



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL İLİ SİLİVRİ İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ**

DR. GÜLVER GÜLEN

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ

**DANIŞMAN
PROF. DR. ETHEM ERGİNÖZ**

İSTANBUL - 2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İSTANBUL İLİ SİLİVRİ İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

DR. GÜLVER GÜLEN

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. ETHEM ERGİNÖZ

İSTANBUL - 2019

TEZ ONAYI

18.07.2019

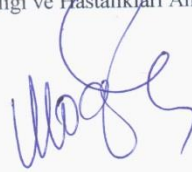
TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİ RAPORU

Anabilim Dalımızda uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmakta olan Dr.Gülver GÜLEN'in Anabilim Dalımız Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Ethem ERGİNÖZ'ün danışmanlığında hazırlamış olduğu "İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri" başlıklı uzmanlık tezi kabule değer bulunmuştur.

Prof. Dr. Ethem ERGİNÖZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı



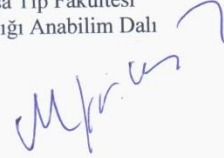
Prof. Dr. Neşe KOCABAŞOĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



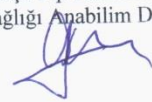
Prof. Dr. Halim İŞSEVER
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Prof. Dr. M. Sarper ERDOĞAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Doç.Dr.Günay CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, bizleri iyi bir halk sağlıkçı olmanın prensipleri ile yetiştiren, yardımını ve hoşgörüsünü hiçbir konuda esirgemeyen, değerli danışman hocam, Sayın Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ethem Erginöz'e;

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgilerinden yararlandığım, güler yüzlülüğünü örnek aldığım, tez çalışmam boyunca gerekli izinleri alma konusunda sonsuz katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Suphi Vehid'e,

Uzmanlık eğitimimde emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Sarper Erdoğan'a, Doç. Dr. Günay Can'a, Yrd. Doç. Dr. Selçuk Köksal'a ve Doç. Dr. Eray Yurtseven'e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm çalışma arkadaşlarıma, özellikle tez çalışmamdaki desteklerinden dolayı Dr. Uğurcan Sayılı'ya,

Bugünlere gelmeme vesile olan, bana eğitim aşkını aşıl原因an rahmetli dedem Kazım Gülen'e, babaannem Gülver Gülen'e, dedem Mehmet Görgün'e ve anneannem Feride Görgün'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sonsuz sevgi ve fedakarlıkla beni büyüten, her şeyden çok sevdiğim sevgili annem Ayşe Gülen'e ve babam Güntekin Gülen'e,

Verdiğim tüm kararlarda yanımda olan sevgili ablam Gökçen Çopur'a ve bana hayatımın en güzel duygularını yaşatan dünyalar tatlısı yeğenim Gökay Çopur'a,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	IX
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ERGENLİK DÖNEMİ.....	3
2.1.1. Ergenliğin Tanımı	3
2.1.2. Ergenlik Dönemi Evreleri	3
2.1.2.1. Erken Ergenlik	3
2.1.2.2. Orta Ergenlik	4
2.1.2.3. Geç Ergenlik.....	4
2.1.3. Ergenlerde Fiziksel ve Cinsel Gelişim (14).....	4
2.1.3.1. Fiziksel Gelişim	4
2.1.3.2. Cinsel Gelişim	4
2.1.4. Ergenlerde Bilişsel ve Psikososyal Gelişim (14)	5
2.1.5. Ergenlik Döneminin Demografik Özellikleri	6
2.2. RUH SAĞLIĞI	7
2.2.1. Ruh Sağlığı Tanımı ve Tarihçesi	7
2.2.2. Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi	8
2.2.3. Ruh Sağlığı Sorunlarını Etkileyen Faktörler (34).	10
2.2.4. Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Açısından Ruh Sağlığı	11
2.2.5. Ruhsal Hastalıkların Önlenmesi.....	12
2.2.5.1. Birincil Önleme (Primer Önleme).....	12
2.2.5.2. İkincil Önleme (Sekonder önleme)	12
2.2.5.3. Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme).....	12
2.2.6. Ruhsal Hastalıkları Önlemede Birinci Basamağın Rolü.....	13

2.2.7. Ergenlerde Ruh Sağlığı Sorunları ve Önemi.....	13
2.3. DEPRESYON	14
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	14
2.3.2. Depresyonun Tarihçesi	15
2.3.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	16
2.3.4. Depresyonun Etiyolojisi.....	18
2.3.4.1. Biyolojik Faktörler	18
2.3.4.1.1. Biyojenik Aminler.....	18
2.3.4.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler	19
2.3.4.1.3. Beyinde Yapısal Bozukluklar	19
2.3.4.1.4. Uyku Bozuklukları	20
2.3.4.1.5. Biyolojik Beden Saati (Sirkadiyen Ritim)	20
2.3.4.2. Genetik Faktörler	20
2.3.4.3. Psikolojik Faktörler.....	20
2.3.4.3.1. Bilişsel Kuram.....	20
2.3.4.3.2. Psikoanalitik Kuram.....	21
2.3.4.3.3. Benlik (Ego Psikolojisi).....	21
2.3.4.3.4. Davranışçı Kuram	21
2.3.4.3.5. Premorbid Kişilik.....	21
2.3.4.3.6. Yaşam Olayları	21
2.3.5. Depresyon Risk Faktörleri	22
2.3.5.1. Cinsiyet	22
2.3.5.2. Yaş.....	22
2.3.5.3. Irk ve Etnik Gruplar	23
2.3.5.4. Medeni Durum	23
2.3.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler	23
2.3.5.6. Sosyo-Ekonomik Düzey.....	23
2.3.5.7. Puerperal Etkenler	23
2.3.5.8. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları	24
2.3.5.9. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri	24
2.3.5.10. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri.....	24
2.3.5.11. Diğer Risk Etmenleri.....	24
2.3.6. Depresyonun Güncel Sınıflandırması (91)	25

2.3.7. Depresyon Tanı Ölçütleri (91)	25
2.3.8. Depresyon Değerlendirme Ölçekleri	27
2.3.9. Depresyonun Belirti ve Bulguları (5, 53, 69, 104).....	29
2.3.10. Depresyonun Ayırıcı Tanısı	31
2.3.10.1. Tıbbi Hastalıklar (5, 69, 105).....	31
2.3.10.2. Yas.....	33
2.3.10.3. Demans.....	33
2.3.10.4. Şizofreni	33
2.3.10.5. Bipolar Bozukluk	33
2.3.10.6. Diğer Ruhsal Durumlar	34
2.3.11. Depresyonun Tedavisi.....	34
2.3.11.1. Farmakoterapi	34
2.3.11.2. Psikoterapötik Yaklaşım	37
2.3.11.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT).....	38
2.3.11.4. Yeni Tedavi Yaklaşımları	38
2.3.12. Ergenlerde Depresyon.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	43
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	43
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	43
3.4. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ VE SEÇİMİ.....	43
3.5. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	45
3.6. HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ	45
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI.....	46
3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-1)	46
3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (EK-1)	47
3.8. ARAŞTIRMANIN İNSAN GÜCÜ	48
3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	48
3.10. ETİK KURUL İZİNİ.....	48
3.11. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZİ	48
3.12. ARAŞTIRMA TAKVİMİ.....	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA	69

6. SONUÇ.....	90
7. ÖNERİLER.....	91
8.KAYNAKLAR.....	94
9.EKLER.....	114
EK 1:ARAŞTIRMA ANKETİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	114
EK 2: ETİK KURUL İZİNİ	120
EK 3: ARAŞTIRMA İZİNLERİ.....	122
10. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	124



