı bir araştırma açığa çıkarmıştır ki 16 ile 17 yaş grupları arasındaki depresyonun 1 yıllık görülme sıklığı %5,8 ve yaşamsal olarak görülme sıklığı da %11,4’ tür. Ve yine Çin’de 13 ile 23 yaş grupları içerisinde olan okul tabanlı bir araştırma görülme sıklığının %16,9 olduğunu saptamıştır.(30)

Brezilya da temel bakım birimlerine katılan adölesanlar arasında sürdürülen bir çalışma %26,5 oranında bir görülme sıklığı ortaya çıkmıştır.(26)

Aynı zamanda Türkiye de yapılan bu konu ile ilgili bir çok çalışma var. Türkiye’nin kırsal kesiminden bir tanesinde yapılan okul merkezli bir araştırmada depresyon sıklığını 10–20 yaş grupları arasında %12,5 olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Bir diğer okul merkezli yapılan araştırma daha yüksek bir görülme sıklığı ortaya çıkarmıştır. Çünkü bu çalışma yıkıcı bir depremin vurduğu Marmara Bölgesinde yapıldı. Depremden 3,5 yıl sonra adölesanlar arasındaki depresyon sıklığının %30,8 olduğu hesaplandı. Bir diğer araştırma İstanbul’un sosyo-ekonomik olarak kmş bir bölgede lise öğrencileri arasında yapıldı buradaki görülme sıklığı %30,3 olarak saptandı.

Topluluklar modernizasyondan, post modernizasyona geçtikçe topluluk içersinde pek çok değişiklikler gerçekleşir ve birçok kişi değişen sosyal normlara ayak uydurmaya çalışırken psikolojik sıkıntı yaşar. Bu sosyal geçişte birey kendini ümitsiz ve çaresiz bir yaşamın içinde gibi hisseder. Bu gerçek depresyona, akabinde intihar olaylarına sebep olan temel nedenlerden biri olarak görülür.

DSÖ depresyonu dünya çapında 2020 yılına gelindiğinde önde gelen 2. rahatsızlık olacağını tahmin etmektedir.(31,32,35)

2.2.3 Etiyoloji:

Depresyonun etiyoloji ve fizyopatolojisine ilişkin yoğun araştırmalara karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz bilinmemektedir.

1. Yaşam Olayları: Özellikle sevilen birinin ölümü ya da kaybı gibi önemli yaşam olaylarının depresyonu başlatacağına ilişkin son kanıtlar bu olasılıkları doğrulamaktadır.

Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iç yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iç yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha nice fiziksel yada psikososyal olay gerçek duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süreğenleşmesinde büyük rol oynarlar.

Denebilir ki çok değişik ve özgül olmayan psikososyal zedelenmeler arasında depresyona yatkınlık sağlayan en önemli etken bebeklik ve ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan ana-babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır.(33,34)

2. Biyolojik Etkenler: Depresyon patofizyolojisinde en çok yeri olduğu düşünölen; biyojenik aminler, norepinefirin ve serotoninidir.

Ayrıca, dopamin, asetilkolin, nöroendokrin değişiklikler (adrenal, troid ve büyüme hormonu eksenleri) ve Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Ekseninde değişikliklerin depresyon gelişmesinde rol oynadıkları düşünölmektedir.(10,19)

2.2.4 Klinik Bulgular

Depresif duygu durumu hastaların ortalama %90'ında ortaya çıkan kederli, ümitsiz, boş, üzėün, keyifsizlik olarak tanımlanır.

Günlük aktivitelerinde haz almama hali hemen hemen tüm depresif hastalarda görölen yaygın bir belirtidir. Hastaların %70'inde iştah azalması ve kilo kaybı gözlenir.

Ortalama %80 depresif hastalarda başta uykusuzluk almak üzere çeşitli uyku bozukluğu yakınmaları görölr.

Düşüncede, konuşmada yada beden hareketlerinde bir yavaşlama, konuşmanın içeriğinde ve yoğunluğunda bir azalma ve cevap aralıklarında gecikme görölr.

Hemen tüm depresif hastalar belirgin bir enerji azalması, alışılmadık bir yorgunluk ve bitkinlik hali tanımlayıp basit ve küçük görevler yerine getirmede bile genel bir etkinlik azalması gösterirler.

Bu kişiler benlik saygısında belirgin ve sıklıkla gerçek dışı bir azalma gösterirler.

Hastalar önceki gibi düşünmediklerini, konsantre olmadıklarını yada düşüncelerinin karıştığını ifade ederler.

Pek çok depresif hastada başkalarının kendisi olmazsa, diğerlerinin daha iyi olacakları düşüncesinden gerçek intiharları planlama ve gerçekleştirmeye kadar uzanan tekrarlayıcı ölüm düşünceleri görülür.(34,36)

2.2.5 Tanı Ve Sınıflandırma

ICD-10'a göre depresif bozukluklar;

1-Birincil Depresyonlar; Bedensel yada başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir.

Şu şekilde sınıflandırılır;

- a) Depresif nöbet; ağır, orta, hafif
- b) Yineleyici depresyon (recurrent yada ünipolar depresyon)
- c) Bipolar duygulanım bozukluğunda görülen depresif nöbet
- d) Distimik bozukluk
- e) Atipik depresyonlar

2- İkincil depresyonlar: Bedensel yada başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan depresif durumlardır.

- a) Fiziksel hastalıklara bağlı depresyonlar
- b) Diğer psikiyatrik bozukluklara bağlı depresyonlar

DSM-IV'e göre yapılan sınıflandırmada ise depresif bozukluklar;

- 1) Majör Depresif Bozukluklar
- 2) Distimik bozukluk
- 3) Başka Türü Adlandırılmayan Depresif bozukluk (1,10,34)

1- Majör Depresif Bozukluk:

Majör depresif nöbetin temel özelliği çökkün (depresif) duygu durumu yada haz ve ilgilerin kaybıdır. Bu durum en az 2 hafta süresince devam edip bireyin sosyal, mesleki yada diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma ve zorlanmalara neden olur. Bu süre içinde kişide çökkün duygu durumu yada ilgi kaybı dışında depresyonun en az dört temel belirtisinin ortaya çıkması gerekir.

a) Depresif duygu durumu: Depresif duygu durumu hastaların hemen hemen hepsinde ortaya çıkan kederli, ümitsiz, boş, üzgün, düşük, keyifsizlik olarak tanımlanır.

b) Anhedoni: Günlük aktivitelerden haz almama hali hemen hemen tüm depresif hastalarda görülen yaygın bir belirtidir.

c) İştah değişimi: Hastaların ortalama %70'inde iştah azalması ve kilo kaybı gözlenir. Bununla birlikte daha az bir grup hastada iştah artması görülebilir.

d) Beden aktivitelerinde değişim: Depresif hastaların ortalama yarısı normal düzey aktivitelerinde bir yavaşlık yada retardasyon geliştirirler. Düşüncede, konuşmada yada beden hareketlerinde bir yavaşlama, konuşmanın içeriğinde ve yoğunluğunda bir azalma ve cevap aralıklarında gecikmeler görülür.

e) Enerji kaybı: Hemen tüm depresif hastalar belirgin bir enerji azalması, alışılmadık bir yorgunluk ve bitkinlik hali tanımlayıp basit ve küçük görevleri yerine getirmede bile genel bir etkinlik azalması gösterirler.

f) Değersizlik duyguları ve aşırı yada uygunsuz suçluluk: Depresif kişiler benlik saygısında belirgin ve sıklıkla gerçek dışı, bir azalma gösterirler. Hastaların yarıdan fazlasında bazı suçluluk düşüncelerine rastlanır.

Bu düşünceler bugünkü durumlarının yapmış oldukları bir şeyin sonucu olduğuna ilişkin belirsiz duygulardan açık günahkarlık yada yoksulluk sanrı ve var sanılarına kadar uzanır.

g) Kararsızlık yada konsantrasyon azalması: Depresif hastaların ortalama yarısında düşüncede yavaşlama görülür. Hastalar önceki gibi düşünemediklerini konsantre olamadıklarını yada düşüncelerinin karıştığını ifade ederler. Sıklıkla kendilerinin doğru kararlar alabileceklerine ilişkin kuşkularını dile getirip kendilerini ufak karar vermede bile yetersiz bulurlar.

h) İntihar düşünceleri: Pek çok depresif hastada başkalarının kendisi olmazsa diğerlerinin daha iyi olacakları düşüncesinden gerçek intiharları planlama ve gerçekleştirmeye kadar uzanan tekrarlayıcı ölüm düşünceleri görülür.(1,36,37,38)

2- Distimik Bozukluk:

Çocuk ve ergenlerde distimik bozukluk en az bir yıl süreyle her gün yaklaşık gün boyu süren depresif yada irritable duygu durum olmasıdır. DSM-IV' e göre aşağıdaki belirtilenlerden en az üçü depresif yada irritable duygu durumuna eşlik etmelidir:

Düşük benlik algısı, kötümserlik, umutsuzluk duyguları, ilgi kaybı, sosyal içe çekilme, kronik yorgunluk, suçluluk yada yoğun öfke, aktivite yada üretkenlikte azalma ve konsantrasyon yada bellek bozukluğu. Bozukluğun olduğu yılda, bu belirtilerin iki aydan daha uzun süre olmadığı bir dönem yoktur. DSM-IV, erken başlangıçlı (21 yaşından önce) yada geç başlangıçlı (21 yaşından sonra) olarak distimik bozukluğu özgülleştirmiştir.

Distimik bozukluğu olan çocuk yada ergen distimik bozukluğun başlamasından önce majör depresif epizodu geçirmiş olabilir, ancak bir yıldan fazla distimik bozukluğu olan bir çocuğun depresif bozukluğa sahip olma olasılığı fazladır.(39,40)

3- Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar:

Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, depresif duygu-durum ile giden uyum bozukluğu için konan tanı ölçütlerini tam karşılamayan yetersiz yada çelişkili depresyon belirtileri olması.(41)

2.2.6 Tedavi

1-İlaç Tedavisi: Antidepresyon ilaçların çoğunun başlangıçta hastayı tedirgin edebilecek nitelikte yan etkileri vardır. Bu yan etkilerin çoğu genellikle ilk 10–15 günde görülürler ve zamanla geçerler. İlacın iyileştirici etkisi 2–3 haftadan önce pek belli olmaz.

Ülkemizde Kullanılan Antidepresan İlaç Grupları Şunlardır:

I- Trisiklik Antidepresanlar: Klomipramin, Amitriptilin, opipramol

II- Trisiklik Olmayanlar:

a) Tetrasiklikler ve başka yeni kuşak antidepresanlar: Maprotilin, Mianserin

b) Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI-Selective Serotonin,

Reuptake Inhibitors): Fluoksetin, Fluvoksamin, Paroksetin, Sertralin, Sitolopram

2-Elektro-Konvülsif Terapi (EKT) : Özkıyım riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir.(10,23)

3-Farmakolojik Olmayan Tedaviler:

a)Psikoanaliz: Bu terapi yönteminde, şimdiki zamanda yaşanan duygu ve davranışları açıklamak için kişinin geçmişte yaşadığı anıları, olayları ve duyguları incelenir

b)Kognitif (Bilişsel) Terapi: Bu terapi şekli, problemleri duygu ve davranışlara yol açan bozuk düşünce kalıplarını tespit etmek ve düzeltmek için çalışır.

c)Davranış Terapisi: Davranış terapisi sağlıklı ve istenmeyen davranışlar üzerine yoğunlaşır ve genelde ödüllendirilme, olumlu davranışları pekiştirme ve olumsuz davranışları elemine etme sistemleri kullanılır.

d)Bilişsel-Davranış Terapi: Bu terapi, sağlıklı; negatif inanç ve davranışları tespit etmek ve sağlıklı, pozitif inanç ve davranışlarla değiştirmek için hem Kognitif hem de Davranış terapilerinin birleşiminden oluşur.

e)Kişilerarası Terapi: Bu yöntem depresyonu tetikleyen kayıplar, rol anlaşmazlık ve geçişlerini, sosyal yalıtım yada sosyal beceri eksikliğini belirleyip araştırır.

f)Aile Terapisi: Depresyon oluşumunda rol oynayabilecek aile içi etkileşimlerin, çatışmaların ve sorunların çözülebilmesi için aile bireylerinde tedaviye aktif katılımı sağlanır. (23,33,41)

2.3 Gençlik Dönemi

Ergenler için standart bir büyüme eğrisi çizmek mümkün değildir. Büyüme hızı ve süreleri bireyden bireye değişir. Özellikle kızların büyüme hızı daha hızlı başladıkları görülmektedir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlik kesinleşmiş bir yaş sınırı yoktur. UNESCO, ergenlik dönemini 15–25 yaş dilimleri arasında göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü erişkin bedenine sahip olmak için 10–19 yaşları arasında geçen süreyi ergenlik dönemi olarak kabul etmektedir. Toplumlar arasında farklı koşullar nedeniyle duygusal olarak erişkin rolüne bürünme genellikle 15–24 yaşlarında olur ve bu yaş grubu genç olarak tanımlanır. Gençlik ergenleri ve erken yetişkinlik dönemini kapsayan daha geniş bir kavramdır. Çuhadaroğlu ve ark. (2004) Ankara ve Adana da TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi) için gerçekleştirdikleri çalışmada, Türkiye için ergenlik başlama yaşını kızlarda 12,7 yaş, erkeklerde 13,7 yaş ve ergenliğin bitiş yaşını kızlarda 21,6 erkeklerde 23,1 olarak bulmuşlardır.(16,42)

Ergenlik olumlu olumsuz tüm duyguların yoğun, bütün tepkilerin aşırı olduğu bir dönemdir. UNESCO'nun tanımına göre ergenlik "Cesaretin, çekingenliğe, serüven isteğinin rahata üstün geldiği çağdır. " Aynı zamanda bunalımlar, öfkeler, çatışmalar ve

kaygılar dönemidir. Ergenlik her yerde her zaman coşkulu, atılgan ve çalkantılı bir çağ olarak görülmektedir.(43)

Bu dönemde ergen gerek akranlarıyla gerekse erişkinlerle yeni yaşantılar yeni ilişkiler yaşar; fiziksel, sosyal ve psikolojik bir gelişme sürecinden geçer.(44)

Ergenlik döneminin bütün aşamalarında daha az olgundan, daha olguna doğru bir gidiş vardır. Sıklıkla görülen bir geri gidiş ise bu ilerlemeyi geçici olarak durdurur. Bu olgunlaşma süreci ergen erişkin dengesine ulaşıncaya kadar devam eder, amaç olgun erişkin rolünü kazanmaktır. Ergen erken dönemde araştırdığı, ileri dönemlerde ise kimliği ile nasıl bir insan olmak istediğini kavrar. Aynı zamanda kendisi içinde bir üye olarak bütünleşebileceği bir grubun sosyal değerini benimser.(16,17)

Fransız psikiyatrist Dolto, ergenliği ikinci doğum olarak tanımlar. Doğum fetüs halinden bebekliğe geçişi, ergenlikte çocukluktan yetişkinliğe geçişi ifade eder. Dolto; ergenlerin tıpkı yaşamın başlangıcındaki bebekler gibi kırılgan ve dayanıksız olduklarını belirtir.

Ergenliğin fiziksel, bilişsel, toplumsal ve duygusal değişimleri hızlı ve sarsıcıdır. Yaşamların bu döneminde üç ana görevle karşı karşıyadırlar. Bu görevler bireyleşme, meslek secimi ve cinsel kimliğin oluşması gibi üç önemli temayı içermektedir. (42)

Çocuk dünyaya ve yaşam koşullarına kendine özgü uyum sağlamış olarak ergenliğe adım atar. O, dingin ve durağan bir “son çocukluk” dönemini yaşarken başkalarına bağımlıdır, karşı cinse çok az ilgi duyar veya hiç ilgi duymaz. Ailesinden duygusal destek bekler, hayranlık duyduğu kişilerin yargı ve düşüncelerine göre hareket eder. Onun ne genel ilkelere yönelik bir ilgisi nede onları kavrayacak yeteneği vardır. Ergenlik döneminin sonunda ise hem duygusal hem de fiziksel olarak evden ve ailesinden ayrılmaya, sosyal ilişkileri kendisi belirlemeye, kendi kararlarını vermeye ve ekonomik bağımsızlığını elde etmeye hazır olmaktadır.(42,44)

Kısaca; çocukluğun yavaş ve düzenli gelişiminden sonra, ergenliğin hızlı ve düzensiz gelişimine geçilir. “Fırtına ve Stres” kavramıyla karakterize edilen ergenlik, kaçınılmaz duygusal çatışmalar ve çelişkiler dönemi olarak değerlendirilmektedir.

Ergenlik dönemine adım atan birey, öncelikle yetenekleri, sosyal konumu, kişilik özellikleri ve ileride başarılı olma olasılığı hakkında bilebileceği her şeyi bilmek ister. İkinci olarak, yetiştirildiği ortamın değer yargılarını sürekli olarak sorgular. Bu sorgulamanın ardında bunlara karşı gelmekten çok kendine ve kuşağına ne ölçüde elverişli ve uygun olduklarını belirlemek ve değerlendirmek amacı vardır. O, zihninin köşesinde, daha iyisini, daha uygun olanlarını bulabileceğine ilişkin yaygın bir kanı

taşıır. Ergen üçüncü olarak, anne-babasının ve toplumun getirdiği belli bir takım kısıtlamalara isyan ederek karşı gelir.

Ancak amacı yıkıcı olmak değildir. Önceleri düşmanca gibi gözüken bu tavırdan, kısa sürede, anlamsız olduğu gerekçesiyle vazgeçer.(17,29,42)

DSÖ' nün 1995 raporlarına göre okul çağı çocuk ve genç sağlığının, sağlığın gelişmesini engelleyen önemli riskleri içerdđi gösterilmiştir. Bu önemli riskler;

- a) Psiko-sosyal sağlık sorunları
- b) Tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeler
- c) AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- d) Şiddet ve kazalar
- e) Yanlış beslenme sorunları(19)

Ergenlerde görülen psikiyatrik sendromlar çeşitli sınıflandırmalar içinde ele alınmışlardır. Klinik olarak üç büyük gruba ayrılarak incelenebilir.

- 1) Davranış bozuklukları
- 2) Psikotik bozukluklar
- 3) Psikonevrotik bozukluklar

Ergenlerin psikonevrotik bozuklukları arasında depresyon sendromlarının ayrı bir önemi vardır. Çeşitli araştırmalara göre bu yaş grubunda %20–30 oranında değişik düzeylerde depresyon olduğu gösterilmiştir.(16,19)

BÖLÜM 3

MATERYAL-METOD

3.1 Bölge Hakkında Genel Bilgiler

Araştırma Malatya il merkezinde öğrenim gören lise son sınıf öğrencilerine yapılmıştır. Malatya, Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunmaktadır. Doğuda Elazığ, batıda Kahramanmaraş, güneyde Adıyaman, kuzeydoğuda Erzincan, kuzeybatıda Sivas, güneydoğuda Diyarbakır ile komşudur. Denizden uzak, 964 rakımında, yüksek bir ovada kurulmuş olan Malatya, iklimi kurak ve sert olan bir ildir. 2000 yılı nüfus sayımı kesin sonuçlarına göre toplam il nüfusu 853.658 il merkezi nüfusu 381.081, kent nüfusu 499,713, köy nüfusu ise 353.945'tir. Yıllık nüfus artış hızı toplamda binde 19.22, il merkezinde binde 34.30, kentsel bölgede binde 30.25, köylerde binde 5.46'dır.(19,46)

3.2 Araştırmanın Modeli

Araştırma analitik araştırma modellerinden biri olan kesitsel (crass-sectional) bir araştırmadır. Lise son sınıf öğrencilerinin genel ruhsal sağlık durumu, depresyon düzeyleri ve bunların bazı sosyo demografik değişkenlerle ve birbirleri ile olan ilişkileri incelenmiştir.

3.2.1 Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde öğrenim gören 9042 lise son sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Bu öğrencilerin 7293'ü (%80,66) genel liselere,1233'ü (%13,64) meslek liselere,516'sı (%5,71) Anadolu ve fen liselerine gitmektedir. Tüm öğrencilerin %55,98'i erkek, %44,02'si kızdır. Araştırma 9042 öğrenciden tabakalı küme örnekleme seçilen 1225 öğrencide yapılmıştır. Öğrencilerin %72,4'ü genel lisede,%19,7'si meslek lisesinde,%7,9'u da Anadolu ve Fen Lisesinde öğrenim görmektedir. Araştırmanın %54,2'sini erkek öğrenciler,%45,8'ini ise kız öğrenciler oluşturmaktadır.

3.2.2 Araştırmanın Değişkenleri

A- Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

1-Genel ruhsal sağlık düzeyi

2-Depresyon bozukluk düzeyi

B- Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- 1- Okul Türü
- 2-Cinsiyet
- 3-Anne ve babanın öğrenim düzeyi
- 4-Sosyoekonomik düzey
- 5-Kardeş sayısı
- 6-Gelinen yer
- 7-Başarı durumu
- 8-Kendi ifadesine göre önceden ruhsal bozukluk durumu
- 9-Kendi ifadesine göre önceden ruhsal bozukluk dışında hastalık durumu
- 10-Önceden ruh sağlığı uzmanına başvurma durumu

3.2.3 Tanımlar:

Depresyon: Bu çalışmada depresyon Bordepta Depresyon Ölçeğine göre “7” kesme noktası ve üzerinde puan alanlar için kullanılmıştır.

3.2.4 Araştırmada Kullanılan Araçlar

Araştırma, sosyodemografik bilgileri içeren, 12 soruluk GSA ve Boratav Depresyon Tarama Ölçeği kullanılmıştır.

Genel Sağlık Anketi-GSA (Genel Health Questionnaire-GHQ)

Toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla David Goldberg tarafından 1972’de geliştirilen bu ölçek yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Her soru son bir hafta içindeki belirtileri sorgular. “Hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık ve çok sık” olmak üzere dörtlü Likert Skalası biçimindedir.

Dört seçenek 1.2.3 ve 4 puan olarak kodlanabileceği gibi ilk iki seçenek 0, son iki seçenek 1 puan olarak da kodlanabilir.

GSA, geniş topluluklarda genel psikopatoloji düzeyini saptamak için ya da iki aşamalı çatışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılmaktadır. Daha çok kısa süreli (kronik olmayan) hastalıklara duyarlıdır. Anketin 12 ve 28 soruluk formu Türkçeye çevrilmiş ve sağlık ocağına başvuran hastalarda geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

GSA’ nın 12 soruluk formu kısa olması, olgu ayırımında yüksek duyarlılık ve özgülüğe sahip olması ve değişik sosyokültürel topluluklarda kullanılabilmesi

nedeniyle daha çok tercih edilmektedir. Türkçeye çevirisini ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması 1996 yılında yapılmıştır.

Bu araştırmada, ilk iki seçenek 0, son iki seçenek 1 puan üzerinden kodlanarak hesaplanmıştır. Bu şekilde katılımcıların alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 24 olmaktadır. Anketten 2 ve üzerinde puan alanlar, genel sağlık durumu kötü olarak tanımlanmıştır.(47)

Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta)

Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta)'nın yapısı oluşturulurken şu özellikleri taşımasına dikkat edildi.

- 1- Ölçeğin kısa zaman içerisinde uygulanabilmesi
- 2- Kolay puanlanabilmesi ve uygulama anında bir fikir verilebilmesi
- 3- Maddelerin birinci tekil şahıs cümlelerinden çok, kültürümüz tarafından daha kolay anlaşılacak soru biçiminde olması
- 4- Okur-yazar olmayan kişilere de uygulanabilmesi için uygulayıcının maddeleri okuyarak doldurabilmesine izin vermesi
- 5- Uygulanması için bir meslek grubundan olma koşulunu getirmemesi ve uygulayıcı eğitiminin kolay olması
- 6- Likert tipi çoklu yanıt sistemi yerine kültürümüze uygun olabilecek, bir yanıta zorlayan evet-hayır biçiminde olması
- 7-Kendini ruhsal yönden hasta bulmayan kişilerce de kabul edilebilir

olması.

Ölçeğin yapısının oluşturulması ve geliştirilmesi için önce soru maddelerinin belirlenmesi aşaması gerçekleştirilmiştir; daha sonra soruların ön incelemesi yapılarak ölçek çalışmalara alınacak son haline getirilmiştir; geçerlilik-güvenirlilik ve kesim noktaları iki ayrı çalışmayla ortaya konmuştur.

Soruların oluşturulması aşaması Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1997 yılında gerçekleştirilmiştir. Polikliniğe başvuran ve majör depresif bozukluk tanısı konan hastaların sıkıntılarını daha rahat anlatmalarını sağlayan sorular not edilmiştir. Bu anlatımlar ve sorular iki psikolog tarafından ayrı ayrı gözden geçirilmiş ve her iki psikoloğun da birbirlerinden bağımsız uygun gördüğü soru ve anlatımlara ölçek yapısına uygun sorulara dönüştürülmüştür.

Ölçek "Evet-Hayır" biçiminde yanıt vermeyi gerektiren kapalı uçlu soru biçiminde 16 madde içermektedir. Maddelerin 10 tanesi düz, yani evet yanıtına 1 puan verilen (1.4.5.7.8.9.11.14.15.16. maddeler); 6 tanesi ters, yani hayır yanıtına 1 puan

verilen maddeler (2.3.6.10.12 ve 13. maddeler) biçimindedir. En düşük puan 0, en yüksek puan 16'dır.(48)

3.2.5 Verilerin Toplanması ve Biyoistatistiksel Değerlendirme

Veri toplama aşaması araştırmacı tarafından lise son sınıf öğrencilerine Ek-1'de sunulan anket formları, sınıflarında ve gözlem altında uygulanmıştır. Anketlerin uygulanması, açıklayıcı ön bilgilerin verilmesiyle beraber yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Anket formu, Sosyodemografik Anket Formu, GSA ve Boratav Depresyon Tarama Ölçeğinden oluşmaktadır. Anket formu uygulandıktan sonra her bir ölçekten alınan puanlar hesaplanmış, veriler bilgisayarlara girilmiş ve değerlendirmede SPSS 9.0 paket program kullanılmıştır.

Araştırmada Ki-kare Testi ve Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Araştırmada kullanılan Bordepta ölçeğinde kesme noktası (Cut of point) "7" olarak alınmıştır."7" puan ve üzerinde puan alanlarda depresyon bozukluk belirtisi "var", altında puan alanlarda ise "yok" olarak kabul edilmiştir.

3.2.6 Araştırmanın Süresi

Araştırma Haziran 2005 tarihinden itibaren planlanış, Ağustos 2005 tarihinde Malatya Valiliği ve İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Mart-Nisan 2006 tarihleri arasında il merkezindeki okullarda anket formlarının uygulanması gerçekleştirilmiştir.

3.2.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada sadece Malatya İl Merkezinde öğrenim gören lise son sınıf öğrencileri kapsadığından sonuçlar diğer illere genellenemez.

Araştırmada kullanılan anket formunun üç ölçek içermesi nedeniyle, uygulama sırasında öğrencilerin dikkatlerinin giderek azalabileceği ve uygulamanın başarısını etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada öğrencilerden ad-soyad alınmamıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırmanın bulguları şu başlıklar altında incelenmiştir;

- 1) Öğrencilerin genel sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
- 2) Öğrencilerin genel sağlık durumlarının çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait bulgular
- 3) Öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait bulgular.

4.1 Öğrencilerin genel sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular:

TABLO 1: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve okul türlerine göre dağılımı:

Okul Türleri	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Genel Lise	461	52,0	426	48,0	887	72,4
Meslek Lisesi	152	63,1	89	36,9	241	19,7
Anadolu-Fen Lisesi	51	52,6	46	47,4	97	7,9
Toplam	664	54,2	561	45,8	1225	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,009 $x^2=9,515$ SD=2

p> 0.05 $x^2=0.013$ SD=1(ikinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren 1225 öğrencinin %54,2 si (664)erkek, %45,8 i (561) ise kız öğrencidir. Erkek öğrencilerin %52,0' ı (461)genel liselere, %63,1' i (152) meslek liselerine %52,6 sı (51) ise Anadolu yada fen liselerinde öğrenim gören lise son sınıf öğrencileridir. Kız öğrencilerin %48,0 ı (426) Genel liselere, %36,9'u (89) Meslek liselerine %47,4'ü (46) Anadolu yada Fen liselerinde öğrenim gören lise son sınıf öğrencileridir.

Öğrencilerde lise türleri ile cinsiyetleri arasında fark anlamlı bulunmuştur. Bu fark meslek liselerinde öğrenim gören kız öğrenci sayısının erkek öğrencilere oranla daha az sayıda olmasından kaynaklanmaktadır. (p=0,009)

TABLO 2 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve annelerinin öğrenim durumuna göre dağılımı:

Annelerin Öğrenim Durumu	Cinsiyet					
	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
OYD	157	61,8	97	38,2	254	20,7
OY ve İlkokul	307	53,5	267	46,5	574	46,9
Ortaokul ve Lise	171	49,4	175	50,6	346	28,2
Yüksekokul ve Lisansüstü	25	53.2	22	46,8	47	4,2
Toplam	664	54,2	561	45,8	1221	100,0

x : Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p = 0,025 $\chi^2 = 9,374$ SD=3

p>0.05 $\chi^2 = 1.455$ SD=3 (birinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden erkek öğrencilerin anneleri; okur-yazar olmayan %61,8(157), okur-yazar ve ilkököl mezunu olan % 53,5(307), ortaokul ve lise mezunu olan % 49,4(171), yüksekokul ve lisansüstü mezunu %56,9(25)'tir.

Kız öğrencilerin anneleri, okur-yazar olmayan %38,2 (97), okur-yazar ve ilkököl mezunu olan %46,5 (267), ortaokul ve lise mezunu %50,6 (175), yüksekokul lisansüstü mezunu %43,1(22) 'dir.

Kız ve erkek öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeylerine dağılım yönünden fark vardır.(p=0,025)Bu fark, erkek öğrencilerin annelerinin kız öğrencilere oranla daha düşük düzeyde öğrenim görmelerinden kaynaklanmaktadır.

TABLO 3: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve babalarının öğrenim durumuna göre dağılımı:

Babanın Öğrenim Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız		Sayı	%(xx)
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)		
OYD	29	78,4	8	21,6	37	3,0
OY ve İlkokul	247	56,3	192	43,7	439	35,8
Ortaokul ve Lise	310	51,6	291	48,4	601	49,1
Yüksekokul ve Lisansüstü	78	52,7	70	47,3	148	12,1
Toplam	664	54,2	561	45,8	1225	100,0

x : Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p = 0,010 $\chi^2 = 11,262$ SD=3

p>0.05 $\chi^2 = 2.275$ SD=2 (birinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden erkek öğrencilerin babaları; okur-yazar olmayan %78,4(29), okur-yazar ve ilkokul mezunu olan % 56,3(247), ortaokul ve lise mezunu olan % 451,6(310), yüksekokul ve lisansüstü mezunu %52,7(78)'dir.

Kız öğrencilerin babaları, okur-yazar olmayan %21,6(8), okur-yazar ve ilkokul mezunu olan %43,7(192), ortaokul ve lise mezunu %48,4 (291), yüksekokul ve lisansüstü mezunu %47,3 (70) 'tür.

Kız ve erkek öğrencilerin babalarının öğrenim düzeylerine dağılım yönünden istatistiksel olarak fark olduğu görülmektedir($p=0,010$). İstatistiksel analize devam edildiğinde bu farkı yaratan grubun okur-yazar olmayan baba grubunun yarattığı görülmüştür. Fark, araştırma kapsamına giren öğrencilerin okur-yazar olmayan babalarının erkek çocuklarını daha yüksek oranda liseye göndermelerinden kaynaklanmaktadır.

TABLO 4 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve annelerinin mesleğine göre dağılımı:

Annenin Mesleği	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Ev Hanımı	596	54,5	498	45,5	1094	90,3
İşçi	18	54,5	15	45,5	33	2,7
Memur	27	50,9	26	49,1	53	4,4
Emekli	13	46,4	15	53,6	28	2,3
Serbest Meslek	3	75,0	1	25,0	4	0,3
Toplam	657	54,2	555	45,8	1212	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,801 $x^2=1,641$ SD=4

Erkek öğrencilerden anneleri ev hanımı olan %54,5 (596), işçi olan %54,5 (18), memur olan %50,9 si (27), emekli olan % 46,4(13), serbest meslekte çalışan % 75,0(3) dır.Kız öğrencilerden anneleri ev hanımı olan %45,5 (498), işçi olan %45,5 (15), memur olan %49,1 (26), emekli olan % 53,6(15), serbest meslekte çalışan % 25,0(1) dır.

Kız ve erkek öğrencilerin anne mesleklerine dağılımı yönünden gruplar arasında bir fark bulunmamıştır (p=0,801)

TABLO 5: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve babalarının mesleğine göre dağılımı:

Babanın Mesleği	Cinsiyet				Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
İşsiz	43	60,6	28	39,4	71	5,9
İşçi	133	54,5	111	45,5	244	20,3
Memur	133	52,6	120	47,4	253	21,1
Emekli	102	52,3	93	47,7	195	16,2
Serbest Meslek	243	55,4	196	44,6	439	36,5
Toplam	654	54,4	548	45,6	1202	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,748 $\chi^2 =1,935$ SD=4

Araştırma kapsamına giren 1225 öğrenciden 1202 si babasının mesleğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerden babaları işsiz olan %60,6 (43), işçi olan %54,5 (133), memur olan %52,6 si (133), emekli olan % 52,3(102), serbest meslekte çalışan % 55,4(243) dir.