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye’de Yaş Gruplarının 2018, 2023, 2040, 2060 ve 2080 Yılları Nüfus Projeksiyonları (21)	6
Tablo 2: Ruhsal Bozukluklar ile İlişkili Olduğu Düşünülen Ana Faktörler	10
Tablo 3: Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri (92).....	27
Tablo 4: Depresyon-Psödodepresyon Ayırıcı Tanısı (88)	32
Tablo 5: Türkiye’de Ergenlerde Depresyon Prevalansı Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar	41
Tablo 6: İstanbul İli Silivri İlçesindeki Liselere Göre Öğrenci Sayıları.....	44
Tablo 7: Örnekleme Seçilen Öğrencilerin Liselere Göre Sayıları	45
Tablo 8: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Yaş Özellikleri.....	51
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul türü, Sınıf ve Okul Başarı Durumu...51	
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....	52
Tablo 11: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi ve Meslek Dağılımı	53
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Aile Tipi, Ailelerinin Aylık Ortalama Gelirleri ve Yaşadıkları Yer Durumu	54
Tablo 13: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Yaşam Alışkanlıkları.....	54
Tablo 14: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Gruplarının Dağılımı	55
Tablo 15: Araştırmaya Katılan Öğrencilerde Kronik Hastalık Varlığı.....	55
Tablo 16: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Düzenli İlaç Kullanım Durumu ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	56
Tablo 17: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarının Dağılımı	57
Tablo 18: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarına Ait Sayısal Değerler	59
Tablo 19: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne-Baba Eğitim Düzeyi ile BDÖ Puanı İlişkisi.....	59
Tablo 20: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne-Baba Mesleği ile BDÖ Puanı İlişkisi	60
Tablo 21: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri ile BDÖ Puanı İlişkisi.....	61
Tablo 22: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Aile Özellikleri ve Yaşadıkları Yer ile BDÖ Puanı İlişkisi	63

Tablo 23: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Yaşam Alışkanlıkları ile BDÖ Puanı İlişkisi.....	64
Tablo 24: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastalık ve İlaç Kullanma Öyküleri ile BDÖ Puanı İlişkisi.....	65
Tablo 25: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerinin BDÖ Puanına Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu.....	66



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Plan ve Zaman Akışı	50
Şekil 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Geçmişte Depresyon Tanısı Alma Durumları	57
Şekil 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerde BDÖ'ye Göre Depresyon Varlığı	58
Şekil 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarının Dağılımı	58



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri (United State of America)
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BORDEPTA	: Boratav Depresyon Tarama Ölçeği
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi)
CDDÖ	: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği
CES-DÖ	: CES Depresyon Ölçeği
CIDI	: Composite International Diagnostic Interview (Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi)
ÇSDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
DALY	: Disability Adjusted Life Years (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları)
DASS-42	: Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECA	: Epidemiologic Catchment Area (Epidemiyolojik Alan Çalışması)
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektro-Konvulsif Terapi
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
GA	: Güven Aralığı
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HVA	: Homovalinik Asit
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması)

ICPE	: International Consortium of Psychiatric Epidemiology (Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumu)
LH	: Luteinizan Hormon
MADDÖ	: Montogomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MHPG	: 3-Metoksi 4-Hidroksi Fenilglükol
MMPI-D	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon Alt Testi
NaSSA	: Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar
NCS	: National Comorbidity Survey (Ulusal Eş Tanı Çalışması)
NDGI	: Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri
NRI	: Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri
NSF	: National Sleep Foundation(Ulusal Uyku Vakfı)
PHQ	: Hasta Sağlık Anketi
SAGI	: Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
T4	: Tiroksin
TRH	: Tirotropin Releasing Hormon
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WONCA	: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği)
YLD	: Years Lost With Disability (Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları)
ZDÖ	: Zung Depresyon Ölçeği
5-HİAA	: 5 -Hidroksi İndol Asetik Asit

ÖZET

Gülen G. (2019). İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul

Amaç: İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin tespit edilmesi ve bu durumun halk sağlığı açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırma olup İstanbul İli Silivri İlçesinde liseye giden 680 öğrenci üzerinde yapıldı. Çalışma verileri öğrencilerden Kasım 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında gözlem altında anket yöntemiyle toplandı. Sözlü onamları alınan öğrencilere “Beck Depresyon Ölçeği” (BDÖ) ve 34 soruluk “Sosyodemografik Veri Formu” uygulandı.

Bulgular: Araştırma grubunda olası depresyon oranı ($BDÖ \geq 17$) %33,2 iken, BDÖ puan ortalaması $13,29 \pm 10,92$ idi. Kadınlar erkeklere göre olası depresyon riski açısından 3,033 kat riskliydi ($p < 0,001$). Anadolu ve Fen lisesindeki öğrencilerde ($p = 0,001$), onuncu sınıf öğrencilerinde ($p = 0,004$), anne-babası birlikte yaşayanlarda ($p = 0,036$), çekirdek aileye sahip olanlarda ($p = 0,006$) olası depresyon daha az görülmekteydi. Haftada 0-1 gün fiziksel aktivite yapanlarda ($p = 0,003$), düzenli hobisi olmayanlarda ($p = 0,010$), uyku düzensizliği olanlarda ($p < 0,001$), önerilmeyen uyku süresini uyuyanlarda ($p < 0,001$), öğün atlayanlarda ($p < 0,001$), okul günleri evde kahvaltı yapmayanlarda ($p < 0,001$), kronik hastalığı olanlarda ($p = 0,006$), düzenli ilaç kullananlarda ($p = 0,050$), depresyon öyküsü olanlarda ($p < 0,001$), ailesinde kronik hastalık ($p < 0,001$) ve ruhsal hastalık olanlarda ($p = 0,024$) olası depresyon daha fazla görülmekteydi.

Sonuç: Çalışma sonucunda, İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde olası depresyon oranının ($BDÖ \geq 17$) %33,2 olduğu görülmektedir. Olası depresyonu öngörmede, cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, öğün atlama ve ailede kronik hastalık varlığı önemli faktörlerdir. Lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi, ergen sağlığının geliştirilmesi ve

koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır. Her ğrencinin yaşadığı ortamda ve okulunda, stres ve baskı unsurları arındırılmalıdır. Okullarda psikiyatrik bozukluklar zaman zaman taranmalı, gerekli durumlarda uzman kişilere yönlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ergen, depresyon, Beck Depresyon leği.



ABSTRACT

Gulen G. (2019). Depression Prevalance and Related Risk Factors Among High School Students in Silivri District of Istanbul, Department of Public Health, Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Istanbul University-Cerrahpasa. Medical Specialty Thesis. Istanbul.

Objective: The aim of this study is to determine the prevalence and related risk factors of depression for high school students in Silivri, Istanbul and to emphasize the importance of this matter in terms of public health.

Materials and Methods: This cross-sectional study conducted on 680 high school students in Silivri district of Istanbul. The study data was collected from students by performing a questionnaire method under observation between November 2017 and January 2018. “Beck Depression Inventory” (BDI) and “Sociodemographic Data Form” consist of 34-questions were applied to the students from whom verbal consents were taken.

Results: While the probable depression ratio of the research group was 33,2%, the mean of BDI score was $13,29 \pm 10,92$. Women were 3,033 times more likely to be at risk of depression than men ($p < 0,001$). In the Anatolian and Science High School students ($p = 0,001$), in the tenth grade students ($p = 0,004$), in those whose parents living together ($p = 0,036$), in those with the nuclear family ($p = 0,006$) possible depression was less common. In those who had physical activity 0-1 days a week ($p = 0,003$), those without regular hobby ($p = 0,010$), those with sleep disorder ($p < 0,001$), those who did not sleep as long as recommended hours ($p < 0,001$), those who skip meal ($p < 0,001$), those who did not have breakfast at home in school days ($p < 0,001$), those with chronic disease ($p = 0,006$), those with regular medication ($p = 0,050$), those with history of depression ($p < 0,001$), those with chronic disease ($p < 0,001$), and mental illness in family history ($p = 0,024$), possible depression was more common.

Conclusion: As a result of this study, it is observed that the rate of possible depression is 33,2% in high school students of Silivri district in İstanbul. Gender, class, family type, number of the days of physical activity, sleep duration, skipping meals, presence

of chronic disease in the family were important factors to predict possible depression. Assessment of depression prevalence and associated risk factors in high school students is important for improving adolescent health and protective mental health. Stress and pressure should be eliminated in every student's environment and school. Psychiatric disorders should be screened in schools from time to time and students should be directed to specialists when necessary.