Kız öğrencilerin babaları işsiz olan %39,4(28), işçi olan %45,5(111), memur olan %47,4 (120), emekli olan % 47,7(93), serbest meslekte çalışan % 44,6 (196) dir.

Kız ve erkek öğrencilerin baba mesleklerine dağılımı yönünden gruplar arasında bir fark bulunmamaktadır. (p=0,748)

TABLO 6 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve aylık harçlıklarına göre dağılımı:

Aylık harçlık	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Hiç almıyor	7	41,2	10	58,8	17	1,9
1-50 YTL	415	57,6	305	42,4	720	77,8
51-100 YTL	67	48,6	71	51,4	138	14,9
101-150 YTL	14	66,7	7	33,3	21	2,3
151 ve üstü	25	86,2	4	13,8	29	3,1
Toplam	528	57,1	397	42,9	925	100,0

x : Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p = 0,002 $\chi^2 = 16,775$ SD = 4

p > 0.05 $\chi^2 = 6.376$ SD = 3 (son satır atıldı)

Tüm öğrenciler içinde soruyu yanıtlayan 925 öğrenciden kız öğrencilerin %58,8'i(10) hiç harçlık almıyor, %42,4'ü (305) 1-50 YTL arasında,%51,4'ü (71) 51-100 YTL, %33,3 ü (7) 101-150 YTL ve %13,8'i (4) 151 YTL ve üzerinde harçlık almaktadır.

Erkek öğrencilerin %41,2'si(7) hiç harçlık almıyor, %57,6'sı (415) 1-50 YTL , %48,6'sı (67) 51-100 YTL , %66,7'si(14) 101-150 YTL ve %86,2 si (25) 151 YTL ve üzerinde harçlık almaktadır.

Aylık harçlık alma miktarı ile cinsiyet dağılımı arasında fark vardır. (p=0,002)

Bu fark erkek öğrencilerden 151 YTL ve üzeri harçlık alanların daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bu grup analizden çıkarıldığında gruplar arasında fark yoktur Oransal olarak 51–100 YTL harçlığı kız öğrencilerin daha fazla alması istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

TABLO 7 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve oturdukları evin durumuna göre dağılımı:

Ev Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Kendilerine Ait	444	53,2	390	46,8	834	68,4
Kira	218	56,5	168	43,5	386	31,6
Toplam	662	54,3	558	45,7	1220	100,0

x : Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,25 $\chi^2 =1,1161$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden, erkek öğrencilerin %53,2'sinin (444) evleri kendilerine ait, %56,5'i (218)ise kiralık evde oturmaktadır.

Kız öğrencilerin %46,8 'inin (390) evleri kendilerine ait, %43,5' i (168) ise kiralık evlerde oturmaktadır.

Kız ve erkek öğrencilerin oturdukları evin kendilerine ait olup olmama durumu yönünden bir farklılık yoktur.(p= 0,2519)

TABLO 8 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve ailelerinin otomobillerinin olup olmadığına göre dağılımı:

Otomobil	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Var	225	51,7	210	48,3	435	35,7
Yok	437	55,7	347	44,3	734	64,3
Toplam	662	54,3	557	45,7	1215	100,0

x : Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,178 $\chi^2 =1,818$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden, erkek öğrencilerin %51,7'sinin (225) ailelerinin otomobilleri “var”, %55,7 sinin (437) ise yoktur.

Kız öğrencilerin ise %48,3'ünün (210) ailelerinin otomobilleri “var”, %44,3'ünün (347) ise ailelerinin otomobilleri yoktur.

Kız ve erkek öğrencilerin ailelerinin bir otomobile sahip olma yönünden bir farklılık yoktur.(p= 0,178)

TABLO 9 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve kardeş sayısına göre dağılımı:

Kardeş Sayısı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
1	14	2,1	12	2,1	26	2,1
2	127	19,2	86	15,4	213	17,4
3-4	174	26,3	154	27,5	328	26,9
5 ve üstü	346	52,3	308	55,0	654	53,6
Toplam	661	54,1	560	45,9	1221	100,0

x : Kolon Yüzdesi

p =0,371 $\chi^2=3,140$ SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden, erkek öğrencilerin %2,1'i (14) tek kardeş, %19,2'si(127) iki kardeş, %26,3'ü (174) üç veya dört kardeş, %52,3'ü (346) ise beş veya daha fazla kardeşe sahiptir.

Kız öğrencilerin %2,1 (12) tek kardeş, %15,4'ü (86) iki kardeş, %27,5'i (154) üç veya dört kardeş, %55,0'ı (308) ise beş veya daha fazla kardeşe sahiptir.

Kardeş sayısı yönünden iki grup arasında anlamlı fark yoktur. (p=0,371)

TABLO 10: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve birlikte yaşadıkları kişi sayısına (ev halkı) göre dağılımı:

Kişi Sayısı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
1-2	15	2,3	7	1,3	22	1,8
3	56	8,6	43	7,8	99	8,2
4 ve üstü	582	89,1	504	91,0	1086	90,0
Toplam	653	54,1	554	45,9	1207	100,0

x : Kolon Yüzdesi

p =0,348 $\chi^2 =2,112$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden, erkek öğrencilerin %89,1'i(582) ,kız öğrencilerinde %91,0'ı(504) ailede 4 ve daha fazla kişi ile birlikte yaşamaktadır. Ailede 3 kişi ile birlikte yaşayan erkek öğrencilerin oranı %8,6 (56), kız öğrencilerin oranı ise %7,8 (43) dir.Erkek öğrencilerin sadece %2,3'ü(15) , kız öğrencilerin ise sadece %1,3'ü (7) yalnız veya iki kişi ile birlikte yaşamaktadır.

Ev halkı sayısı ile öğrencilerin cinsiyet dağılımı arasında anlamlı bir fark yoktur(p=0,348).

TABLO 11: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve yaşadıkları yere göre dağılımı:

Yaşadıkları ortam	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
Evde Yalnız	19	3,1	2	0,4	21	1,8
Akrabalarıyla veya Arkadaş Yanında	43	7,0	32	5,8	75	6,4
Aile Yanında	552	89,9	517	93,8	1069	91,8
Toplam	614	52,7	551	47,3	1165	100,0

x: Kolon Yüzdesi

p =0,001 $\chi^2=13,153$ SD=2

p> 0.05 $\chi^2 = 0.911$ SD=1(birinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin %3,1'i (19) evde yalnız yaşamakta, %7,0'ı (43) akrabalarıyla veya arkadaş yanında, %89,9'u (552) da aile yanında yaşamaktadır.

Kız öğrencilerin %4'ü (2) evde yalnız yaşamakta, %5,8'i (32) akrabalarıyla veya arkadaş yanında , %93,8'i (517) de aile yanında yaşamaktadır.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile yaşadıkları yer arasında anlamlı bir fark vardır.

(p =0,001) Bu fark, yakın ilçe veya kasabadan erkek öğrencilerin öğrenim için il merkezine daha yüksek oranda gelmelerinden kaynaklanmaktadır.

TABLO 12 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve geldikleri yere göre dağılımı:

Geldikleri Yer	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
İl Merkezi	426	51,3	404	48,7	830	69,1
İlçe	73	52,1	67	47,9	140	11,6
Köy	159	68,5	73	31,5	232	19,3
Toplam	658	54,7	544	45,3	1202	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2 =22,106$ SD=2

p>0.05 $\chi^2 =0.032$ SD=1 (üçüncü satır atıldı)

Öğrencilerin geldikleri yer il merkezi, ilçe, köy olarak gruplandırıldığında kız ve erkek öğrenciler farklılık göstermektedir.

Erkek öğrencilerin %51,3'ü(426) il merkezinden, %52,1' i (73) ilçeden , %68,5'i (159) köyden gelmektedir.

Kız öğrencilerin ise %48,7'si (404) il merkezinden, %47,9'u (67) ilçeden, %31,5'i (73) ü köyden gelmektedir.

Geldikleri yere göre, kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.(p=0,0001)Bu durum köylerden lisede okumak için gelen öğrencilerin çoğunun erkek olmasından kaynaklanmaktadır.

TABLO 13 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve aile yapısına göre dağılımı:

Aile Yapısı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Çekirdek Aile	546	54,2	462	45,8	1008	83,7
Parçalanmış Aile	37	52,9	33	47,1	70	5,8
Geniş Aile	72	57,1	54	42,9	126	10,5
Toplam	655	54,4	549	45,6	1204	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,790 $\chi^2 =0,471$ SD=2

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin %54,2'si (546) , kız öğrencilerin ise %45,8'i (462) çekirdek bir ailede yaşamaktadır. Erkek öğrencilerin %52,9'u (37) , kız öğrencilerin %47,1'i (33) parçalanmış bir aileye sahiptir. Erkek öğrencilerin %57,1'i (72) , kız öğrencilerin de %42,9'u (54) geniş bir ailede yaşamaktadır.

Erkek ve kız öğrencilerin aile yapısına göre dağılımları arasında fark yoktur.(p=0,790)

TABLO 14: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve ebeveynlerinden biri ile yaşama nedenlerine göre dağılımı:

Ebeveynlerinden biri ile yaşayanların nedeni	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız		Sayı	%(xx)
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)		
Boşanmış ya da ayrı	20	57,1	15	42,9	35	30,4
Biri ölmüş	33	54,1	28	45,9	61	53,0
Diğer	14	73,7	5	26,3	19	16,5
Toplam	67	58,3	48	41,7	115	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,315 $x^2 =2,311$ SD=2

Tüm öğrencilerin %9,4 ü (115) anne-baba ayrı veya birinin öldüğü bir ailede yaşamaktadır. Anne ya da babasından biri ile yaşayan 67 erkek öğrencinin %57,1'inin (20) anne-babası boşanmış ya da ayrı, %54,1'inin (33) ise anne ya da babasında biri ölmüş durumdadır.

Kız öğrencinin %41,7 si (48) anne-babasından biri ile yaşamakta. Bunların, %42,9'unun (15) anne-babaları boşanmış ya da ayrı yaşamakta, %45,9'unun (28) anne ya da babasından biri ölmüş durumdadır.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile ebeveynlerinden biriyle yaşama nedenleri arasında anlamlı bir fark yoktur.(p=0,315)

TABLO 15 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve sağlıkta sosyal güvence durumlarına göre dağılımı:

Sosyal Güvence	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
S.S.K.	258	38,5	241	43,0	499	40,7
Bağ-Kur	101	15,2	80	14,3	181	14,8
Emekli Sandığı ve Özel Sigorta	110	16,6	111	19,8	221	18,0
Yeşil Kart	87	13,1	65	11,6	152	12,4
Yok	108	16,3	64	11,4	172	14,0
Toplam	664	54,2	561	45,8	1225	100,0

x: Kolon Yüzdesi

$$p = 0,065 \quad x^2 = 8,862 \quad SD = 4$$

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin %40,7'sinin (499) sağlıkta sosyal güvencesi SSK ,%14,8'inin (181),Bağ-Kur,%18,0'ının(221),Emekli Sandığı ve özel sigorta,%12,4'ünün (152)Yeşil Kart olduğu halde,%14,0'ının(172) sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Erkek öğrencilerin sağlık güvencesi:%38,5'inin (258) S.S.K., %15,2'sinin (101) Bağ-Kur , %16,6'sının (110) emekli sandığı veya özel sigorta, %13,1'inin (87) yeşil kart ,%16,3'ünün (108) ise sağlık güvencesi yoktur.

Kız öğrencilerin sağlık güvencesi %43,0'mın (241) S.S.K., %14,3'ünün (80) Bağ-Kur , %19,8'inin (111) emekli sandığı veya özel sigorta, %11,6'sının (65) yeşil kart, %11,4' ünün (64) ise sağlık güvencesi yoktur.

Öğrencilerin cinsiyet ve sağlıkta sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.(p=0,065)Köyden gelen öğrencilerden erkeklerin daha fazla olmasından kaynaklanan bir durum söz konusudur.

TABLO 16 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve sağlıkta sosyal güvence olup olmamasına göre dağılımı:

Cinsiyet	Sosyal Güvence				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Erkek	556	83,7	108	16,3	664	54,2
Kız	497	88,6	64	11,4	561	45,8
Toplam	1053	86,0	172	14,0	1225	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

P =0,015 $x^2=5,943$ SD=1

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin %83,7'sinin (556), sosyal güvencesi vardır.%16,3'ünün (108) ise sosyal güvencesi yoktur.

Kız öğrencilerin %88,6'sının (497) sosyal güvencesi vardır. %11,4'ünün (64) ise sosyal güvencesi yoktur.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlıkta sosyal güvencelerinin olup olmaması arasında anlamlı fark vardır.(p=0,015)Liseye erkek öğrencilerin kızlara oranla daha fazla gitmeleri ve sosyal güvencesi olmayanlardan erkeklerin daha fazla liseye devam etmelerinden kaynaklanan bir durum vardır.

TABLO 17: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve kendi değerlendirdikleri başarı durumlarına göre dağılımı:

Başarı Durumu	Cinsiyet					
	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Çok Başarılı	34	48,6	36	51,4	70	5,4
Oldukça Başarılı	114	51,6	107	48,4	221	18,3
Orta Derecede Başarılı	406	53,8	348	46,2	754	61,8
Çok Kötü Değil	83	59,3	57	40,7	140	11,6
Çok Başarısız	24	66,7	12	33,3	36	2,9
Toplam	661	54,1	560	45,9	1221	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

$p=0,263$ $\chi^2=5,250$ $SD=4$

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden erkek öğrencilerin %48,6'sı (34) kendilerini çok başarılı, %51,6'sı (114) oldukça başarılı, %53,8'i (406) orta derecede başarılı, % 59,3'ü (83) çok kötü değil , %66,7'si (24) çok başarısız olarak değerlendirmiştir.

Kız öğrencilerin ise % 51,4 ü (36) kendilerini çok başarılı, %48,4'ü (107) si oldukça başarılı, %46,2'si (348) orta derecede başarılı, % 40,7' si (57) çok kötü değil , % 33,3'ü (12) çok başarısız olarak değerlendirmiştir.

Öğrencilerin başarı durumu ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark yoktur. ($p=0,263$)

TABLO 18 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve kendi değerlendirdikleri okula devam durumuna göre dağılımı:

Okula Devam Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek Sayı	%(x)	Kız Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Devam ediyor	565	52,1	519	47,9	1084	88,9
Ara sıra devamsız	66	69,5	29	30,5	95	7,8
Sık sık devamsız	31	77,5	9	22,5	40	3,3
Toplam	662	54,3	557	45,7	1219	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2=19,563$ SD=2

p>0.05 $\chi^2=9.975$ SD=1 (ikinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin okula devamı yüksek olanlar %52,1 (565), bazen devamsızlık yapanlar %69,5 (66), sık olarak devamsızlık yapanlar %77,5 (31) dir.

Kız öğrencilerin okula devamı yüksek olanlar % 47,9 (519) bazen devamsızlık yapanlar %30,5 (29), sık olarak devamsızlık yapanlar %22,5 (9) dir.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile okula devam durumları arasında anlamlı fark vardır(p=0,0001).Bu durum erkek öğrencilerin daha çok devamsızlık yapmalarından kaynaklanmaktadır.

TABLO 19: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve önceden ruhsal hastalığı olup olmadığına göre dağılımı:

Cinsiyet	İfadelerine Göre Önceden Ruhsal Hastalık Durumu					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
Erkek	61	9,3	595	90,7	656	54,3
Kız	35	6,3	517	93,7	552	45,7
Toplam	96	7,9	1112	92,1	1208	100,0

x: Kolon Yüzdesi

p =0,058 $\chi^2 =3,586$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin %7,9'u(96) kendi ifadeleri ile önceden bir ruhsal hastalık geçirmiş olduklarını belirtmişlerdir.

Erkek öğrencilerin %9,3'ü (61) daha önceden ruhsal bir hastalık geçirmiş olduklarını, kızların ise %6,3'ü (35) daha önceden ruhsal bir hastalık geçirmiş olduklarını ifade etmişlerdir.

Kız ve erkek öğrenciler arasında önceden ruhsal hastalık geçirme durumlarına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (p=0,058)

TABLO 20 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve önceden ruh sağlığı uzmanına başvurup başvurmamalarına göre dağılımı:

Cinsiyet	Ruh Sağlığı Uzmanına Başvurma				Toplam	
	Başvurmuş		Başvurmamış		Sayı	%(x)
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
Erkek	35	5,3	624	94,7	659	54,4
Kız	33	6,0	520	54,0	553	45,6
Toplam	68	5,6	1144	84,4	1212	100,0

x: Kolon Yüzdesi

p =0,621 $\chi^2=0,245$ SD=1

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin %5,3'ü (35), kız öğrencilerin %6,0 (33) önceden ruh sağlığı uzmanına başvurmuştur.

Erkek öğrencilerin %94,7'si (624) kız öğrencilerin ise %54,0'ı (520) önceden ruh sağlığı uzmanına başvurmamıştır.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile ruh sağlığı uzmanına başvurma arasında anlamlı fark yoktur.(p=0,621)

TABLO 21: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyetleri ve ruh sağlığı uzmanına başvurmada mevcut yakınmalarına göre dağılımı:

Ruh Sağlığı Uzmanına Başvuru Yakınması	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kız			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)
Anksiyete İle İlgili	12	63,2	16	59,3	28	60,9
Uyum Sorunları İle İlgili	2	10,5	3	11,1	5	10,8
Depresyon İle İlgili	4	21,6	5	18,5	9	19,6
Diğer *	1	5,3	3	11,1	4	8,7
Toplam	19	41,3	27	58,7	46	100,0

x: Kolon Yüzdesi

Diğer*:Vücut ağırları v.b

p =0,917 $\chi^2=0,507$ SD=3

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin ruh sağlığı uzmanına başvuru yakınmaları bakımından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı fark yoktur.(p= 0,917)

Erkek öğrencilerin %63,2'si (12) ruh sağlığı uzmanına anksiyete ile ilgili % 10,5'i (2)uyum sorunlarıyla ilgili %21,6'sı (4) depresyonla ilgili ve % 5,3'ü (1) diğer nedenlerle başvurmuştur.

Kız öğrencilerin %59,3'ü (16) ruh sağlığı uzmanına anksiyete ile ilgili, % 11,1'i (3) uyum sorunlarıyla ilgili, %18,5'i (5) depresyonla ilgili ve % 11,1'i (3) diğer nedenlerle başvurmuştur.

TABLO 22 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin kendi ifadelerine göre önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı:

Önceden Ruhsal Bozukluk Dışında Hastalık	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek Sayı	Erkek %(x)	Kız Sayı	Kız %(x)	Sayı	%(x)
Var	125	19,2	95	17,3	220	18,3
Yok	527	80,8	455	82,7	982	81,7
Toplam	652	5,2	550	45,8	1202	100,0

x: Kolon Yüzdesi

p =0,396 $\chi^2=0,720$ SD=1

Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlar %19,2 (125), önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olmayanlar %80,8 (527)' dir.

Kız öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlar %17,3 (95), önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olmayanlar %82,7 (455) ' dir.

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmaması ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.(p=0,396)

TABLO 23 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve genel sağlık durumuna göre dağılımı:

Cinsiyet	G S A				Toplam	
	Normal*		Normalin Altı**			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Erkek	233	35,5	423	64,5	656	54,5
Kız	136	24,8	412	75,2	548	45,5
Toplam	369	30,6	835	69,4	1204	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2 =16,085$ SD=1

Normal*: GSA' dan 0 ve 1 puan alanlar

Normalin Altı** : GSA' dan 2 ve yukarı puan alan

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin %30,6'sının genel ruhsal sağlık düzeyi "normal" ,%69,4'ünün ise "normalin altı" olarak değerlendirmiştir.

Erkek öğrencilerin %35,5 inin (233) genel sağlık durumu 'normal', %64,5 inin (423) ise 'normalin altı' dır.

Kız öğrencilerin %24,8 inin (136) genel sağlık durumu 'normal', %75,2 inin (412) ise 'normalin altı' dır.

İki grup arasında anlamlı fark vardır (p=0,0001)

TABLO 24 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı:

Babanın Öğrenim Durumu	G S A					
	Normal		Normalin Altı		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
OYD	14	37,8	23	62,2	37	3,1
OY+ İlkokul	126	29,1	307	70,9	433	36,0
Ortaokul ve Lise	187	31,7	402	68,3	589	48,9
Yüksekokul ve Lisansüstü	42	29,0	103	71,0	145	12,0
Toplam	369	30,6	835	69,4	1204	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,590 $\chi^2 =1,917$ SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden babaları okur yazar olmayanların %37,8' i(14) , okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %29,1 i (126) , ortaokul ve lise mezunu olanların %31,7 si (187) , yüksekokul ve lisansüstü eğitime sahip olanların % 29,0'ı (42)genel sağlık durumu 'normal'dir.

Babaları okur-yazar olmyanların %62,2'si (23), okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %70,9'u (307), ortaokul ve lise mezunu olanların %68,3'ü(402), yüksekokul ve lisansüstü eğitime sahip olanların da %71,0'ı (103) ünün genel sağlık durumu 'normalin altı'dır.

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumu ile genel sağlık durumları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. (p= 0,590)

TABLO 25 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının annelerinin öğrenim durumlarına göre dağılımı:

Annenin Öğrenim Durumu	G S A				Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
OYD	69	27,6	181	72,4	250	20,8
OY+ İlkokul	178	31,6	386	68,4	564	46,8
Ortaokul ve Lise	109	32,1	231	67,9	340	28,2
Yüksekokul Lisansüstü	13	26,0	37	74,0	50	4,2
Toplam	369	30,6	835	69,4	1204	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,544 $\chi^2 =2,144$ SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden anneleri okur yazar olmayanların %27,6'sı (69) , okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %31,6'sı (178) , ortaokul ve lise mezunu olanların %32,1'i (109) , yüksek okul ve lisansüstü eğitime sahip olanların % 26,0'ı(13) genel sağlık durumu “normal”dir.

Anneleri okur-yazar olmayanların %72,4'ü (181), okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %68,4'ü(386), ortaokul ve lise mezunu olanların %67,9'u(231), yüksekokul ve lisansüstü eğitime sahip olanların da %74,4'ünün (37) genel sağlık durumu “normalin altı”dır.

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ile genel sağlık durumları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. (p= 0,544)

TABLO 26 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının ailelerinin aylık gelir durumuna göre dağılımı:

Aylık Gelir Durumu	G S A				Toplam	
	Normal Sayı	%(x)	Normali Altı Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
1-555 YTL*	96	25,5	281	74,5	377	41,2
556-1808 YTL**	174	34,9	325	65,1	499	54,5
1809 + YTL	12	30,0	28	70,0	40	4,4
Toplam	282	30,8	634	69,2	916	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

555* YTL : 2006 Şubat ayı açlık sınırı(58)

p =0,012 $\chi^2 =8,928$ SD=2

1808** YTL:2006 Şubat Ayı Yoksulluk Sınırı(58)

p>0.05 $\chi^2=0.401$ SD=1 (birinci satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ailelerinin aylık gelirleri açlık sınırının altında olanların %25,5'inin (96), yoksulluk sınırının altında olanların %34,9'unun (174) ve yoksulluk sınırının üstünde olanların %30,0'inin (12) genel sağlık durumu "normal"dir.

Ailelerin aylık geliri açlık sınırının altında olanların %74,5'inin (281) , yoksulluk sınırının altında olanların %65,1'inin (325) ve yoksulluk sınırının üstünde olanların ise %70,0'inin (28) genel sağlık durumu "normalin altı" dır.

Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir durumu ile genel sağlık durumları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.(p= 0,012) Bu farkı yaratan grup açlık sınırı altında yaşayanların genel ruhsal sağlık durumlarının daha yüksek oranda "normalin altı" olmasından kaynaklanmaktadır.

TABLO 27 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının geldikleri yere göre dağılımı:

Geldiği Yer	G S A				Toplam	
	Normal Sayı	%(x)	Normali Altı Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
İl Merkezi	242	29,8	571	70,2	813	68,7
İlçe	38	27,1	102	72,9	140	11,8
Köy	81	35,2	149	64,8	230	19,5
Toplam	361	30,5	822	69,5	1183	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,186 $\chi^2=3,364$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin %30,5 ‘inin(361) genel sağlık durumu “normal” bulunmuştur.

İl merkezinden gelenlerin % 29,8’ inin(242), ilçeden gelenlerin % 27,1’ inin (38), köyden gelenlerin ise % 35,2’ sinin (81) genel sağlık durumu “normaldir”.

Öğrencilerin il merkezinden gelenlerin %70,2’ sinin(571), ilçeden gelenlerin % 72,9’ unun (102), köyden gelenlerin % 64,8’ inin (149) genel sağlık durumu “normalin altı” dır.

Öğrencilerin geldiği yer ile genel sağlık durumu arasındaki fark anlamlı bulunmamaktadır. (p= 0,186)

TABLO 28 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının sağlıkta sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre dağılımı:

Sosyal Güvence	Normal		Normalin Altı		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Var	322	31,1	713	68,9	1035	86,0
Yok	47	27,8	122	72,2	169	14,0
Toplam	369	30,6	835	69,4	1204	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,745 $\chi^2 =3,388$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden sağlık güvencesi olanların %31,1'inin (322), olmayanların ise %27,8'inin(47) genel sağlık durumu "normal"dir.

Öğrencilerin sağlık güvencesi olanların %68,9'unun (713) , olmayanlarında %72,2' sinin (122) genel sağlık durumu "normalin altı" dır.

Öğrencilerin sosyal güvencelerinin olup olmamasıyla genel sağlık durumları arasında anlamlı bir fark yoktur.(p= 0,743)

TABLO 29: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının başarı durumlarına göre dağılımı:

Okul Başarısı	G S A				Toplam		
	Normal Sayı %(x)		Normalin Altı Sayı %(x)		Sayı	%(xx)	
Başarılı	116	40,8	168	59,2	284	23,7	
Orta Düzeyde	224	30,2	517	69,8	741	61,8	
Başarısız	27	15,4	148	84,6	175	14,5	
Toplam		367	30,6	833	65,4	1200	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

$p = 0,0001$ $x^2 = 33,062$ $SD = 2$

$p > 0,05$ $x^2 = 10,437$ $SD = 1$ (üçüncü satır atıldı)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden başarılı olanların %59,2 sinin (168) , orta düzeyde başarılı olanların %69,8'inin(517) , başarısız olanların %84,6'sının(148) genel sağlık durumu "normalin altı"dır.

Öğrencilerden başarılı olanların %40,8'inin(116), orta düzeyde başarılı olanların %30,2'sinin (224), başarısız olanların %15,4 ünün (27) genel sağlık durumu "normal" dır.

Başarı düzeyleri ile genel sağlık durumları arasında anlamlı bir fark vardır.($p = 0,0001$) Öğrencilerin başarı durumu düştükçe genel ruhsal sağlık durumları da kötüleşmektedir.

TABLO 30 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının aile yapısına göre dağılımı:

Aile Yapısı	G S A					
	Normal		Normalin Altı		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Çekirdek	306	30,9	684	69,1	990	83,7
Parçalanmış	17	25,0	51	75,0	68	5,7
Geniş	41	32,8	84	67,2	125	10,6
Toplam	364	30,8	819	69,2	1183	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,519 $\chi^2 =1,314$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden çekirdek ailede yaşayanların %69,1' inin (684) , parçalanmış ailede yaşayanların %75,0'ının (51) , geniş ailede yaşayanların ise %67,2 'sinin (84) genel sağlık durumu “normalin altı”dır.

Öğrencilerin genel sağlık durumu ile yaşadıkları aile yapısına dağılımları yönünden bir fark yoktur. (p= 0,519)

TABLO 31 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumlarının önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı:

Önceden Ruhsal Bozukluk Dışında Hastalık	G.S.A				Toplam Sayı %(xx)	
	Normal Sayı	%(x)	Normalin Altı Sayı	%(x)		
Var	38	17,6	128	82,4	216	18,3
Yok	328	33,9	639	66,1	967	81,7
Toplam	366	30,9	817	69,1	1183	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $x^2=22,027$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanların % 17,6' sının(38), olmayanların ise %33,9' unun (328) genel sağlık durumu “normaldir”.

Öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanların %82,4' ünün (178) olmayanların ise % 66,1' inin (639) genel sağlık durumu “normalin altı” dır.

Öğrencilerin kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalığı olanların genel ruhsal sağlık durumu yönünden ortaya çıkan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür(P= 0,0001). Hastalık öyküsü olanlar kendilerini daha çok “normalin altında” hissetmektedir.

TABLO 32 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin genel sağlık durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk olup olmasına göre dağılımı:

Önceden Ruhsal Hastalık	GSA				Toplam	
	Normal		Normalin Altı		Sayı	%(xx)
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)		
Var	8	8,3	88	91,7	96	8,1
Yok	356	32,6	736	67,4	1092	91,9
Toplam	364	30,6	824	69,4	1188	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2=24,453$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden önceden ruhsal hastalığı olanların % 8,3' ünün (8), önceden ruhsal hastalığı olmayanların %32,6' sının (356) genel sağlık durumu "normal"dir".

Öğrencilerin önceden ruhsal hastalığı olanların %91,7' sinin (88), olmayanların ise % 67,4' ünün (736) genel sağlık durumu "normalin altı" dır.

Öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk durumu ile genel sağlık durumu arasında anlamlı fark vardır.(p= 0,0001) Önceden ruhsal hastalığı olanlar kendilerini beklenildiği şekilde daha çok "normalin altında" hissetmektedir.

TABLO 33: Öğrencilerin Genel Sağlık Durumlarını Etkileyen Risk Faktörlerinin Dağılımı:

	Odd Ratio	%95 Güven Aralığı
Cinsiyet		
Kız	Referans	—
Erkek	1.66	1.29-2.14
Okul Başarısı		
Başarılı	1.59	1.19-2.11
Orta Derecede Başarılı	3.78	2.35-6.07
Başarısız	Referans	—
Gelir		
Açlık Sınırının Altı	Referans	—
Yoksulluk Sınırının Altı	1.25	0.61-2.56
Yoksulluk Sınırının Üstü	0.80	0.39-1.61
Önceden Ruhsal Bozukluk Dışında Hastalık		
Var	Referans	—
Yok	2.40	1.65-3.49
Önceden Ruhsal Hastalık		
Var	Referans	—
Yok	5.32	2.55-11.09

Araştırma kapsamına giren kız öğrencilerin, erkek öğrencilere oranla genel ruhsal sağlık durumları 1.66 kat daha fazla normalin altındadır. Kendi ifadeleri ile başarısız olan öğrenciler; orta derecede başarılı olanlara göre 3.78 kat, başarılı olanlara göre ise 1.59 kat daha fazla genel ruhsal sağlık durumları normalin altındadır.

Ailelerinin aylık gelir durumunun lojistik regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır.

Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre 2.40 kat daha fazla genel ruhsal sağlık durumu normalin altındadır. Öğrencilerde önceden ruhsal hastalığı bulunanların bulunmayanlara göre 5.32 kat daha fazla genel ruhsal sağlık durumu normalin altındadır.

TABLO 34: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin cinsiyet ve depresif bozukluk durumlarına göre dağılımı:

Cinsiyet	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Erkek	276	41,6	388	58,4	664	54,2
Kız	299	53,4	261	46,6	560	45,8
Toplam	575	47,0	649	53,0	1224	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdeleri

p =0,0001 $\chi^2=17,059$ SD=1

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre depresif bozukluk durumları değerlendirildiğinde kızların %53,4'ünde (299) , erkeklerin %41,6'sında (276) depresif bozukluk belirtisi vardır.

Öğrencilerde cinsiyet ile depresif bozukluk belirtisi yaygınlığı yönünden iki grup arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$). Kız öğrencilerde depresif bozukluk belirtisi daha sık görülmektedir.

TABLO 35 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının okul türlerine göre dağılımı:

Okul Türü	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam Sayı %(xx)	
	Var Sayı	%(x)	Yok Sayı	%(x)		
Genel Lise	416	47,0	470	53,0	886	72,4
Meslek Lisesi	115	47,7	126	52,3	241	19,7
Anadolu-Fen Lisesi	44	45,4	53	54,6	97	7,9
Toplam	649	53,0	575	47,0	1224	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

$p =0,925$ $x^2=0,155$ $SD=2$

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden genel liseye gidenlerin % 47,0'ında (416) , meslek lisesine gidenlerin % 47,7'sinde (115) , Anadolu veya fen liselerine gidenlerin %45,4' ünde (44) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

Öğrencilerden genel liseye gidenlerin %53,0'ında (470), meslek lisesine gidenlerin %52,3'ünde (126) , Anadolu veya fen liselerine gidenlerin %54,6'sında (53) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin okul türleri ile depresif bozukluk belirtisi gösterme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p=0,925)

TABLO 36: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin babalarının öğrenim durumları ve depresif bozukluk durumlarına göre dağılımı:

Babanın Öğrenim Durumu	Depresif Bozukluk Belirtisi					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
OYD	15	40,5	22	59,5	37	3,0
OY ve İlkokul	212	48,4	226	51,6	438	35,8
Ortaokul ve Lise	275	45,8	326	54,2	601	49,1
Yüksekokul ve Lise	73	49,3	75	50,7	148	12,1
Toplam	575	47,0	53,0	649	1224	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,646 $\chi^2=1,659$ SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden babaları okur-yazar olmayanların % 59,5 'inde (22), okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %51,6'sında (226) , ortaokul ve lise mezunu olanların %54,2'sinde (326) , yüksekokul veya lisansüstü eğitime sahip olanların % 50,7'sinde (75) depresif bozukluk belirtisi yoktur.