Keywords: Adolescent, depression, Beck Depression Inventory



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bütün dünyada sosyokültürel alanda, teknoloji ve demografi alanında yaşanan birçok değişiklik sağlık olgusuna yeni bir anlam ve görünüm kazandırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” (1).

Ruh sağlığı, bireyin hem kendisiyle hem de çevresindeki kişilerle barış ve huzur içinde yaşayabilmesi için en az fiziksel sağlık kadar önemlidir. Nörobilim ve davranışsal tıp alanındaki ilerlemeler, birçok fiziksel hastalık gibi ruhsal ve davranışsal bozuklukların biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki karmaşık etkileşimin sonucu olduğunu göstermiştir (2).

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, yüksek oranda yeti yitimi ve iş gücü kaybına sebep olmaları, kronikleşme eğilimi göstermeleri nedeniyle öncelikle araştırılması gereken ciddi bir halk sağlığı sorunudur (3).

Dünyada her dört kişiden biri hayatı boyunca en az bir defa ruhsal ve davranışsal bozukluk yaşamaktadır (2). Depresyon ise sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olup, DSÖ'nün 2012 yılında yayınladığı rapora göre Avrupa'da ruhsal bozukluklara bağlı ortaya çıkan hastalıkların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (4).

Depresyon; insanda duygudurum, düşünce, davranış ve fizyolojik işlevler başta olmak üzere vücudun bütününe etkileyen, genel olarak çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, enerji azlığı, uyku ve iştah değişiklikleri, cinsel istek kaybı, bilişsel bozukluklar, konsantrasyon problemleri, suçluluk, değersizlik, karamsarlık ve kimi zaman da özkıyım düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (5).

DSÖ'nün 2017 yılında yayınladığı rapora göre dünya nüfusunun %4,4'ünde depresyon görülürken, bu oran kadınlarda (%5,1) erkeklere göre (%3,6) anlamlı düzeyde daha yüksektir (6). Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı ise Kessler (1994)'e göre %17, Angst (1992)'a göre %4,4 ile %19,6 arasındadır (7, 8).

Depresyon aynı zamanda engellilik, mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir. Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları Kayıpları (DALY: Disability Adjusted Life Years) 'nın %4,3'ünü oluşturarak dünya çapındaki üçüncü sıradaki yeti

yitimi sebebidir. 2030 yılında ise %6,2'lik DALY ile ilk sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir (4).

Yaşam boyu görülebilen depresyonun öncelikle ele alınması gereken bir dönemde çocukluktan yetişkinliğe geçiş evresi olarak bilinen ergenlik dönemidir. Dünya nüfusunun yaklaşık altıda biri, diğer dönemlere kıyasla daha fazla sorunun yaşanabileceği, fiziksel, bilişsel ve duygusal değişimlerin yoğun olduğu bu yaşam evresindedir (9).

Depresyonun ergenlik döneminde görülme sıklığı %5 ile %20 arasında değişmektedir (10-12). Genel olarak sıklığı kızlarda erkeklere göre 2-3 kat yüksektir. Ayrıca bu dönemde başlayan depresyon erişkinlikteki depresyon riskini %30-63 oranında arttırmaktadır (13).

Ergenlerde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması, ergenlere yönelik verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve sunulması bakımından çok önemlidir. Depresyonun ergenler üzerindeki mevcut yükü ve etkisi göz önüne alınarak tasarlanan bu çalışma ile, İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin tespit edilmesi ve bu durumun halk sağlığı açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERGENLİK DÖNEMİ

2.1.1. Ergenliğin Tanımı

Ergenlik dönemi, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir dönemde sona eren çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir (14).

İngilizcede “adolescence” kelimesinin karşılığı olan “ergenlik”, Latince “adolescere” fiilinden türemiştir (15).

DSÖ, ergenleri 10 ile 19 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlarken, 15-24 yaş arasındaki bireyleri “genç”, 10 ile 24 yaş arasındaki bireyleri ise hem ergenlik hem de gençlik dönemine ait yaşların kesişmesi sebebiyle “genç insanlar” olarak tanımlar. Bu terimler bazen birbirinin yerine kullanılabilir ve farklı ülkelerde farklı şekilde tanımlanabilir (16).

2.1.2. Ergenlik Dönemi Evreleri

Yaş aralıkları çeşitlik kaynaklarda farklılık göstermekle beraber, ergenlik dönemini; erken, orta ve geç ergenlik dönemi şeklinde üç evreye ayırarak inceleyebiliriz.

2.1.2.1. Erken Ergenlik

Erken ergenlik, çok hızlı gelişen fiziksel ve davranışsal değişikliklerin görüldüğü 10-14 yaş arasını kapsayan bir dönemdir. Sekonder seks karakterleri gelişmeye başlamıştır. Kızlarda erkeklerden daha önce fiziksel ve cinsel gelişme görülmektedir. Erken büyüme erkeklerin ruh sağlığı açısından olumlu bir etki yaratırken, kızlarda tam tersi bir durum söz konusu olabilir. Ergenliğe erken giren kızların yaşıtlarına göre özgüveni daha düşük, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları oranı ise daha yüksek olabilir. Bu dönemde ergenlerin pubertal değişim ve beden imajları hakkında ciddi kaygıları vardır (17). Ebeveyn kontrolüne karşı belirgin bir çatışma olmamasına rağmen yavaş yavaş aileden soyutlanma başlar. Arkadaşlara

daha fazla zaman ayırmaya başlanır. Somut düşünce hakimdir. Aldıkları kararların uzun dönemdeki sonuçlarını hesaplayamazlar (17, 18).

2.1.2.2. Orta Ergenlik

Orta ergenlik dönemi 15-17 yaş arasını kapsayan bir dönemdir. Kişiliğin oluşması ve bağımsızlık orta ergenlik döneminin temel özelliğidir. Biyolojik bedensel gelişim yavaşlamış, sekonder seks karakterleri ise iyi gelişmiştir. Olumlu ya da olumsuz risk alma davranışlarında artış, ebeveyn kontrolüne karşı belirgin çatışma, başkaldırı, çabuk öfkelenme görülür. Soyut düşünebilir ve içgörü geliştirebilir. Arkadaş ilişkileri kuvvetlenir ve karşı cinsle ilgi artar. Sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelerle tanışmalar bu dönemde olur (14, 17).

2.1.2.3. Geç Ergenlik

Geç ergenlik genellikle 18-21 yaş arasını kapsayan bir dönem olmasına rağmen bazen çeşitli faktörlerle üst sınırı değişiklik gösterebilir. Fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve soyut düşünme süreçleri tamamlanmıştır. Geleceğe yönelik kararlar alıp, bu kararları uygulama yeteneği kazanılmıştır (14, 17).

2.1.3. Ergenlerde Fiziksel ve Cinsel Gelişim (14)

2.1.3.1. Fiziksel Gelişim

Ergenlik dönemi süresince genç bireyin vücudu erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ve üreme kapasitesine ulaşır. Büyüme ve gelişme ergenlik döneminde 11-16 yaşları arasında başlayıp, 2-3 yıl belirgin bir şekilde sürer. Bu hızlı büyüme dönemi genellikle kızlarda 12-13, erkeklerde ise 14-15 yaşları arasında görülmektedir. İskelet ve kas sistemleri farklı derecelerde ve farklı zamanlarda gelişmeye devam eder. Boy uzaması ilk olarak gövdede olurken, kalp ve diğer organlar da bu dönemde hızlı büyümeye ayak uydurur.