Öğrencilerin babaları okur-yazar olmayanların % 40,5'inde (15), okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %48,4 (212) , ortaokul ve lise mezunu olanların %45,8'inde (275) , yüksekokul veya lisansüstü eğitime sahip olanların % 49,3'ünde (73) depresif bozukluk belirtisi vardır.

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumları ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır.(p=0,646)

TABLO 37: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin annelerinin öğrenim durumları ve depresif bozukluk durumuna göre dağılımı:

Annenin Öğrenim Durumu	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
OYD	120	47,4	133	52,6	253	20,7
OY ve İlkokul	270	47,0	304	53,0	574	46,9
Ortaokul ve Lise	158	45,7	188	54,3	346	28,3
Yüksekokul ve Lisansüstü	27	52,9	24	47,1	51	4,2
Toplam	575	47,0	649	53,0	1224	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,804 x²=0,989 SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden anneleri okuryazar olmayanların % 47,4' ünde (120), okur-yazar veya ilkököl mezunu olanların % 47,0'ında (270), ortaokul ve lise mezunu olanların % 45,7'sinde (158), yüksekokul veya lisansüstü eğitime sahip olanların % 52,9'unda (27) depresif bozukluk belirtisi vardır.

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumları ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (p=0,804).

TABLO 38: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kardeş sayısına göre dağılımı:

Kardeş Sayısı	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
1	10	38,5	16	61,5	26	2,1
2	94	44,1	119	55,9	213	17,5
3-4	154	47,0	174	53,0	328	26,9
5 ve üstü	315	48,2	338	51,8	653	53,5
Toplam	573	47,0	647	53,0	1220	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,600 $\chi^2=1,867$ SD=3

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden tek kardeşe sahip olanların %38,5’inde (10) , 2 kardeşe sahip olanların %44,1’inde (94) , 3 ve ya 4 kardeşe sahip olanların %47,0’ında (154) , 5 ve daha fazla kardeşe sahip olanların %48,2’sinde (315) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

Öğrencilerin kardeş sayıları arttıkça depresif bozukluk belirtisi gösterme oranları artıyor olsa da bu artış arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamaktadır (p=0.600).

TABLO 39: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının geldikleri yere göre dağılımı:

Geldiği Yer	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
İl merkezi	387	46,6	443	53,4	830	69,1
İlçe merkezi	80	57,1	60	42,9	140	11,7
Köy	100	43,3	131	56,7	231	19,2
Toplam	567	47,2	634	52,8	1201	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,029 $\chi^2=7,080$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden il merkezinden gelenlerin %46,6'sında (387), ilçeden gelenlerin %57,1'inde (80) , köyden gelenlerin %43,3'ünde (100) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

İl merkezinden gelenlerin %53,4'ünde (443) , ilçeden gelenlerin %42,9'unda (60) , köyden gelenlerin %56,7'inde (131) depresif bozukluk belirtisi yoktur.

Öğrencilerin geldiği yer ile depresif bozukluk görünmesi arasında anlamlı fark bulunmaktadır. (p=0,029)

TABLO 40: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumunun aile yapısına göre dağılımı:

Aile yapısı	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Çekirdek aile	469	46,5	539	53,5	1008	83,8
Parçalanmış aile	39	55,7	31	44,3	70	5,8
Geniş aile	54	43,2	71	56,8	125	10,4
Toplam	562	46,7	641	53,3	1207	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx:Kolon Yüzdesi

p =0,233 $\chi^2=2,912$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden çekirdek ailede yaşayanların %46,5'inde (469) , parçalanmış ailede yaşayanların %55,7'sinde (39) ve geniş ailede yaşayanların %43,2'sinde (54) depresif bozukluk belirtisi var.

Öğrencilerden çekirdek ailede yaşayanların %53,5'inde (539) , parçalanmış ailede yaşayanların %44,3'ünde (31) , geniş ailede yaşayanların %56,8'inde (71) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin aile yapıları ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.(p=0,233)

TABLO 41: Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının ebeveynlerinden biri ile yaşama nedenlerine göre dağılımı:

Ebeveynlerinden biri ile yaşayanların nedeni	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Boşanmış ya da ayrı	20	57,1	15	42,9	35	30,4
Biri ölmüş	34	55,7	27	44,3	61	53,0
Diğer	9	47,4	10	52,6	19	16,5
Toplam	63	54,8	52	45,2	115	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,770 $\chi^2=0,523$ SD=2

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden ebeveynleri boşanmış ya da ayrı olanların % 57,1'inde (20) , ebeveynlerinden birisi ölmüş olanların % 55,7'sinde (34), diğer nedenlerle ebeveynlerinden biri ile yaşayanların % 47,4'ünde (9) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

Öğrencilerin ebeveynleri boşanmış ya da ayrı olanların % 42,9'unda (15), ebeveynlerinden birisi ölmüş olanların % 44,3'ünde (27) ve diğer nedenlerle ebeveynlerinden biriyle yaşayanların % 52,6'sında (10) depresif bozukluk belirtisi görülmemektedir.

Öğrencilerin ebeveynlerinden biri ile yaşama nedenleri ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.(p=0,770)

TABLO 42 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumunun ailelerinin aylık gelirine göre dağılımı:

Aylık Gelir Durumu	Depresif Bozukluk Belirtisi					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
1-555*YTL	193	50,7	188	49,3	381	41,1
556-1808**YTL	223	44,1	283	55,9	506	54,5
1809 + YTL	22	53,7	19	46,3	41	4,4
Toplam	438	47,2	490	52,8	928	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

555 YTL* = 2006 Şubat ayı 4 kişilik ailenin aylık sınırı(58)

p =0,105 $x^2=4,500$ SD=2

1808 YTL**= 2006 Şubat ayı 4 kişilik ailenin yoksulluk sınırı(58)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ailelerinin aylık geliri aylık sınırının altında olanların %50,7'sinde (193), aylık gelirleri yoksulluk sınırının altında olanların %44,1'inde (223), aylık gelirleri yoksulluk sınırının üzerinde olanların ise % 53,7'sinde (22) depresif bozukluk belirtisi görülmektedir.

Öğrencilerin aylık gelirleri ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.(p=0,105)

TABLO 43 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumunun sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre dağılımı:

Sosyal Güvence	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Var	478	46,5	550	53,5	1028	85,3
Yok	90	50,8	87	49,2	177	14,7
Toplam	568	47,1	778	63,6	1224	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,284 $\chi^2=1,146$ SD=1

Araştırma kapsamına giren 1224 öğrencinin % 47,1'inde(568) depresif bozukluk belirtisi bulunmuştur.

Öğrencilerden sosyal güvencesi olanların % 53,5'inde (550), olmayanların ise %49,2' sinde (87) depresif bozukluk belirtisi yoktur.

Öğrencilerin sosyal güvencesi olanların % 46,5'inde (478) , olmayanların ise %50,8' inde (90) depresif bozukluk belirtisi vardır.

Öğrencilerin sosyal güvencelerinin olup olmaması ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p=0,284)

TABLO 44 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının başarı durumuna göre dağılımı:

Başarı Durumu	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Başarılı	107	36,8	184	63,2	291	23,9
Orta Düzeyde	352	46,7	401	53,3	753	61,7
Başarısız	113	64,2	63	35,8	176	14,4
Toplam	572	46,9	648	53,1	1220	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

$p=0,0001$ $x^2=33,162$ $SD=2$

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin başarılı olanların % 63,2'sinde (184) , orta düzeyde başarılı olanların % 53,3'ünde (401) , başarısız olanların ise %35,8'inde (63) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin başarılı olanlarının % 36,8'inde (107) , orta düzeyde başarılı olanların % 46,7'sinde (352) , başarısız olanların ise % 64,2' sinde (113) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

Öğrencilerin başarı durumu ile depresif bozuklukları arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,0001$).Başarısız olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif bozukluk görünmektedir.

TABLO 45 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk olup olmasına göre dağılımı:

Önceden ruhsal hastalık	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Var	71	74,0	25	45,9	96	8,0
Yok	495	44,6	616	55,4	1111	92,0
Toplam	566	46,9	641	53,1	1207	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2=30,678$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden önceden ruhsal hastalığı olanların %45,9'unda (25) , önceden ruhsal hastalığı olmayanların % 55,4'ünde (616) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerden ruhsal hastalığı olanların %74,0' ında (71), önceden ruhsal hastalığı olmayanların ise % 44,6'sında (566) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir.

Öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk durumu ile depresif bozukluk durumları arasında anlamlı fark vardır. (p=0,0001) Önceden ruhsal bozukluğu olanlarda depresif bozukluk daha yüksek oranda görünmektedir.

TABLO 46 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmamasına göre dağılımı:

Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalık	Depresif Bozukluk Belirtisi					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Var	143	65,0	77	35,0	220	18,3
Yok	420	42,8	561	57,2	981	81,7
Toplam	563	46,9	638	53,6	1201	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

p =0,0001 $\chi^2=35,521$ SD=1

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olmayanların % 42,8'inde (420) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir, %57,2'sinde (561) ise depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanların % 65,0'ında (143) depresif bozukluk belirtisi görünmektedir. Önceden ruhsal hastalık dışında hastalığı olanların %35,0'ında (77) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmaması ile depresif bozukluk görünmesi arasında anlamlı bir fark vardır. (p=0,0001)

TABLO 47 : Araştırma kapsamına giren öğrencilerin depresif bozukluk durumlarının genel sağlık durumlarına göre dağılımı:

GSA	Depresif Bozukluk Belirtisi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%(x)	Sayı	%(x)	Sayı	%(xx)
Normal	49	13,3	319	86,7	368	30,6
Normalin Altı	514	61,6	321	38,4	835	69,4
Toplam	563	46,8	640	53,2	1203	100,0

x: Satır Yüzdesi

xx: Kolon Yüzdesi

$p=0,0001$ $\chi^2=238,757$ $SD=1$

Öğrencilerden genel sağlık durumu “normal” olanların % 13,3’ünde (49) , genel sağlık durumu “kötü” olanların %61,6’sında (514) depresif bozukluk belirtisi görülmektedir.

Araştırma kapsamına giren öğrencilerden genel sağlık durumu “normal” olanların %86,7’sinde (319), genel sağlık durumu “normalin altı” olanların %38,4’ünde (321) depresif bozukluk belirtisi görünmemektedir.

Öğrencilerin genel sağlık durumları ile depresif bozukluk varlığı arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,0001$). Genel sağlık durumu “normalin altı” olanlarda depresif bozukluk daha fazla görülmektedir.

TABLO 48: Öğrencilerin Depresif Bozukluk Durumlarını Etkileyen Risk Faktörlerinin Dağılımı:

	Odd Ratio	%95 Güven Aralığı
Cinsiyet		
Kız	Referans	—
Erkek	1,61	1.28-2.02
Başarı		
Başarılı	1.50	1.14-1.99
Orta Derecede Başarılı	3.08	2.08-4.55
Başarısız	Referans	—
Önceden Ruhsal Bozukluk Dışında Hastalık		
Var	Referans	—
Yok	2.48	1.82-3.36
Önceden Ruhsal Hastalık		
Var	Referans	—
Yok	3.52	2.20-5.64

Araştırma kapsamına giren kız öğrencilerde,erkek öğrencilere göre depresif bozukluk belirtileri 1.61 kat daha fazla görünmektedir.Kendi ifadeleri ile başarısız olan öğrencilerde depresif bozukluk belirtileri,orta derecede başarılı olanlara göre 3.08 kat,başarılı olanlara göre ise 1.50 kat daha fazla görünmektedir.Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlarda depresif bozukluk belirtileri olmayanlara göre 2.48 kat daha fazla görünmektedir.Önceden ruhsal bozukluğu olan öğrencilerde ise olmayanlara göre depresif bozukluk belirtilerinin görünmesi 3,52 kat daha yüksektir.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü şu başlıklar altında sunulmuştur:

1-Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tartışma.

2-Öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumları ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait tartışma.

3-Öğrencilerin depresif bozukluk belirtileri ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait tartışma.

5.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin tartışması:

Araştırma, Malatya il merkezinde genel lise, meslek lisesi, Anadolu ve fen lisesi olmak üzere toplam 22 okulu kapsamaktaydı. Araştırma kapsamına giren öğrencilerin %72,4'ü genel lise, %19,7'si meslek lisesi, % 7,9'u ise Anadolu veya fen lisesinde öğrenim gören son sınıf öğrencileriydi. Öğrencilerin %54,2'si erkek, %45,8'i ise kız öğrenciydi (Tablo 1). Genel liselerle Anadolu ve fen lisesi öğrencilerinin kız ve cinsiyet dağılımları birbirine benzerlik gösterirken, meslek liselerine devam eden öğrencilerin önemli kısmı erkeklerden oluşmaktaydı ($p<0.05$)

Öğrencilerin %20,7'sinin annelerinin okur-yazar olmadığı, %46,9'unun okur-yazar olduğu, %28,2'sinin ortaokul veya lise düzeyinde eğitim aldığı ve sadece %4,2'sinin annelerinin yükseköğrenimli oldukları görüldü.(Tablo 2) Erkek öğrencilerin anneleri kız öğrencilere göre iki kat daha fazla okur-yazar değillerdi($p<0.05$). Bu durum, okur-yazar olmayan kadınların kız çocuklarını lise seviyesinde okula gönderme oranlarının düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine gelince, okur-yazar olmayanların oranı, % 3,0 okur-yazar veya ilkököl mezunu olanların oranı %35,8, ortaokul ve lise mezunu olanlar %49,1 ve kız öğrencilerden farklı olarak ise yükseköğrenim mezunu babaların oranı ise % 12,1 idi (Tablo 3). Kız öğrencilerde olduğu gibi erkek öğrencilerde de okur yazar olmayan babaların kızları daha düşük oranda liselere devam etmekteydiler ($p<0.05$). Ailede anne ve babaların eğitim düzeyi yükseldikçe lise ve yükseköğrenime devam eden kız öğrencilerin oranlarının yükselmesi zaten beklenen bir durum olmaktadır.

Malatya ili merkez ilçede lise son sınıfa devam eden öğrencilerin bu araştırma örneğinde annelerinin % 90,3'ü ev hanımı, geriye kalanı ise işçi, memur, emekli veya serbest çalışandı. Erkek ve kız öğrencilerin annelerinin mesleklere dağılımı farklılık

göstermemekteydi (Tablo 4; $p>0.05$). Öğrencilerin babalarının meslek dağılımına gelince, % 5,9'u işsiz, %20,3'ü işçi, %21,0'ı memur, %16,2'si emekli ve %36,5'i ise serbest meslek sahibidir(Tablo 5). Baba mesleklerine dağılım cinsiyet yönünden de bir farklılık göstermemekteydi. ($p>0.05$).

Araştırma örneğine çıkan öğrencilerin aylık harçlık durumuna ilişkin verdikleri cevaplara göre, %77,8'i en fazla 50 YTL aylık harçlıkları olduğunu belirtmişlerdi. Aylık harçlık olarak 101 YTL ve daha üzerinde harçlık alabilenlerin çoğu erkeklerdi(%66,7) (Tablo6). Kız öğrenciler arasında ise 51–100 YTL harçlık alanlar erkeklere (%48,6) göre daha fazla (%51,4) idi. Buna karşılık 151 YTL harçlık alan erkekler kızlara oranla çok daha fazla idi.($p<0.05$).

Öğrencilerin oturdukları evin durumuna bakıldığında %31,6'sı kiralık evde oturmaktaydı.(Tablo 7) Kız ve erkek öğrenciler arasında oturdukları evin kendilerine ait olup olmama durumu yönünden bir farklılık bulunmamaktaydı.($p>0.05$)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ebeveynlerinin %35,7'sinin otomobilleri vardı.(Tablo 8) Öğrencilerin oturdukları evin kendilerine ait olması ile ebeveynlerinin otomobile sahip olmaları arasında benzerlik vardır. Kız ve erkek öğrenciler arasında ebeveynlerinin otomobile sahip olma yönünden bir fark bulunmamaktadır($p>0.05$)

Kardeş sayıları incelendiğinde öğrencilerin %2,1'i tek kardeş, %17,4'ü iki kardeş, %26,9'u üç veya dört kardeş, %53,6'sı ise beş ve daha fazla kardeşe sahiptir. (Tablo 9) Öğrencilerin yarıdan fazlası kalabalık ailede yaşamaktadır.($p>0.05$) Evde yaşayan kişi sayısı incelendiğinde %90,0'ı dört ve daha fazla kişiyle birlikte yaşamakta, %8,2'si üç kişiyle, %1,8'i ise bir veya iki kişi ile birlikte yaşamaktaydı. (Tablo 10)

Öğrencilerin %1,8'i evde yalnız yaşamakta, %6,4'ü akrabalarıyla veya arkadaş yanında yaşamakta, %91,8'i ise aileleriyle birlikte yaşamaktaydılar.(Tablo11) Öğrencilerin cinsiyetleri ile yaşadıkları yer arasında anlamlı fark vardır.($p<0.05$) Bu fark yakın ilçe veya kasabadan erkek öğrencilerin öğrenim için il merkezine daha yüksek oranda gelmelerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %69,1'i il merkezi, %11,6'sı ilçe, %19,3'ü ise buradan önce yaşadıkları yeri köy olarak belirtmişlerdir.(Tablo 12) Kız ve erkek öğrenciler arasında geldikleri yere göre istatistiksel fark vardır.($p<0.05$) Bu durum köylerden lisede okumak için öğrencilerden çoğunun erkek olmasından kaynaklanmaktadır.

Öğrencilerin aile yapıları çekirdek aile, parçalanmış aile ve geniş aile olarak ayrıldığında %83,7'si çekirdek ailede, %5,8'i parçalanmış ailede, % 10,5'i de geniş

ailede yaşamaktadır.(Tablo 13) İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi ve SYO öğrencilerinde 2003 yılında yapılan benzer bir araştırmada öğrencilerin %83,7'si çekirdek ailede, %8,2'si parçalanmış ailede, %8,1'i geniş ailede yaşadığı görülmüştü.(19)

Ebeveynlerinden sadece biriyle yaşayan öğrencilerin %30,4'ünün anne-babaları boşanmış ya da ayrı, %53,0'ı anne yada babasından biri ölmüş, %16,5'inin ise anne ve babalarının her ikisi de yaşamıyor veya babaları çalışmak için yurt dışında yaşamaktadır. (p>0.05) (Tablo14)

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıkta sosyal güvenceleri; %40,7'sinin SSK, %14,8'inin Bağ-Kur, %18,0'nin Emekli sandığı veya özel sigorta, %12,4'ünün Yeşil Karttır, %14,0'nin ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Öğrencilerin cinsiyet ile sağlıkta sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.(p>0.05,Tablo 15) Erkek öğrencilerin %83,7'sinin, kız öğrencilerin ise %88,6'sının sosyal güvencesi vardır.(Tablo 16) Öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlıkta sosyal güvencelerinin olup olmaması arasında anlamlı fark vardır. (p<0.05) Bu fark liseye erkek öğrencilerin kızlara oranla daha fazla gitmeleri ve sosyal güvencesi olmayanlardan erkeklerin daha fazla liseye devam etmelerinden kaynaklanmaktadır.

Başarı durumlarına bakıldığında öğrencilerin %5,4'ü kendilerini çok başarılı, %18,1'i oldukça başarılı, %61,8'i orta derecede başarılı, %11,5'i çok kötü değil ve %2,9'u çok başarısız olarak değerlendirmiştir.(Tablo 17) Hem kız hem de erkek öğrenciler kendilerini en çok orta düzeyde başarılı görmektedirler. Kendilerini başarılı bulan kız öğrenciler arasında daha yüksek orandadır. Öğrencilerin başarı durumları ile cinsiyetleri arasında fark bulunmamaktadır(p>0.05). Öğrencilerin %88,9'u okula devam ediyor, %7,8'i ara sıra devamsızlık yapıyor, %3,3'ü sık sık devamsızlık yapıyor.(Tablo 18) Cinsiyet ile okula devam durumları arasında anlamlı fark vardır. (p<0.05) Bu durum erkek öğrencilerin daha çok devamsızlık yapmalarından kaynaklanmaktadır.

Öğrencilerin ifadelerine göre önceden ruhsal hastalık durumlarına bakıldığında %7,9'u önceden ruhsal hastalık geçirmişlerdir. Erkek öğrenciler daha yüksek oranda önceden ruhsal hastalık geçirdiklerini ifade etmişlerdir.(%7,3) Kız ve erkek öğrenciler arasında önceden ruhsal hastalık geçirme durumlarına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.(Tablo 19) Öğrencilerin %5,6'sı önceden ruh sağlığı uzmanına başvurmuştur.(Tablo 20) Bu araştırma örneğinde erkek öğrenciler daha yüksek oranda ruh sağlığı uzmanına başvuruyor görünmekle birlikte (erkek:%51,5 kız:%48,5) cinsiyet ile ruh sağlığı uzmanına görünüp görünmeme arasında fark bulunmamaktadır. (p>0.05) 1998 yılında Sağlık Bakanlığınca yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında

yetişkinlerde %17,2 oranında ruhsal hastalık görülmekle birlikte, %4,7'sinin ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğu saptanmıştır. Ayrıca ruhsal hastalığı olanların %40'ının psikiyatri uzmanına başvurduğu sağlık ocağı ve pratisyen hekimlere başvuru oranı ise %20 olarak görüldüğü bildirilmektedir.(57) Öğrencilerin ruh sağlığı uzmanına başvuru yakınması bakımından başvuruların %60,9'u aksiyete ile ilgili, %10,9'u uyum sorunlarıyla ilgili, %19,6'sı depresyonla ilgili %8,7'si ise vücudun herhangi bir yerinde ağrı gibi nedenlerle başvurmuştur.(Tablo 21) Öğrencilerin ruh sağlığı uzmanına başvuru yakınması ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Öğrencilerin kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlar %18.3'ü oranındadır.(Tablo 22) Öğrencilerin organik bir hastalık ile (ruhsal bozukluk dışında bir hastalık) cinsiyetleri yönünden bir farklılık bulunmamaktadır.($p>0.05$)

5.2. Öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumları ve çeşitli değişkenlerle ilgili tartışma:

Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin kendi ifadeleri esas alınarak yapılan değerlendirmeye göre %30.6'sının “normal” %69.4'ünün genel ruhsal sağlık durumu “normalin altında”, olarak saptanmıştır.(Tablo 23) Kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre genel ruhsal sağlık durumları 1.66 kat daha fazla normalin altındadır.(Tablo 33) (Kız öğrenciler: %75.2, Erkek öğrenciler: %64.5) Kız ve erkek öğrenciler arasında genel ruhsal sağlık durumlarına göre ortaya çıkan fark anlamlıdır.($p<0.05$) GSA' nın 12 soruluk formuyla İstanbul'da 7 lisede toplam 959 öğrencide yapılan bir araştırmada %61.5'i 2 ve üzerinde puan almıştır, yani genel ruhsal sağlık durumları “normalin altında”dır. Kız öğrencilerin %66'sı, erkek öğrencilerin ise %56'sı 2 ve üzerinde puan almıştır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre kadınlar, erkeklerden daha yüksek GSA puanları almışlardır. Antalya'da bir gecekondu bölgesinde sağlık ocağına değişik nedenlerle başvuran hastalara GSA-12 kullanılarak yapılan bir çalışmada %37,3'ü oranında genel ruhsal sağlık durumu “normalin altında” olarak bulunmuştur.(29)

Bu sonuçlar araştırma örneğimizdeki sonuçla karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkacak durumlar lise çağı gençler arasında daha yaygın olarak bulunmaktadır. Bu durumu yaratan temel faktörün son sınıf öğrencilerinin sınav kaygıları olabilir. Genel olarak sınavlar insanlarda bir kaygıya sebep olmaktadır. İnsan yaşamında bir meslek seçmenin tek kaynağı olan ÖSS sınavının gençler üzerinde yarattığı stresin sonucu olarak bu durumun ortaya çıktığı düşünülebilir.

Genel sağlık durumunun “normalin altında” olarak değerlendirilen oğrencilerin babalarının eğitim durumu ile karşılaştırıldığında oğrencilerin babaları okur-yazar olmayanların %62.2’si, okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %68.3’ü, yüksek oğrenime sahip olanların ise %71.0’inin genel sağlık durumu “normalin altında” olarak değerlendirilmiştir. Babanın oğrenim düzeyi yükseldikçe GSA da normalin altında olma oranları artıyor görünse de ortaya çıkan fark anlamlı değildir . Aynı durum anneler yönünden incelendiğinde; anneleri okur-yazar olmayanların %72.4’ü, ortaokul ve lise mezunu olanların %67.9’u, yüksek oğrenime sahip olanların ise %74’ünün genel sağlık durumu “normalin altında” olarak istatistiksel bir farklılık göstermediği şeklinde bulunmuştur.

Oğrencilerin annelerinin oğrenim durumu ile genel ruhsal sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (Tablo 25) Anneleri okur-yazar olmayanların %72,4’ünün, okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların %68,4’ünün, ortaokul ve lise mezunu olanların %67,9’unun, yüksekokul mezunu olanların %74,0’inin genel ruhsal sağlık durumu “normalin altında” olarak bulunmuştur. ($p>0.05$)

Bu araştırma örneğinde oğrencilerin GSA’ sını etkileyen bir diğer faktör olarak “Ailelerinin aylık gelir düzeyi” olduğu tespit edilmiştir.(Tablo 26) Ođrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeyi ile genel ruhsal sağlık durumları arasında anlamlı bir fark vardır. ($p<0.05$) Türk-iç tarafından 2006 şubat ayı araştırmasına göre 4 kişilik bir aile için açlık sınırı 555 YTL, yoksulluk sınırı ise 1808 YTL’ dir. Ođrencilerin aylık geliri açlık sınırının (555 YTL) altında olanların %75.5’inin, yoksulluk sınırının (1808 YTL) altında olanların ise %65.1’inin genel sağlık durumu “normalin altında” dır. Buradaki fark genel sağlık durumunun, ailelerinin aylık geliri açlık sınırının altında olanların daha yüksek oranda “normalin altında” olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde yaklaşık üç milyon kişi 2007 Ocak ayı itibariyle 403.3 YTL asgari ücretle çalışmaktadır. Bu miktar 2006-şubat ayı açlık sınırının bile altındadır. Ekonomik düzeyin kötü olması genel ruhsal sağlık durumunu da kötü etkilemektedir. İstanbul Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına 2001–2002 yılları arasında başvuran 12-18 yaş 1079 ergenin genel olarak sosyodemografik verilerine bakıldığında, başvuranların yaklaşık yarısı açlık sınırının altında bir gelir ile yaşamını sürdürmektedir.(43)

Oğrencilerin il merkezinden gelenlerin %70,2’sinin, ilçeden gelenlerin %72,9’unun, köyden gelenlerin ise %64,8’inin genel ruhsal sağlık durumu “normalin

altında” dır. (Tablo 27) Öğrencilerin geldikleri yer ile genel sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Öğrencilerin genel ruhsal sağlık düzeyi ile sosyal güvenceye sahip olma durumu arasında bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiş ve analiz sonucu, sosyal güvencesi olanların % 68,9’unun, sosyal güvencesi olmayanların ise % 72,2’sinin genel ruhsal sağlık düzeyleri normalin altında bulunmuştur. (Tablo 28) Sosyal güvencesi olmayanların kendilerini daha fazla normalin altında hissetmeleri istatistiksel yönden farklılık yaratmamaktadır. ($p>0.05$).

Öğrencilerin başarı düzeyi ile genel ruhsal sağlık düzeyi arasında anlamlı fark vardır. ($p<0.05$) Başarılı olanların %59.2’sinin, orta düzeyde başarılı olanların %69.8’inin, başarısız olanların ise %84.6’sinin genel sağlık durumu “normalin altında” dır.(Tablo 29) Kendilerini başarısız olarak nitelendiren öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumları, orta derecede başarılı olanlara göre 3.78 kat, başarılı olanlara göre ise 1.59 kat daha fazla normalin altındadır.(Tablo 33) Öğrencilerin genel ruhsal sağlık düzeyleri okul başarısını veya başarısızlık genel ruhsal sağlık durumunu etkilemektedir.

Öğrencilerin ailelerinin geniş veya çekirdek yapıda olması genel ruhsal sağlık düzeyini etkilememektedir. Çekirdek ailede yaşayanların %69,1’inin, parçalanmış ailede yaşayanların %75,0’ının, geniş ailede yaşayanların ise %67,2’sinin genel sağlık durumları “normalin altında” dır.(Tablo 30)

Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanların %82,4’ünün genel ruhsal sağlık durumu normalin altında” dır. (Tablo 31) Öğrencilerin kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalığı olanların, genel ruhsal sağlık durumları yönünden aralarında anlamlı farklılıklar vardır. ($p<0.05$) Hastalık öyküsü olanlar, olmayanlara göre 2.40 kat daha fazla normalin altındadır.(Tablo 33) Önceden ruhsal hastalığı olanların %91,7’sinin, olmayanların ise %67,4’ünün genel sağlık durumu “normalin altında” dır. (Tablo 32) Öğrencilerin önceden ruhsal bozukluk durumları ile genel sağlık durumları arasında anlamlı bir fark vardır. ($p<0.05$) Önceden ruhsal hastalığı olanların olmayanlara göre 5.32 kat daha fazla genel ruhsal sağlık durumu normalin altındadır.

5.3 Öğrencilerin depresyon semptomları ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerine ait tartışma:

Araştırmaya katılan öğrencilerin BORDEPTA ölçeğine göre “7 kesme noktası” alındığında %47,0’ında depresyon semptomları bulunmaktadır.(Tablo 34) Öğrencilerin cinsiyetlerine göre depresif bozukluk belirti durumları değerlendirildiğinde kızların

%53,4'ü, erkeklerin 41,6'sı depresif semptomlar göstermektedirler. Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın bu hızlara en yakın olarak literatürde elde edilen bir araştırma %33,3 ile Çin'de kentsel kırsal bir örnekte adölesanlar üzerinde yapılan bir araştırmadır. Aynı örnek üzerinde anksiyete semptomları %48 gibi daha yüksek bulunmuştur.(52) Cinsiyet ile depresif bozukluk belirtisi arasında anlamlı fark vardır.($P<0.05$) Kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre depresif bozukluk belirtileri 1.61 kat daha fazla görülmektedir. (Tablo 48) İsveç'te çocuk ve adölesanlar üzerinde 2003 yılında The Seasonal Pattern Questionnaire (SPAQ) ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada 17–18 yaşlarda kız öğrencilerde depresyon semptomları % 25,5, erkeklerde ise %13,8 oranında bulunmuştur. (53)

A.B.D 6. 8. ve 10. sınıflardan 9863 kişi üzerinde yapılan kendi ifadelerine göre depresyon semptomu görülme hızı en yüksek olarak 10. sınıflardaki kızlarda %25 ile elde edilirken erkek öğrencilerde ortama hız %10 civarında elde edilmektedir. (54)

New-Jersey-ABD'de, 1990 yılında 14–17 yaş 5596 lise öğrencisinde BDÖ ile, Finlandiya'da 1656 üniversite öğrencisinde 1996 yılında BDÖ ile ve Columbia'da 14–16 yaş 150 öğrencide, Diagnostic Interview for Children and Adolescents tanı ölçeği ile yapılmış bazı çalışmalarda da bu çalışma ile uyumlu olarak kız öğrencilerde depresyonun daha yüksek oranda bulunduğu görülebilmektedir.(19)

İtalya'da bir okulda yaşları 8 ile 17 arasında değişen 685 öğrenciye Children Depression Inventory (CDI) ölçeği kullanılarak depresif semptomları tespit etmek amacıyla yapılan araştırmada öğrencilerin %10' undan daha fazlası kliniksel eşik olan 20 rakamından daha yüksek puan almışlardır. Öğrencilerin üçte birinden daha fazlası ölümü düşündüklerini fakat sadece %2,2'si kesin intihar saplantılarının olduğu görülmüştür.(55)

Mardin il merkezinde 6 lisenin son sınıf öğrencilerinden toplam 444 öğrencide yapılan araştırmada Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif bozukluk %37 bulunmuştur.(51) Marmara depreminden 3,5 yıl sonra İzmit'te 334 lise öğrencisinde Beck Depresyon ölçeği ile yapılan araştırmada depresyon sıklığı tüm öğrencilerde %30,8 bulunmuştur. Kız öğrencilerin %39'unda, erkek öğrencilerin %21,7'sinde depresyon saptanmıştır.(32) 1999-2000 yılında Pamukkale Üniversitesinde 504 öğrencide Beck Depresyon ölçeği kullanılarak yapılan bir başka araştırmada öğrencilerin depresyon sıklığı %26.2 çıkmıştır.(63) Araştırma örnekleminde depresyon semptomlarının daha yüksek oranda görülmesi öğrencilerin bekledikleri ÖSS sınavının yarattığı kaygının grubu daha çok etkilemesinden kaynaklanabileceği gibi Bordepta

ölçeğinden de kaynaklanıyor olabilir. Ölçeğin ilk saha araştırması olması ve karşılaştırma yapacak başka bir çalışmanın olmaması sebebiyle ileride bu ölçek kullanılarak yapılacak araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında daha doğru değerlendirme yapılabileceği söylenebilir.