2.1.3.2. Cinsel Gelişim

Puberte ile birlikte medial bazal hipotalamik nöronların inhibisyonun ortadan kalkması sonucu, bu nöronlardan gonadotropin releasing hormon (GnRH) salgılanması başlatılır. GnRH ise hipofiz bezinden folikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) pulsatil olarak salgılanmasını sağlayarak gonadlarda büyüme ve

gelişmeyi başlatır. Memelerin büyümesini over kaynaklı östradiol, penisin büyümesini ise testis kaynaklı testosteron etkiler. Hem östradiol hem testosteron boy uzamasını hızlandırır. Kızlarda adrenal androjenlerin, erkeklerde testosteronun etkisi ile pubik kıllanma gerçekleşir. Over folikülünün büyümesini ve östrojenik hormonların salınımını FSH uyarırken, ovulasyonun sağlanmasını, korpus luteumun oluşumunu, teka hücrelerinden androjen üretimini, progesteron üretimini ve ovulasyon sonrası östradiol üretiminin düzenlenmesini LH sağlamaktadır. LH'nin erkeklerdeki görevi ise leydig hücrelerini uyararak testiküler maturasyonda ve testosteron üretiminde görev almaktır.

Tanner'in geliştirdiği skala göz önüne alındığında, cinsel olgunlaşma evreleri kızlarda meme, erkeklerde genital organ gelişimi ve her iki cinsiyette de pubik kıllanma esas alınarak 5 evreye ayrılabilir. Kızlarda öncelikle yağ dokusu artar ve kalça sınırları genişler. Tanner evrelendirmesinde 2. evreyi gösteren meme gelişimi (telarş) ve pubik kıllanma (adrenarş ya da pubarş) ortalama 11 yaşında (8-13 yaşları arasında) meydana gelir. Telarş ve adrenarşın tamamlanması yaklaşık dört yıl sürer. Menstruasyonun başlaması (menarş) adrenarş ve telarş göre genellikle daha geç olur. Kızlarda boy uzamasının zirve noktası, telarşın 3. evresinde ve menarştan önce olur.

Erkeklerde ortalama 11,5 yaşında testislerin büyümesi (>2,5 cm) ile Tanner evre 1'den evre 2'ye geçiş olur. Aynı zamanda bu dönemde skrotum derisi de inceler. Sonrasında penis tabanında pubik kıllanma, aksiller kıllanma ve penis büyümesi meydana gelir. Erkeklerde hızlı büyüme genellikle 10,5 ile 16 yaş arasında başlayıp, 13,5 ile 17,5 yaş arasında tamamlanır. Koltuk altı kıllanması, ses kalınlaşması ve akne oluşumu erkeklerde bu dönemde meydana gelen diğer fiziksel değişikliklerdir.

2.1.4. Ergenlerde Bilişsel ve Psikososyal Gelişme (14)

Ergenlerde bilişsel olgunlaşma ile birey kendisini geliştirmeye yönelik çeşitli zihinsel beceriler kazanırken, aynı zamanda somut düşüncenin yerini soyut düşünce almaya başlar. Piaget'e göre 12 yaşından itibaren bireylerde soyut düşünme kabiliyeti çok hızlı bir gelişme gösterir.

Ergenlikteki psikososyal gelişim ile fiziksel, bilişsel ve sosyal yeteneklerin geliştiği, duygusal ve ruhsal olgunlaşmanın kazanıldığı ergen kimliği oluşur. Bu dönem ayrıca cinsel kimliğin de oluştuğu dönemdir.

2.1.5. Ergenlik Döneminin Demografik Özellikleri

Dünya nüfusunun yaklaşık altıda biri, 10 ile 19 yaş arasındaki ergenler olup, % 85'i geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (19).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 82.003.882 kişidir. DSÖ'nün ergenlik için tanımladığı 10-19 yaş aralığındaki birey sayısı ise toplam nüfusun %15,6'sıdır (20).

Tablo 1: Türkiye'de Yaş Gruplarının 2018, 2023, 2040, 2060 ve 2080 Yılları Nüfus Projeksiyonları (21)

Yaş Grupları	2018		2023		2040		2060		2080	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-9	12.881.568	15,7	13.211.603	15,2	12.711.245	12,7	11.993.147	11	11.067.353	10,3
10-19	12.725.029	15,5	12.756.156	14,7	13.352.540	13,3	12.384.188	12	11.645.743	10,9
20-24	6.523.846	8	6.456.912	7,4	6.674.359	6,7	6.352.484	5,9	6.026.640	5,6
25+	49.736.778	60,8	54.482.697	62,7	67.593.088	67,3	76.366.180	71	78.361.166	73,2
Toplam	81.867.223	100	86.907.367	100	100.331.233	100	107.095.998	100	107.100.904	100

n:sayı, %: satır yüzdesi

Ülkemiz nüfus projeksiyonlarına göre çocuk ve gençlerden oluşan nüfus yüzdeleri giderek azalırken, orta yaş ve yaşlıların oluşturduğu nüfus yüzdesi giderek artmaktadır. Bu demografik dönüşüm, ülkemizin önümüzdeki dönemde genç nüfusla ilgili yapılacak değerlendirmelerde ve uygulamaya yönelik planlamalarda yarının yetişkinleri olacak genç ve ergen nüfusun yakından tanınmasını gerekli kılmaktadır (22).

2.2. RUH SAĞLIĞI

2.2.1. Ruh Sağlığı Tanımı ve Tarihçesi

Ruh sağlığı, bireyin kişisel yeteneklerini ortaya çıkarabileceği, hayatın stresi ile mücadele edebileceği, aktif bir şekilde çalışabileceği ve toplumuna katkıda bulunabileceği bir refah halidir (23).

Klinik olarak bir ruhsal bozukluğun tanımı kolaylıkla yapılabiliyor iken, normal ruh sağlığını tanımlayabilmek için herhangi bir ruhsal bozukluğun olmaması yeterli değildir. Klinik açıdan normal ruh sağlığı farklı şekillerde tanımlanabilir;

- a) Çevredeki kişilerle uyum içinde olabilme
- b) Şiddetli sıkıntı (anksiyete) ya da başka psikiyatrik semptomların olmaması
- c) Psikanalitik açıdan id, ego, süperegö arasında dengenin sağlanması

d) Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre insan hayatının doğumdan ölüme kadar 8'e ayrılan evresinin (temel güven, bağımsızlık, girişimcilik, beceriklilik, kimlik kazanımı, yakınlık, üretkenlik, benlik bütünlüğü) uygun bir şekilde tamamlanması

Ruh sağlığı bozulan bir kişide, normal ruh sağlığına sahip kişilerin tersine, tutarsız, uygunsuz duygu, düşünce ve davranışlar görülebilmektedir (5).

İlk çağlarda ruhsal hastalıklar doğaüstü güçlerle ilişkilendirilmiş olup, tedaviyi yapan kişiler din adamları ve büyücüler olmuştur. M.Ö 5. yüzyılda ilk olarak Hipokrat daha sonra ise Eflatun, Aristo, Cicero, Celsus, Soranus ve Galenos bu rahatsızlıklara farklı yaklaşmış, ruhsal hastalıkların doğal etmenlerle bağlantılı olarak meydana geldiğini öne sürmüşlerdir.

Eski Yunan ve Roma'da ruhsal bozukluğu olanlar hor görülmüş ve toplum içine çıkarılmamıştır. Ortaçağda ise yeniden büyüsel düşünce egemenlik kazanmaya başlamış ve kilisenin acımasızca uygulamaları nedeniyle ruh sağlığı bozuk olan binlerce insan şeytanla ilişkilendirilip diri diri yakılmışlardır. Rönesans döneminde, 13. ve 14. yüzyıldan sonra durum değişmiş ve kilisenin acımasızca hareketlerine karşı tepki

artmıştır. İlk olarak 17. yüzyılda ruhsal hastalıklarda kararı hekimler vermeye başlamış, 18. ve 19. yüzyıllarda ise artık yeni hastalıklar tanımlanmaya başlanmıştır (5).