Zeytinburnu Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki karma lisede 1342 lise 2. sınıf öğrenciye Beck Depresyon Ölçeği ile araştırma yapılmıştır. Gençlerin %72,1'i hafif düzeyde, %7,2'sinde ağır depresyon görülmüştür.(50)

Amerika'da adölesanlarda sürdürülen bir çalışmada depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %9.9–15.3 arasındadır. İsviçre'de yapılan okul tabanlı bir araştırmada 16–17 yaş grupları arasında depresyon görülme sıklığı %11,4'tür. Çin'de 13–22 yaş grupları arasında yine okul tabanlı bir başka araştırmada depresyon görülme sıklığı %16,9 olduğu saptanmıştır.(31)

2003 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinden oluşan toplam 936 öğrenciye Beck Depresyon Ölçeği ile yapılan araştırmada öğrencilerin %27,2'sinde depresyon belirtisi saptanmıştır. Erkek öğrencilerin %21,5'inde, kız öğrencilerin ise %31,4'ünde depresyon belirtisi görülmüştür.(19)

İstanbul'da sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede lise öğrencileri arasında yapılan araştırmada depresyonun görülme sıklığı %30,3 olarak bulunmuştur.(43) 2002 yılında Mersin'de il merkezindeki 18 okuldan seçilen 4143 öğrenciye yapılan araştırmada depresif bozukluk oranı %12,5 bulunmuştur. Depresif bozukluk görünen öğrencilerin %47,1'i erkek, %52,8'i kız öğrencilerdir.(31)

1981 yılında Ankara Üniversitesine yeni başlayan 275 öğrenci üzerinde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada öğrencilerin %69'unda depresyonla ilgili belirti, bulgu ve yakınma görülmüştür.(38)

İspanyada üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada CES-D ölçeğine göre depresif semptom gösteren öğrenci oranı %33 bulunmuştur.

Amerika'da adölesanlarda yapılan araştırmada kızların yaklaşık %25.40'ında, erkeklerin %20.35'inde depresyon görülmektedir.(14) 1999–2003 yılları arasında 5645 lise öğrencisine uygulanan bir araştırmada gençlerin %5'inin depresyondan etkilendiği ve depresyonun en önemli 4. hastalık olduğu görülmüştür.(29)

2001–2004 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezinde psikiyatrik değerlendirmeye alınan öğrencilerin %28'inde depresyon tanısı konulmuştur.(43)

Ergenlerde depresif belirti sıklığı yurt dışı çalışmalarda %21–56 arasında değişirken ülkemizde bu oran %27 olarak saptanmıştır.(12)

Öğrencilerin okul türleri ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.($p>0.05$) Genel liseye gidenlerin %47,0'ında, meslek lisesine gidenlerin %47,7'sinde, Anadolu veya fen lisesine gidenlerin %45,4'ünde depresif bozukluk belirtisi görülmektedir. Anadolu veya fen lisesine gidenlerde daha az depresif bozukluk belirtisi görülmektedir.(Tablo 35) Bu durum aileye ait faktörler yanında, Anadolu ve fen liselerine giden öğrencilerin diğer programlara devam eden öğrencilere oranla sınava dair kaygı düzeylerinin daha düşük yoğunlukta bulunmasından kaynaklanıyor olabilir.

Öğrencilerin annelerinin ve babalarının öğrenim durumları ile sahip oldukları kardeş sayısı kendilerinde depresif semptom gösterme durumlarını etkilememektedir. ($p>0.05$)(Tablo 36–37–38) Buna karşılık öğrencilerin kente geldikleri yer ile depresif bozukluk belirtisi görülme sıklığı arasında ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$) İl merkezinden gelen öğrencilerin %46,6'sında, ilçeden gelen öğrencilerin %57,1'inde ve köyden gelen öğrencilerin %43,3'ünde depresif bozukluk belirtisi vardır. Fark ilçeden gelen öğrencilerde depresif bozukluk belirti sıklığının daha yüksek oranda görülmesinden kaynaklanmaktadır. Bu farkı açıklamak güç olmakla birlikte ilçe merkezlerinin geçiş bölgesi olmasından kaynaklanabileceği gibi tesadüfen ortaya çıkan bir fark olabileceği de düşünülebilir.(Tablo 39)

Aile yapısı öğrencilerde depresif bozukluk görülme sıklığını etkilememektedir. Çekidek ailede yaşayanların %46.5'inde, parçalanmış ailede yaşayanların %55,7'sinde, ve geniş ailede yaşayanların %43.2'sinde depresif bozukluk belirtisi görülmektedir. ($p>0,05$) (Tablo 40)

Ailelerinin gelir düzeyi ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir fark yoktur. ($p>0.05$) Ailelerinin gelir düzeyi açlık sınırının altında olanların (555 YTL) %50,7'sinde, yoksulluk sınırının altında olanların (1808 YTL) %44,1'inde ve yoksulluk sınırının üstünde olanların (1808 YTL) %53.72'sinde depresif bozukluk belirtisi vardır.(Tablo 42) Pamukkale Üniversitesi'nde 1999–2000 Eğitim-öğretim yılında 504 öğrencide yapılmış bir çalışmada, ailenin gelir düzeyi ile depresyon sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.(56)

Öğrencilerin sağlıkta sosyal güvencelerinin olup olmaması ile depresif bozukluk görülmesi arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$) Sağlıkta sosyal

güvencesi olanların %46.5'inde, olmayanların ise %50.8'inde depresif bozukluk görülmektedir.(Tablo 43)

Öğrencilerin başarı durumları ile depresif bozukluk görülmesi arasında anlamlı bir fark vardır.($p<0.05$) Başarılı olanların %36,8'inde, orta derecede başarılı olanların %46,7'sinde ve başarısız olanların %64,2'sinde depresif bozukluk belirtisi görülmektedir.(Tablo 44) Başarısız öğrencilerde depresif bozukluk belirtisi daha yüksek orandadır. Bu durum, başarısız öğrencilerin arkadaş ve öğretmenleri tarafından dışlanmasından, tembel olarak nitelendirilmesinden, ayrıca bu öğrencilere ailelerinin aşırı baskı uygulamaları ve gerçek dışı beklentilerin olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kendilerini başarısız olarak nitelendiren öğrencilerde depresif bozukluk belirtileri, orta derecede başarılı olanlara göre 3.08 kat, başarılı olanlara göre ise 1.50 kat daha fazla görülmektedir.Bu sonuçlar sınav kaygısının öğrencilerde depresyon semptomlarını tetikleyen önemli etken olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre önceden bir ruhsal bozukluğu olanlarda %74,0 oranında depresif bozukluk belirtisi görülmektedir.(Tablo 45) Önceden ruhsal bozukluk durumu ile depresif bozukluk görülmesi arasında anlamlı fark vardır. ($p<0.05$) Bu fark önceden ruhsal hastalığı olan öğrencilerde olmayanlara göre depresif bozukluk belirtisininin 3.52 kat daha yüksek görülmesinden kaynaklanmaktadır.(Tablo 48) Yine kendi ifadeleri ile önceden ruhsal bozukluk dışında bir hastalık olup olmaması ile depresif bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0.05$) Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı bulunanların %65,0'ında depresif bozukluk daha çok görülmektedir.(Tablo 46) Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlarda depresif bozukluk belirtileri olmayanlara göre 2.48 kat daha fazla görülmektedir.

Öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumu ile depresif bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.($p<0.05$) Genel ruhsal sağlık durumu “normalin altında” olan öğrencilerin %61,6'sında, “normal” olanların ise %13,3'ünde depresif bozukluk belirtisi görülmektedir. Genel sağlık durumu “normalin altında” olarak değerlendirilmiş öğrencilerde depresif bozukluk belirtisi daha fazla görülmektedir.(Tablo 47)

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde 2005–2006 eğitim-öğretim yılında yapılan bu araştırma sonuçları aşağıda özetlenmiştir;

Araştırmada öğrenciler yüksek oranda genel liseye gitmektedir. Daha sonra ikinci sırada meslek lisesine ve en az oranda da Anadolu veya fen lisesine gitmektedirler. Erkek öğrenciler kız öğrencilerden daha fazladır. Erkek öğrencilerin anne ve babaları kız öğrencilerin anne ve babalarına göre daha düşük düzeyde öğrenim görmüşlerdir. Öğrencilerin annelerinin yaklaşık tamamı ev hanımıdır. Erkek öğrencilerin babaları daha yüksek oranda işsizdir. Erkek öğrenciler anlamlı derecede daha yüksek oranda harçlık almaktadırlar. Hem kız hem erkek öğrenciler çok kardeşe sahiptir ve kalabalık ortamda yaşamaktadırlar. Erkek öğrenciler anlamlı derecede daha yüksek oranda eğitim almak için köyden il merkezine gelmekte ve ailelerinden uzakta yaşamaktadırlar. Öğrencilerin çoğunluğu çekirdek bir ailede yaşamaktadırlar. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun aylık gelirleri yoksulluk sınırının altında ve sağlık güvenceleri SSK'dır.

Kız ve erkek öğrencilerde önceden ruhsal bozukluk ve ruhsal bozukluk dışında bir hastalığa sahip olma ve önceden ruh sağlığı uzmanına başvurma bakımından öğrenciler arasında benzer şekilde en sık anksiyete ile ilgili ve depresif yakınmalar bildirmişlerdir. İki grup öğrencide kendilerini en çok orta düzeyde başarılı olarak görmektedirler. Kız öğrenciler kendilerini daha yüksek oranda okula devamı yüksek olarak nitelendirmektedirler.

Kız öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumu erkek öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek oranda normalin altındadır ve iki grup arasında anlamlı fark vardır. Ailelerinin aylık gelir düzeyi ile genel ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı fark vardır. Genel ruhsal sağlık durumu normalin altında olanların çoğunluğu açlık sınırının altında yaşayanlardan kaynaklanmaktadır. Öğrencilerin başarısız olmaları genel ruhsal sağlık durumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Önceden ruhsal bozukluğu olan öğrencilerle genel sağlık durumu arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Önceden ruhsal bozukluk dışında hastalığı olduğu bildirilen öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumu daha yüksek oranda normalin altındadır.

Tüm öğrenciler ele alındığında cinsiyet ile depresif bozukluk belirti görülme sıklığı arasında anlamlı fark vardır, kızlarda daha fazla görülmektedir. Öğrencilerin

gittikleri okul türleri ile depresif bozukluk görülme sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Kendilerini başarısız nitelendiren öğrencilerde daha yüksek oranda depresif bozukluk belirtileri görülmektedir. Önceden ruhsal bozukluğu olanlarda ve ruhsal bozukluk dışında hastalığı olanlarda depresif belirti sıklığı daha çok görülmektedir. Öğrencilerin ailelerinin aylık durumu ile sosyal güvencelerinin olup olmaması ile depresif bozukluk belirtisi görülmesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hem kız hem de erkek öğrencilerin GSA ve Boratav Depresyon Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde ve güçlü bir ilişki vardır. GSA puanları arttıkça Boratav Depresyon ölçeğinden alınan puanlarda artmaktadır.

Sonuçta Malatya İl Merkezinde lise son sınıf öğrencilerinin genel ruhsal sağlık durumları ve depresif bozukluk belirti sıklığı önemli ölçüde yüksektir. Farklı depresyon ölçekleri kullanılan aynı veya benzer ölçeklerle elde edilen bulgulara göre nispeten bu araştırmada daha yüksek oranlarda depresyon semptom bulguları elde edilmiştir. Bunun nedeni yaklaşan ÖSS sınav kaygısı, ölçeğin uygulandığı 2005-2006 eğitim-öğretim yılında sınav sisteminin ve müfredatın değişmiş olmasından kaynaklanabilir. Saptanan bulgular nedeniyle aşağıdaki öneriler uygun bulunmuştur:

1) Ergenlere bu döneme özgü ruhsal değişikliklerle ilgili sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmesi ve bilgi kaynaklarının ergene öğretilmesi. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık ekibinin tüm üyelerinin konuya gereken duyarlılığı göstermeli.

2) Öğrencilerin kendini tanıma ve geliştirme olanağı rehber öğretmenler tarafından etkili bir rehberlik ile desteklenmeli. Yapılan taramalarla sınır veya ciddi düzeyde ruhsal sorunu olan öğrencilerin rehber öğretmen tarafından tespiti yapılmalı, erken tedavi yoluna gidilmeli aileler okul sağlığı çalışmalarının önemli bir parçasını oluşturmaları nedeni ile çocuklarını olumlu yönde etkileyebilmeleri için okullarla, özellikle rehber öğretmenlerle işbirliği yaparak eğitim programlarına alınmalılar.

3) Lise son sınıf öğrencileri liseyi bitirme üniversite sınavına hazırlanma kendilerine meslek seçmeye çalışmaları gibi stresli olaylar nedeniyle daha fazla sorun yaşamaktadırlar bu öğrencilere kendi ilgi, yetenek, kişilikleri ve meslekler hakkında rehberlik yapılması daha sağlıklı kararlar almalarını kolaylaştırır.

4) Ayrıca bir yüksek öğretim programına giremeyen öğrencilere hangi mesleki alanda kısa vadeli mesleki eğitim alabilecekleri ve hangi işlerde çalışabilecekleri alternatifler konusunda rehberlik verilmeli. Bu öğrencilerin eğitiminden sorumlu anne, baba ve öğretmenlerin sosyal aktivitelere katılmaları konusunda teşvik edilmelidir.

BÖLÜM 7

MALATYA İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Malatya il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde genel ruhsal sağlık durumu ve depresif bozukluk belirti sıklığının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma evreni Malatya il merkezinde eğitim gören 1225 lise son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. 2006 Mart-Nisan aylarında yapılan çalışmada sosyo demografik bilgi anketi, GSA (Genel Sağlık Anketi)-12 ve Boratav Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu genel liselerde eğitim görmektedirler. Öğrencilerin %69,4'ünün genel ruhsal sağlık durumu normalin altındadır. Kız öğrencilerin genel ruhsal sağlık durumu (%75.2) erkek öğrencilere oranla (%64.5) 1.66 kat daha fazla normalin altındadır.(OR:1.66) Kendi ifadeleri ile başarısız olan öğrenciler, orta derecede başarılı olanlara göre 3.78 kat, başarılı olanlara göre ise 1.59 kat daha fazla genel ruhsal sağlık durumları normalin altındadır.

Öğrencilerin %47,0'ında depresif bozukluk belirtileri bulunmaktadır. Kız öğrencilerde (%53,4), erkek öğrencilere (%41,6) göre anlamlı düzeyde depresif bozukluk belirti sıklığı daha yüksektir.Kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre depresif bozukluk belirtileri 1.61 kat daha fazla görülmektedir. Kendi ifadeleri ile başarısız olan öğrencilerde depresif bozukluk belirtileri; orta derecede başarılı olanlara göre 3.08 kat, başarılı olanlara göre ise 1.50 kat daha fazla görünmektedir.Önceden ruhsal bozukluğu olanlarda olmayanlara göre depresif bozukluk belirtilerin görünmesi 3.52 kat daha yüksektir. Kız ve erkek öğrencilerde GSA ile Boratav Depresyon Ölçeği puanları arasında aynı yönde, güçlü ilişki bulunmuştur

Sonuç: Ergenlik dönemindeki bu öğrencilere ruhsal değişikliklerle ilgili sağlık çalışanları ve öğretmenleri tarafından bilgi verilmeli ve okullarda etkili rehberlik programları uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, ergen, lise öğrencileri

BÖLÜM 8

THE DEPRESSION PREVELANCE AND AFFECTING FACTORS IN FINAL CLASS HIGH-SCHOOL STUDENTS IN THE CENTRE OF MALATYA SUMMARY

Objectives: In this study, It was aimed to study the relationship between the prevalence depressive disorder of general psychological health condition and sociodemographic variables of final class high school students in the centre of Malatya.

Methods: 1225 final class high - school students in the centre of Malatya constitute the field of the study which was cross-sectional. In the study done in March and April 2006, GHQ (General Health Questionnaire) – 12 the knowledge questionnaire and Boratav depression scale were used.

Results: The majority of the students participating in the study were general state high school students. 69.4% of the students' general psychological health conditions were below normal. When compared to boys (64.5%), the general psychological health condition in girls (75.2%) was under normal by 1.66 fold (OR:1.66). The general health condition of the students considering themselves as unsuccessful had by 3.78 fold higher score compared to middle-degree successfuls, and by 1.59 fold higher score considering the successfuls.

47.0% of the students had depressive disorder symptoms. The girls (53.4%) had a significant level of prevalent depressive symptoms when compared to the boys (41.6%). The depressive disorder in girls was by 1.61 fold higher compared to boys. In the students considering themselves as unsuccessful, the depressive disorder symptoms had by 3.08 fold higher score compared to middle-degree successfuls, and by 1.50 fold higher score compared to the successfuls. Those having prior psychological disorder, the prevalence of depressive disorder symptom was by 3.52 fold higher score compared to those having not. Between the scores of general health questionnaire (GHQ) and Boratav Depression Scale, there, in the same direction, was a significant relationship between the boys and the girls.

Conclusion: To these students in the adolescence period, the knowledge about the psychological variations must be given, and an efficient guidance also must be applied.

Key Words: Depression, Adolescent, High-School Students

KAYNAKLAR

1. Öztürk,O.: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 8. Baskı Ankara, 2001
2. Yurdakök,K.:“*Neden Çocuklar*” II. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi Bildiriler Kitabı 18-21 Ocak Ankara: Çankaya Belediyesi Çağdaş Sanatlar Merkezi.ss:1137-143,2006
3. The World Health Organization (WHO)(<http://www.who.int/mental-health/en/>) 2002 (13.10.2006)
4. Köknel,Ö.: *Genel ve Klinik Psikiyatri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989
5. Özgür,G.,Karaaslan, A., Cem,O., ve ark.: *Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi*.Güneş Kitabevi İzmir 1998
6. Çelikkol,A.: *Koruyucu Ruh Sağlığı*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Kitabı,2002
7. Yeni Symposium 37(3) : 55-59, 1999
8. Güleç,C.:*Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji* ,Halk Sağlığı Temel Bilgiler.Ankara Güneş Kitabevi,1995
9. Doğan,O.: *Şizofreni Epidemiyolojisi* V. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmaları, 1995
10. Işık,E.: *Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani*, Boğaziçi Matbaası.İstanbul 1991
11. Doğan,O.,Gülmez,H.,Ketenoğlu,C.,ve ark.:*Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi* , Dilek Matbaası. Sivas 1999
12. Çuhadaroğlu,F.: *Adölesanlarda depresyon ve anksiyete görülmesi*. Türk Psikiyatri Dergisi, 4 ; 189-194,1993
13. Demir,T., Demir,D., Kayaalp,M.L. ve ark.: *Ergenlerde Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikleri*, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 6: 3-11.1999
14. Hankin,B.L.: *Adolescent Depression ; Description , Causes And Interventions* , Epilepsy- Behavior-February 200, 8: 1,102-114
15. Berk,E.L.: *İnfant, Children and Adolescent İllionis State University* , 1993
16. Yavuzer,H.: *Gençleri Anlamak*, Remzi Kitabevi, 2. Basım
17. Yavuzer,H.: *Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi*, Remzi Kitabevi, 22. Basım

18. Gillett,R.,Pietroni,P.C.: *Depresyon (Türkçe Baskı)*. Çev. Ed. Kütevin Z, İnkilap Kitabevi, 1990
19. Kaya,M.:*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu, Öğrencilerinde Ruhsal Sağlık Durumu, Depresyon Sıklığı Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi,Malatya 2003
20. Kaplan,H.I., Sadock,B.J.: *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciencesees Clinical Psychiatry*, 1994
21. Canat,S.: *Ergenlerde Depresyon. Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-II*, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 2(4): 469-472,1997
22. Köknel,Ö.,Özügürlü,K., Bahadır,G.A.: *Davranış Ruh Bilimleri*, İstanbul, 1989
23. Kaplan,H.I., Sadock,B.J.: *Klinik Psikiyatri (Türkçe Baskı)* Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A, Güneş Kitabevi Ltd.Şti.2005
24. Hales,R.E., Yudofsyky,S.C.: *Essentials of Clinical Psycihiatri* .2004
25. Ziyalar,A.: *Sosyal Psikiyatri* , 2. Baskı, Çevik Matbaacılık 1999
26. Save,D., Ay,P.: *Adolescent Depression : Progress and Future Challenges in Prevention-Control Achivities*, Marmara Medical journal 2004 , 17 (1;47-52)
27. Işık,E.:*Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Şubat 2003
28. Hess,S.G., Ceox,T.S., Gonzales,L.C .: *A Survey of Adulescent, Knowlecge About Depression*, Archives of Psychiatrice Nursing December 2004, 18 : 6, 228-234
29. Eskin,M.: *Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışlarıyla İlişkileri*, Klinik Psikiyatri, 2000; 3 ; 228-234
30. Hale,W.W., Engels,R., Meeus,W.İ.M.: *Does Perceivet Parantal Rejection Make Adolescents Sad and Mad? The Association of Perceivet Parantal Rejection with adoloscent depression and aggression, journal of adelescent health*.Journey, 2005 36;6,466-474
31. Toros,F., Bilgin,N.G., Buğdaycı,R. et al.: *Prevalence of Depression as Measuret by the C.B.D.I in a Piredominantly Adolescent School Popilation in Turkey* . European Psychiatry – August 2004, 19:5,264-271
32. Karakaya,I., Ağaoğlu,B., Coşkun,A.ve ark.: *Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB , Depresyon ve Anksiyete Belirtileri* . Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(4) ; 257-263
33. Ebert,M.H.,Loosen,P.T., Nurcombe,B.: *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi* . Çev. Ed. Birsöz S. Karaman T .Güneş Kitabevi.2003

34. Yüksel,N.: *Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi* .Çizgi Tıp Yayınevi 2000;1(1), Ankara
35. Doğan,O.:*Depresyon Epidemiyolojisi, Duygudurum Bozuklukları Dizisi.* 2000;1(1); 29-30
36. Salomon,A .: *Depresyon Atlası* . 1. Baskı , Remzi Kitabevi İstanbul , 2005
37. Göğüş,A.: *Depresyonun Klinik Belirtileri Duygudurum Bozuklukları Dizisi* .2000; 1(1); 39-43
38. Köknel,Ö .: *Depresyon Ruhsal Çöküntü*, 3. Basım , Altın Kitaplar Basımevi, 1992
39. Özmen,E., Ögel,K., Sağduyu,A .ve ark.:*Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk.* Türk Psikiyatri Dergisi , 2002 ; 13 (1) 23-32
40. Karamustafalıoğlu,O.,Karamustafalıoğlu,N.:*Distimik Bozukluk Psikiyatri Dünyası* 2001; 5; 30-35
41. Köroğlu,E .: *Psikiyatri El Kitabı* , Ankara, 2005
42. Kirli,S.: *Depresyonun Biyolojik Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi* , Bursa , 2000
43. Görker,I., Korkmazlar,Ü., Durukan,M., Aydoğdu,A .: *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı* , Klinik Psikiyatri 2004; 7; 103-110
44. Kulaksızoğlu,A .: *Ergenlik Psikolojisi* , Remzi Kitapevi , 5. Basım. 2002
45. Tamar,M., Özbaran,B.: *Çocuk ve Ergenlerde Depresyon* , Klinik Psikiyatri Dergisi , 2004 ; 7(Ek 2) ; 84-92
46. www.die.gov.tr/nufus_sayimi/2000Nufus_kesin.htm(29.06.2006)
47. Kılıç,C (1996) .: *Genel Sağlık Anketi ; Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması* . Türk Psikiyatri Dergisi ; 7 : 3-10,1996
48. Boratav,C .: *Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta) ; Epidemiyolojik Çalışmalar ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyonu Tanımaya Duyarlı Bir Ölçek* . Türk Psikiyatri Dergisi ; 14(3) ; 172-183,2003
49. Cimilli,C.: *Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler.*Duygudurum Bozuklukları Dizisi ; 1 (1) : 29-38,2000
50. Ertem,Ü., Yazıcı,S.: *Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon* , Aile ve Toplum Dergisi; 15 (4) : 257-263,2004

51. Ceylan,A., Özen,Ş., Palancı,Y ve ark.*Lise Son Sınıflarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin Çalışması* .Anadolu Psikiyatri Dergisi; 4(3) : 144-150,2003
52. Hesketh,T., Ding,O: *Anxiety and depression in adolescents in urban and rural China*. Psychol Rep,2005 Apr;96(2):435-44
53. Rastad,C.,Ulfberg,J.,Sjoden,P.:*High prevalence of self-reported depressive mood during the winter season among Swedish senior high school students*.Am Acad Child Adolesc Psychiatry;Feb;45(2):231-8
54. Saluja,G., Iachan,R., Scheidt,P.C.: *Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents*. Arc Pediatrics Adolesc Med.2004 Aug;158(8):760-5
55. Poli,P., Sbrana,B., Marcheschi,M., Masi,G.: *Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents*. Child Psychiatry Hum Dev.2003 Spring ;33(3):209-26
56. Özdel,L.: *Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon sıklığı ve sosyo-demografik özelliklerle depresif belirtilerin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi. Denizli,2001.
57. Erol,N., Kılıç,C., Uluso,M. ve ark.: *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998
58. <http://arsiv.sabah.com.tr/2006/02/24/eko94.html>

EKLER

EK 1

MALATYA İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE RUHSAL SAĞLIK DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D tarafından yürütülen bu araştırmada, aşağıdaki sorular siz ve ailenizle ilgili genel bilgileri almak üzere yöneltilmiştir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyup size en uygun cevabı işaretleyiniz. Açıklama istenen sorularda kısaca açıklama yapmanız istenmektedir. Araştırma anketine isim yazmayınız. Kendinizle ilgili doğru cevaplar araştırmanın güvenilirliğini arttıracaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız.....

2-Okulunuz.....

3- Sınıfınız.....

4- Cinsiyetiniz:

- 1) Erkek
- 2) Kız

5- Annenizin öğrenim düzeyi:

- 1) Okur- yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Yüksek Okul/ Fakülte mezunu
- 7) Lisansüstü eğitim

6- Babanızın eğitim durumu:

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Yüksek Okul/Fakülte mezunu
- 7) Lisansüstü eğitim

7- Annenizin mesleği:

- 1) Ev hanımı
- 2) İşçi
- 3) Memur
- 4) Emekli
- 5) Serbest meslek (açıklayınız):.....
- 6) Diğer (açıklayınız):.....

8- Babanızın mesleği

- 1) İşsiz
- 2) İşçi
- 3) Memur
- 4) Emekli
- 5) Serbest meslek (açıklayınız):.....
- 6) Diğer (açıklayınız):.....

9- Ailenizin toplam aylık geliri:.....

10- Sizin toplam aylık geliriniz (harçlığınız):.....

11- Oturduğunuz evin durumu:

- 1) Bize ait
- 2) Kira
- 3) Diğer.....

12- Otomobiliniz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

13- Sosyal güvenceniz nedir?

- 1) SSK
- 2) Bağ-kur
- 3) Emekli Sandığı
- 4) Yeşil Kart
- 5) Özel sigorta
- 6) Yok

14- Ailenizin yapısı nasıldır?

- 1) Anne, baba, çocuk(lar)
- 2) Anne ya da babanın biriyle
- 3) Anne, baba, çocuk(lar) ve başka akraba(lar) –dede, nine gibi-
- 4) Diğer(açıklayınız):.....

15- Anne ya da babanın biriyle yaşıyorsanız nedeni?

- 1) Boşanmışlar ya da ayrı yaşıyorlar
- 2) Birisi ölmüş
- 3) Diğer(açıklayınız):.....

16- Şu anda nerede kalıyorsunuz?

- 1) Evde, yalnız
- 2) Evde, başka arkadaşlarla
- 3) Evde, ailemin yanında
- 4) Akraba, tanıdık yanında
- 5) Diğer(açıklayınız):.....

17- Kaldığımız yerde siz dahil kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

18- Kaç kardeşiniz?.....

19- Buradan önce sürekli yaşadığımız yer?

- 1) İl merkezi
- 2) İlçe
- 3) Köy

20- Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

21- Ruhsal hastalık dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

22- Şimdiye kadar hiçbir ruh sağlığı uzmanına göründünüz mü?

- 1) Evet
- 2) Hayır

23- Görüldüyseniz nedeni (yakınmanız) neydi?.....

24- Size göre ders başarınız ne düzeydedir?

- 1) Çok başarılıyım
- 2) Oldukça başarılıyım
- 3) Orta derecede başarılıyım
- 4) Çok kötü değil
- 5) Çok başarısızım

25- Derslere devam durumunuz nasıldır?

- 1) Dersleri hiç kaçırmam
- 2) Nadiren ders kıldığım olur
- 3) Bazı derslere girmem
- 4) Sık sık derslere girmem
- 5) Nadiren derse girdiğim olur

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınız nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayın.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

SON ZAMANLARDA

- | | | | | |
|---|----------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz? | a)Hayır, hiç çekmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden sık | d)Çok sık |
| 2- Kendinizi sürekli zor altında Hissediyor musunuz? | a)Hayır, hissetmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden sık | d)Çok sık |
| 3- Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz? | a)Her zamankinden İyi | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden az | d)Her zamankinden az |
| 4- İşe yaradığımızı düşünüyor musunuz? | a)Her zamankinden çok | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden az | d)Her zamankinden çok daha az |
| 5- Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz | a)Her zamankinden çok | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden sık | d)Her zamankinden çok daha az |
| 6- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz? | a)Hayır, hiç çekmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden sık | d)Çok sık |
| 7- Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz? | a)Hayır, hiç hissetmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden sık | d)Çok sık hissediyorum |
| 8- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz? | a)Her zamankinden çok | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden az | d)Her zamankinden çok daha az |
| 9- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz? | a)Her zamankinden çok | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden az | d)Her zamankinden çok daha az |
| 10- Kendinizi durgun ve keyifsiz hissediyor musunuz? | a)Hayır, hiç hissetmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden çok | d)Çok sık |
| 11- Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz? | a)Hayır, hiç kaybetmiyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden fazla | d)Çok fazla |
| 12- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz? | a)Hayır,hiç görmüyorum | b)Her zamanki kadar | c)Her zamankinden | d)Çok sık |

BORDEPTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve o seçeneğe (x) işareti koyunuz.

1- Son zamanlarda kendinizi daha üzgün hissediyor musunuz?

Evet() Hayır ()

2- Son zamanlarda daha önce yapmaktan zevk aldığınız şeyleri yaparken yine zevk alabiliyor musunuz?

Evet() Hayır ()

3- Son zamanlarda kendinizi eskisi kadar kararlı hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

4- Son zamanlarda içinizde hiçbir şeye karşı bir istek uyanmadığını hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

5-Son zamanlarda sabahları kalktığınızda kendinizi her zamankinden daha yorgun ve halsiz hissediyor musunuz

Evet () Hayır ()

6- Kendinizi her zamanki kadar enerjik ve zinde hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

7- Son zamanlarda aklınıza intihar düşünceleri geldiği oluyor mu?

Evet () Hayır ()

8- Son zamanlarda dünya yıkılmış yada altında kalmışsınız gibi hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

9- Son zamanlarda hiç nedensiz sık sık gözlerinizin yaşardığı, ağladığınız oluyor mu?

Evet () Hayır ()

10- Son zamanlarda hayat eskisi kadar beni çekmiyor diye düşündüğünüz oluyor mu?

Evet () Hayır ()

11- Kendinizi işinize her zamanki kadar verebiliyor musunuz?

Evet () Hayır ()

12-Son zamanlarda eskisi kadar rahatlıkla uyuyabildiğinizi ve uykunuzu alabildiğinizi hissedebiliyor musunuz?

Evet() Hayır ()

13-Yeni şeylere karşı merakınızın ve ilginizin eskisi kadar açık olduğunu hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

14-Son zamanlarda eskisine göre insanlarla konuşmak, yeni kişilerle tanışmak size daha sıkıcı ya da lüzumsuz geliyor mu?

Evet () Hayır ()

15-Son zamanlarda kendinizi daha yaşlı hissediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

16-Zaman zaman bir araba çarpsa, bir şey olsa da ölsem biçiminde bir düşüncenin aklınıza takıldığı oluyor mu

Evet () Hayır ()

10-ÖZGEÇMİŞ

30 Haziran 1980 'de Malatya'da doğdum. İlköğretimin ilk üç yılını Bolu'da, liseye kadar olan kısmını ise Malatya'da tamamladım. Lise eğitimimin ilk yılını Şırnak ili Silopi ilçesinde okudum, son yıllarını ise Malatya'da tamamladım. 1998 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandım. 2002 yılında lisans eğitimimi tamamlayarak mezun oldum. 2004 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında yüksek lisansa başladım. Aynı yıl özel bir hastanede çalışmaya başladım. Halen çalışmaya devam etmekteyim.