2.2.2. Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi

Ruh sağlığı ve bozukluklarına dair ilk epidemiyolojik çalışmalar 20. yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastanede yatan hastalarda yapılmış, daha sonra ise İkinci Dünya Savaşı'nda ordudan çıkarılan ya da orduya alınmayan ruhsal bozukluğu olan askerler üzerinde devam etmiş olup bu çalışmalar "toplumsal araştırmaların" başlangıcıdır (5).

Bugün dünyada her dört kişiden birinin en az bir defa ruhsal ve davranışsal bozukluk yaşadığı kabul edilse de, çok az bir kısmının buna yönelik tedavi aldığı bilinmektedir (2). On sekiz yaş altı grupta ise ruhsal ve davranışsal bozukluk oranı 1/5'tir (2).

Farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada herhangi bir ruhsal hastalığın varlığı son 12 ayda %4,5-26 aralığında bildirilmiştir (24). Bütün dünyada birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerde ve genel toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığı %11-50 arasında değişmektedir (25-28).

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün ABD'de gerçekleştirdiği Epidemiyolojik Alan Çalışması'nın (ECA: Epidemiologic Catchment Area) sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığı %15 olarak bulunmuştur (29).

DSÖ tarafından gerçekleştirilen Hastalıkların Global Yükü Çalışması'nda (Global Burden of Disease Study) DALY kayıplarının %12'sinin nöropsikiyatrik bozukluklara bağlı olduğu ve 2020 yılına kadar bu oranın %15 olacağı öngörülmektedir. Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları'nın (YLD: Years Lost due to Disability) ise %31'ini nöropsikiyatrik durumlar oluştururken, YLD'ye neden olan ilk 20 sebepten 5 tanesi (unipolar depresyon, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve Alzheimer ve diğer demaslar) ruhsal bozukluklardır (30).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve DSÖ işbirliği ile gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarda ruhsal bozukluk yaygınlığı 4-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde %11,3'tür. Kadınlarda erkeklere göre ruhsal bozukluk 2 kat fazladır. Erişkinlerde somatoform bozukluklar, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları

en sık görülürken, çocuk ve ergenlerde ise anksiyete, depresyon ve davranış bozuklukları sık görülmektedir (31).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında planlama yapmak üzere Sağlık Bakanlığı'nın katkılarıyla gerçekleştirilmiş iki önemli çalışma vardır. Bunlarda biri 1995-1996 yılları arasında 18 yaş ve üstü 7.479 kişi ile ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılmış Türkiye Ruh Sağlığı Profil Araştırması'dır. Bu araştırmaya göre toplumun %17,2'sinde son 12 ayda herhangi bir ruhsal bozukluk varlığı saptanırken, en sık görülen ruhsal bozukluklar depresyon ve anksiyete bozuklukları olmuştur (32).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan bir diğer önemli çalışma ise Hıfzısıhha Mektebi'nin 2004 yılında gerçekleştirmiş olduğu Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'dır. Bu çalışmaya göre Türkiye'de hastalık yükünü oluşturan temel hastalıklar arasında ruhsal hastalıkların %19 ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Yeti yitimiyle geçen yaşam yılı açısından nöropsikiyatrik hastalıkların ilk sırada yer aldığı ve YLD'ye neden olan ilk 20 sebep arasında erkeklerde beş (unipolar depresyon, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, şiddet ve bipolar affektif bozukluk), kadınlarda ise dört psikiyatrik hastalığın (unipolar depresyon, şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve panik bozukluk) olduğu tespit edilmiştir (33).

Türkiye'de ruhsal bozukluklar ile ilgili yapılan araştırma bulguları dikkate alınarak şu genellemeler yapılabilir (31) :

- Toplumda tedaviyi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluk oranı %20 iken, kesin ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar %5-10 arasındadır.
- En sık görülen ruhsal bozukluklar; nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklardır.
- Depresif belirti sıklığı %20, klinik düzeyde depresyon %10'dur.
- Toplumun üçte birinde uyku bozukluğu bulunmaktadır.
- Organik kökenli ruhsal bozukluklar ve psikozlar da (sırasıyla binde 20 ve binde 3-5) toplum içinde oldukça sık görülmektedir.
- Öğrenciler ve işçi gibi risk gruplarında ruhsal bozukluk oranı oldukça fazladır.

2.2.3. Ruh Sağlığı Sorunlarını Etkileyen Faktörler (34).

Ruh sağlığı sorunlarını etkileyen faktörleri; hastalığın ortaya çıkma olasılığını arttıran risk faktörleri ve risk faktörlerine karşı direnci arttıran koruyucu faktörler olarak ikiye ayırabiliriz. Risk faktörlerinin kümülatif etkisi ya da koruyucu faktörlerin yokluğu, bireylerin ruhsal olarak sağlıklı bir durumdan öncelikle ruhsal bir bozukluğa, sonrasında ise tam anlamıyla bir ruhsal hastalığa sürüklenmesine sebep olmaktadır.

Tablo 2: Ruhsal Bozukluklar ile İlişkili Olduğu Düşünülen Ana Faktörler

Risk faktörleri	Koruyucu faktörler
Biyolojik Kronik insomnia Kronik ağrı Erken gebelik Genetik risk faktörleri Düşük doğum ağırlığı Medikal hastalık Nörokimyasal dengesizlik Perinatal komplikasyonlar	Psikolojik Stresle baş etme yeteneği Zorluklarla yüzleşme yeteneği Uyum yeteneği Bağımsızlık Erken bilişsel uyarım Egzersiz Güven duygusu Okuryazarlık Problem çözme yeteneği Kendine güven Sosyal ve çatışma yönetimi becerileri Olumlu davranış Sosyal ve duygusal gelişim Stres yönetimi
Psikolojik Akademik başarısızlık Dikkat eksikliği İletişim bozukluğu Duygusal immaturite ve diskontrol Madde kötüye kullanımı Yalnızlık Zayıf iş becerisi Okuma güçlüğü Sosyal yetersizlik	Sosyal İyi ebeveynlik Pozitif ebeveyn-çocuk etkileşimi Aile ve arkadaşlarının sosyal desteği Güvenli ve destekleyici iletişim
Sosyal Kronik hastaların bakımı Çocuk istismarı ve ihmali Yaşlı istismarı Şiddet ve travmaya maruz kalma Aile çatışması Düşük sosyoekonomik sınıf Ebeveyn ruhsal hastalığı Ebeveyn madde kötüye kullanımı Ebeveyn kaybı Stresli yaşam olayları Hamilelik sırasında madde kullanımı	

2.2.4. Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Açısından Ruh Sağlığı

Ruhsal bozuklukların toplum ekonomisine yükü fazla olup, ABD'ye 147 milyar dolarlık yıllık maliyeti bulunmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda doğrudan maliyet bu kadar yüksek olmasa da oluşturduğu yeti yitimi sebebiyle bireylerde iş gücü kaybına neden olmakta ve dolaylı maliyeti arttırmaktadır (35).

DSÖ Atlas Projesi ilk olarak 2001 yılında daha sonra 2005, 2011 ve 2014 yılında yürüttüğü çalışmalarla ülkelerdeki ruh sağlığı sistemlerinin mevcut durumunu değerlendirmeyi amaçlamıştır. 2014 yılının verilerine göre DSÖ'ye üye 194 devletin 171'i (%88) gönderilen anketi tamamlamış ve çalışmanın sonucunda dünyadaki ruh sağlığı kaynaklarına yönelik önemli bazı bilgiler elde edilmiştir. DSÖ üye devletlerinin %68'inin ruh sağlığı politikası, %51'inin ise bağımsız bir ruh sağlığı kanunu var. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ruh sağlığı üzerine kamu harcamalarının seviyeleri oldukça düşüktür. Bu fonların büyük bir kısmı, özellikle ruh sağlığı hastanelerinde yataklı tedaviye ayrılmıştır. Düşük gelirli ülkelerde 100.000 kişiye 1, yüksek gelirli ülkelerde ise 100.000 kişiye 50'nin üzerinde psikiyatrist düşmektedir. Üye devletlerin %41'inde en az iki tane ruhsal hastalıkları iyileştirme ve önleme programı vardır. Bu programların yarısından fazlası ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi veya damgalanma ile mücadele edilmesini amaçlamıştır (36).

Halk sağlığı açısından bakıldığında, ruhsal bozuklukların toplum üzerindeki ekonomik, sosyal ve psikolojik yükünü azaltmak amacıyla pek çok şey yapılabilir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir: (2)

- Toplum ruh sağlığını iyileştirme ve geliştirmeye yönelik politikalar oluşturmak.
- Ruh sağlığı geliştirme ve önleme hizmetleri dahil olmak üzere uygun maliyetli hizmetlere evrensel erişimi sağlamak.
- En ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların dahi insan haklarını korumak ve yeterli bakımını sağlamak.
- Çocuk, kadın, yaşlı gibi hassas gruplar dahil olmak üzere toplumun ruh sağlığını değerlendirmek ve izlemek.
- Sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek, ruhsal ve davranışsal bozukluklar için risk faktörlerini azaltmak.

- Düzenli aile yaşamı, sosyal uyum ve kişisel gelişimi desteklemek.
- Ruhsal ve davranışsal bozuklukların nedenleri, etkili tedavilerin geliştirilmesi, ruh sağlığı politikalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili yapılacak araştırmaları arttırmak.

2.2.5. Ruhsal Hastalıkların  nlenmesi

Ruhsal hastalıkların önlenmesi birincil (primer), ikincil (sekonder),  c nc l (tersiyer) olmak üzere  c şekilde olabilir.

2.2.5.1. Birincil  nleme (Primer  nleme)

Ruhsal hastalık ortaya çıkmadan önce alınması gereken tedbirleri içerir. Amaç ruh sağlığını bozan faktörleri ortaya çıkartıp azaltmak, hastalıklara karşı direnci arttırmaktır (35). Primer  nlemede toplum temelli koruma öncelikli olup, Weich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gösterildiği gibi yüksek risk gruplarına yapılan müdahalenin, topluma yönelik risk azaltma müdahalelerine kıyasla daha az etkin olduğu kanıtlanmıştır (37).

Stresi yönetme ve azaltma eğitimleri, alkol madde bağımlılığının olası etkileri hakkında eğitim vermek, primer önlemeye örnek olarak gösterilebilir.

2.2.5.2. İkincil  nleme (Sekonder  nleme)

Ruhsal hastalıklar daha semptom vermeden ilerlemesini durdurmayı hedefler. Erken tanı ve tedaviyle ruhsal hastalıkların azaltılması amaçlanır. Bu amaçla riskli bireylere tarama programları uygulanır. Depresyon semptomlarının taranması yoluyla riskli kişilerin bu hastalığa yakalanmasını önlemek örnek olarak verilebilir (35).

2.2.5.3.  c nc l  nleme (Tersiyer  nleme)

Ruhsal hastalıkları tespit ederek tedavi ve rehabilitasyon ile işlevselliğini arttırmak, hastalığın yinelenmesini önlemek ve bireyi tekrar topluma kazandırmak amaçlanır. Özellikle şizofreni gibi ciddi psikiyatrik bozukluklarda tersiyer koruma önemlidir. Psikotik hastalara psikososyal beceri eğitimleri verilmesi örnek olarak gösterilebilir (35).

2.2.6. Ruhsal Hastalıkları Önlemede Birinci Basamağın Rolü

Dünyanın pek çok yerinde ruh sağlığı sorunu olan her 3-4 kişiden biri birinci basamak sağlık kurumuna başvurmaktadır (35).

Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran tüm hastaların ise %15-40'ının en az bir ruhsal sorunu bulunmaktadır (38, 39).

Yapılan çalışmalarda bu konuda eğitim verilmesine rağmen birinci basamak hekimlerinin ancak yarısının ruhsal sorunlara tanı koyabildiği bulunmuştur (40).

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi ilk olarak 1978 Alma-Ata Bildirgesinde önerilmiştir (41). DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) 2008 yılında birlikte oluşturdukları Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'ne göre, toplumda yaygınlığı gün geçtikçe artan ruhsal bozukluklara karşı en iyi sonucun alınabilmesi için erken evrede tanı konmalı ve kişi alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) tedavi edilmelidir (42).

Sonuç olarak bu hastaların başvuru yeri genellikle birinci basamak olmasına rağmen, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunda birtakım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar; toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısı, birinci basamak hekimlerinin bu hastalıklara yaklaşımı ve bilgi eksiklikleri, ruh sağlığı konusunda politika ve yasalarla ilgili eksiklikler olarak sıralanabilir (3).

Bu sebeple iyi eğitilmiş bir birinci basamak hekiminin, hastaların ruh sağlığını detaylı bir şekilde değerlendirmesi, toplumda sık görülen ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisini büyük oranda arttıracaktır.

2.2.7. Ergenlerde Ruh Sağlığı Sorunları ve Önemi

Yapılan araştırmalar ergenlik çağında ortaya çıkan birçok problemle ruh sağlığı arasında ciddi bir ilişki kurmuştur (9). Ruh sağlığı daha iyi olan ergenler, fiziksel olarak daha sağlıklı, sosyal olarak daha pozitif ve daha az riskli davranışlarda bulunurlar (43).

Dünya gençlerinin yaklaşık %20'sinin ruh sağlığı sorunu olduğu tahmin edilmektedir. Bu yaş grubunda en fazla görülen ruhsal bozukluk ise major depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (44). Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumuna göre (ICPE, 2000), anksiyete, madde ve duygudurum bozukluklarının başlangıç yaşı,

Avrupa, Kuzey Amerika ve Latin Amerika'daki çeşitli ülkelerde 15 ile 26 yaş arasındadır (45). Ayrıca yapılan daha birçok çalışmada yetişkinlikte görülen ruhsal bozuklukların %50'sinden fazlasının çocukluk veya ergenlik döneminde erken belirti verdiği saptanmıştır (46, 47).

Ruhsal bozukluk çocukluk döneminde erkeklerde, ergenlik döneminde ise kızlarda daha fazla görülmektedir (48). Erkek ergenlerin daha çok dikkat eksikliği ve hiperaktivite, kız ergenlerin ise somatoform bozukluklar ve intihar girişimi ile çocuk ve ergen psikiyatristine başvurdukları bulunmuştur. Zayıf okul performansı ve sinirlilik ise her iki cinsiyette fazladır (49).

Ruh sağlığı bozuk olan ergenlerde ayrıca alkol, tütün ve yasa dışı madde kullanımı, erken hamilelik, okulu bırakma gibi hatalı davranışların da yüksek olduğu bilinmektedir (50).

Dünya çapında 10-24 yaş grubuna ait YLD'nin %45'ini nöropsikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır (51) .

Ergenlik döneminde ruhsal sorunların sıklığı artmasına rağmen gerekli psikiyatrik yardımı alamadıkları görülmüştür (40). Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran ergenlerin %20'sinden fazlasında ruhsal sorunlar olduğu halde çoğu ruhsal değil fiziksel bir şikayetle başvurmuştur (52).

2.3. DEPRESYON

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon kelimesi, Latince aşağı doğru bastırmak, çekmek anlamına gelen “depressus” sözcüğünden türemiştir. Türkçede ise kendini üzüntülü, dertli hissetme, yaşamsal ve fonksiyonel aktivitenin azalması gibi anlamlara gelebilmektedir (53).

Depresyon; çökkünlük, derin üzüntülü, sıkıntılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, suçluluk, karamsarlık ve kimi zaman da özkıyım duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur. Pek çok ruhsal veya ruhsal olmayan hastalıkta depresyon görülebilir (5).

2.3.2. Depresyonun Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarına ya da daha spesifik olarak depresyona yönelik gözlemler çok eski çağlardan günümüze kadar devam etmiştir. M.Ö. 1400-1500 yıllarında Hindistan'daki bir inanca göre şeytan; depresyonun ve diğer birçok ruhsal bozukluğun sebebidir. Benzer inançlar eski Mısır ve Sümer mitolojilerinde de yer almıştır (54).

Tıp literatüründe ise depresyonu ilk tanımlayan kişi Hipokrat (M.Ö. 460-377) olmuştur. Hipokrat insanın duygudurumunu vücut sıvılarıyla ilişkilendirerek; hafif kanlı, ağır kanlı, kara sevdalı ve sinirli mizaç şeklinde dört farklı mizaç (duygudurum) türünü tanımlamıştır. İnsanda karaciğer ve safra yollarındaki bozukluğa bağlı olarak da durağanlaşmanın, ilgi ve istek kaybının, uyku sorunlarının, endişenin, yetersizlik duygularının, özkıyım düşüncelerinin var olduğu bir hastalık tanımlamış ve bu hastalığa “kara safra” anlamına gelen “melankoli” ismini vermiştir. Galen (M.S. 131-201) ise Hipokrat’ın bu konudaki görüşlerini geliştirmeye devam etmiştir (54).

1621 yılında R.Burton’un kaleme aldığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eser, duygudurum bozukluklarının anlatıldığı ilk İngilizce metindir. Bu metinde melankoliler sınıflandırılmış ve erkeklerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (55).

Orta çağda İbn-i Sina ruhsal çökkünlüğü tanımlayarak çeşitli örnekler vermiştir. Çağdaş psikiyatrinin öncülerinden biri olan Philippe Pinel mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olmak üzere ruhsal bozuklukları dört ana gruba ayırmıştır. Emil Kraepelin ise “psikoz manyak depresif ”adlı hastalığı tanımlamış ve bu hastalığın mani ve melankoli belirtileriyle ortaya çıkan iki ayrı tablosu olduğunu savunmuştur (54).

Kraepelin’in öncülük ettiği ruhsal hastalıkları nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü sonrasında da etkisini sürdürmeye devam etmiştir. 1968 yılında yayınlanan DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “psikotik” ve “nevrotik” temel ayrımını yapmış ve Kraepelin’in görüşünü devam ettirmiştir. Fakat yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren bu sınıflandırma görüşü değişikliğe uğramış ve ruhsal bozukluklar birer tepki (reaksiyon) olarak sınıflandırılmışlardır. 1980 ve 1987 yıllarında yayınlanan DSM-III ve DSM-III-R’de ruhsal bozuklukların tanısı belirlenmiş çeşitli tanı ölçütlerine göre konmuştur (56) .

DSM-IV ve Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması (ICD-10: International Statistical Classification of Diseases)'nda ise çeşitli depresyon türlerinin ve bipolar bozuklukların “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında tanı kriterleri sıralanmıştır. Son olarak 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM-V kullanıma girmiştir.

2.3.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon toplumda görülme sıklığı ve oluşturduğu yeti yitimi sebebiyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Küresel hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir (4). 2020 yılında ise iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci DALY nedeni olacaktır tahmin edilmektedir (30).

En sık görülen duygudurum bozukluğu olan major depresif bozukluk bir ya da birden fazla atakla seyredebilir (53). Başlangıç yaşı çoğunlukla 20-50 yaşları arasında olup, ortalama başlangıç yaşı 40'tır (57).

Major depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı erkeklerde %2-3, kadınlarda %5-9 iken, yaşam boyu prevalansı erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 aralığındadır. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmesine rağmen, bu fark yaş ilerledikçe azalmaktadır (57, 58). Major depresif atak geçirenlerin yaklaşık %50-75'inde hastalığın en az bir kez tekrar etme ihtimali bulunmaktadır (53). Üçten fazla major depresif atak geçiren bireylerde nüks ihtimali daha yüksek olup, yaklaşık %50'sinde 2 yıl içinde, %80'inde 5-7 yıl içinde nüks etmektedir (59).

Depresyon epidemiyolojisine ilişkin bugüne kadar yapılan pek çok çalışma, farklı toplumlarda farklı depresyon oranları bildirmiştir. ABD'de ruhsal bozuklukların toplumdaki prevalansını ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini saptamak amacıyla 1991 yılında yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) ve onun eşleştirmesi niteliğinde olan Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS) bugüne kadar yapılan önemli epidemiyolojik araştırmalardandır. NCS 2001-2002 yılları süresince sabit bir bölgede ikamet eden 9.900 olguda daha tekrarlanmıştır (NCS-R). ECA'da major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %4,9 iken, yıllık yaygınlığı %2,7 olarak bildirilmiştir. Kessler ve ark. (1994) tarafından yapılan NCS'de ise metodolojideki farklılığa bağlı olarak major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %17,1

bulunurken, yıllık yaygınlık oranı %10,3 olarak tespit edilmiştir. NCS-R’de major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %16,2 iken, yıllık yaygınlığı %6,6 olarak saptanmıştır (8, 60, 61).

Depresyonun yaygınlığını ortaya koymak için Almanya, Hollanda, Brezilya, Meksika, Kanada, Japonya, Şili, ABD, Çek Cumhuriyeti ve Türkiye dahil olmak üzere 10 farklı ülkeden yetişkinlerle yapılan çalışmada, major depresyonun yaşam boyu yaygınlığının Japonya’da %3’den %17’ye, ABD’de ise %8’den %12’ye kadar değişen bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (62).

Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC: The US Centers for Disease Control) tarafından 2006-2008 yıllarında 235.000 yetişkinle yapılmış olan çalışmada major depresyonun yıllık prevalansı %3,4 olarak bulunmuştur (63).

Gelişmiş (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, İspanya ve ABD) ve gelişmekte olan (Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Lübnan, Meksika, Çin Cumhuriyeti, Romanya) 14 ülkeyi temsil eden bir çalışmada, gelişmiş ülkelerdeki yetişkinlerin yaşam boyu major depresyon prevalansı yaklaşık %18 iken, gelişmekte olan ülkelerde ise %9 olarak tespit edilmiştir (64).

2008-2012 yılları arasında yürütülen Ruh Sağlığı Sürveyans Çalışmasında (Mental Health Surveillance Study) ise ABD’de major depresyonun yıllık prevalansı yaklaşık %6 olarak bulunmuştur (65).

1989-1993 yılları arasında DSÖ işbirliği ile 14 ülkede gerçekleştirilen “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” çalışmasında temel sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvuran hastalarda depresyonun %10,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmanın Türkiye’ye ilişkin verilerinde ICD-10 tanı sistemini esas alan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI: Composite International Diagnostic Interview) kullanılmış ve depresyon oranı %11,6 olarak bulunmuştur (66).

Hıfzısıhha Mektebinin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması’na göre, ulusal çapta en önemli dördüncü DALY sebebi unipolar depresyon olup, genel popülasyondaki oranı %4,4’tür. YLD nedenleri incelendiğinde ise erkeklerde unipolar depresyon %6,4 ile osteoartritten sonra ikinci, kadınlarda ise %10,7 ile ilk sıradadır (33).

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi kullanılarak 7.479 kişide yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profil Araştırması'na göre son 12 aydaki tanılar göz önüne alındığında depresif epizot sıklığı %4,0 olup, kadınlarda (%5,4) erkeklere (%2,3) göre yaklaşık 2 kat yüksektir (32).

Ülkemizde Küey ve Güleç (1993)'in bildirdiği sonuçlara göre, toplumun yaklaşık %10'unda klinik düzeyde depresyon bulunurken, depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu durum kronikleşmiştir (67).

2.3.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyona neden olan durumlarla ilgili bugüne kadar çok çeşitli araştırmalar yapılmış olmasına rağmen hala altta yatan nedenler net bir şekilde ortaya konmamıştır. Depresyonun çok yönlü bir hastalık olması, alt tiplerinin ve altta yatan nedenlerin birden çok olması depresyonu bir sendrom olarak tanımlamamıza sebep olmuştur. Depresyonu meydana getiren nedenleri biyolojik genetik, ve psikososyal faktörler olarak üç temel başlık altında inceleyebiliriz (68).

2.3.4.1. Biyolojik Faktörler

2.3.4.1.1. Biyojenik Aminler

Başta serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki çeşitli nörotransmitterlerin işlevsel bozukluğu depresyon oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Bu işlevsel bozukluklar beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerle oluşabileceği gibi depresyonun bizzat kendisi de bu değişimlere sebep olabilir. İlk olarak santral sinir sisteminde işlev gören nörotransmitter sistemleri arasındaki denge bozulmakta, bu değişiklikler de hücresel düzeydeki patolojileri etkileyerek depresyona sebep olmaktadır (53). Depresyon hastalarının kan plazması, beyin omurilik sıvısı (BOS) ya da idrar örnekleriyle yapılan çeşitli araştırmalarda, dopaminin metaboliti olan homovalinik asit (HVA) seviyesinde, serotoninin metaboliti olan 5-HİAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit) seviyesinde ve noradrenalinin metaboliti olan 3-metoksi 4-hidroksi fenilglükol (MHPG) seviyesinde bazı değişikliklerin olduğu bildirilmiştir (69).

2.3.4.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler

Hipotalamus-hipofiz-tiroid ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksındaki patolojilerin yanı sıra büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, FSH, LH ve testosteron düzeyleri de duygudurum bozukluklarında etkilenmiştir (70).

Hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımının artması, buna bağlı olarak adrenal bezin ACTH'a aşırı duyarlılığı ile kortizol salınımını artırması depresyonda gözlenen değişikliklerden biridir. Depresyonlu kişilerde, sağlıklı kişilerin aksine kortizol salınımı akşam saatlerinde artmaktadır. Dekametazon supresyon testi yapılarak bu artış tespit edilebilir. Depresyonlu kişilerin yaklaşık yarısında nonsupresyon gözlemlenmektedir. Kişilerin strese girdikleri için mi yoksa depresyonda oldukları için mi hipofizden aşırı ACTH salgıladıkları araştırılan konulardandır (69).

Diğer önemli değişiklik, hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenindeki değişikliklerdir. Hipotroidili hastaların %50'sinde, hipertroidili hastaların ise %20'sinde depresif belirtiler gözlenir. Ayrıca dirençli depresyonda sublinik hipotroidinin de görüldüğü öne sürülmektedir. Depresyonda tirotropin releasing hormon (TRH)'a azalmış tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtı ve dolaşımında tiroksin (T4) artışı meydana gelebilir. Bu sebeple tiroid antikoru ve tiroid hormonları depresyonlu olgularda mutlaka bakılmalıdır (53, 68, 69).

2.3.4.1.3. Beyinde Yapısal Bozukluklar

Yapılan bazı çalışmalar, prefrontal korteks, orbitafrontal korteks, anterior singulat korteks, hipokampus, amigdala, striatum, pallidum, periakvaduktal gri madde ve diğer bölgelerin depresyonla olası ilişkisi konusunda yeni bilgiler edinilmesini sağlamıştır (71).

Depresyonda gözlenen klinik belirtiler bu bölgelerdeki monoaminerjik enformasyon yetersizlikleri ile ilişkili bulunmuştur (72). Major depresyonda beynin radyolojik olarak görüntülenmesiyle, frontal lobun ve kaudat çekirdeğin küçüldüğü, frontal kortikal kan akımının ise azaldığı bildirilmiştir. Bipolar depresyonda ise ventriküllerde genişleme izlenmektedir (69).

2.3.4.1.4. Uyku Bozuklukları

Depresyonlu hastaların uyku EEG'leri incelendiğinde birtakım değişiklikler gözlemlenebilir. Kısalmış REM latansı, uyku başlangıcında artmış REM yoğunluğu, ilk REM periyodunda uzama, uykuya dalmada güçlük ve delta uykusunda azalma gibi durumlar söz konusu olabilir. Bilhassa REM latansında kısalma gözlenen kişilerin, depresyon eğiliminin daha yüksek olduğu söylenebilir (69).

2.3.4.1.5. Biyolojik Beden Saati (Sirkadiyen Ritim)

Mevsimsel olarak duygudurum bozukluklarının değişmesi, uyku bozukluklarının meydana gelmesi, sirkadiyen ritmi düzenleyen melatonin salınımında gözlemlenen bazı değişiklikler duygudurum bozuklukları ile biyolojik beden saati arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır (69).

2.3.4.2. Genetik Faktörler

Depresyonda genetik faktörlerin önemi ile ilgili yapılan çalışmalarda geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir. İkiz çalışmalarında eş hastalanma oranı monozigotlar için %50, dizigotlar için %10–25 olarak saptanmıştır (73).

Major depresyonda birinci derece akrabaların depresyona yakalanma riski 2 ile 3 kat yükselir (69). Farklı çalışmalarda değişik oranlar gözlemlenmektedir. Gershon ve arkadaşlarının çalışmasında ailedeki kişiler için risk oranı %5,1-17,5 aralığında bildirilmiştir. Andreasen ve arkadaşları major depresyonu olan kişiler için, birinci dereceden akrabalarda major depresyon görülme oranını %14,3 ile %28,4 aralığında bildirirken, Kupfer ve arkadaşları ise %20,7 olarak bildirmiştir (74).

2.3.4.3. Psikolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerin depresyon oluşumundaki etkisinin yanı sıra psikolojik faktörler de çok önem arz etmektedir. Bu durum farklı kuramlarla açıklanabilir.

2.3.4.3.1. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre, çocukluk çağında yaşanan deneyimler, kişide temel düşünce ve değer yargılarının oluşmasına sebep olur. Şema olarak isimlendirilen bu düşünce ve değer yargıları, katı ve değişime dirençliyse, herhangi bir yaşam olayında bu gizli kalmış şemalar ortaya çıkar. Kişinin yaşadığı durum ilgili verilerin işlenmesi

sirasında meydana gelen bilişsel çarpıtmalar da beraberinde olumsuz otomatik düşünceleri doğurur. Beck'e göre bu olumsuz bilişsel üçlü; olumsuz benlik algısı, düşmanca ve talepkar bir dış dünya algısı, gelecek hakkında acı çekme ve başarısızlık beklentisidir. Bu olumsuz düşünceler sonucunda depresyon meydana gelmektedir (68, 69).

2.3.4.3.2. Psikoanalitik Kuram

Klasik depresyon görüşü olarak tanımlanan bu kuramda dört temel nokta vardır. (1) Oral dönemde anne ve bebek arasındaki ilişkinin zedelenmesi depresyona eğilimi arttırabilir, (2) gerçek veya hayalî nesnenin kaybı depresyon oluşumunu tetikleyebilir, (3) nesne kaybı sonucu oluşan stresle baş etmek için kaybedilen nesnelerin içe atımı, bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan bir savunma düzeneğidir, (4) kayıp nesne, sevgi ve nefretin bir karışımı olarak ele alındığında, öfke duyguları kişinin kendisine yönlendirilmiştir (69).

2.3.4.3.3. Benlik (Ego Psikolojisi)

Bu kurama göre benliğin, sevilen ve değerli biri olmak, üstün ve kuvvetli olmak, seven ve iyi biri olmak üzere 3 temel özsever amacı vardır. Eğer bu amaçlar gerçekleşmezse benlik saygısı düşer ve depresyon meydana gelir (69).

2.3.4.3.4. Davranışçı Kuram

Erken yaşam döneminde bireyler çeşitli deneyimlerle bazı davranış biçimlerini öğrenip, kendi hayatlarında uygularlar. Depresyon bu kurama göre bir çeşit öğrenilmiş çaresizlik durumudur (69).

2.3.4.3.5. Premorbid Kişilik

Yapılan araştırmalarda hastalık öncesi oral bağımlı, obsesif kompulsif ve histrionik kişilikte olanların depresyon riskinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (69).

2.3.4.3.6. Yaşam Olayları

Özellikle depresyonun ilk atağında etkili olan yaşam olayları, nörotransmitter seviyesinde oluşturduğu değişikliklerle, sonraki depresyon ataklarına da sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda küçük yaşta sevilen birinin kaybı ya da ayrılığının

reseptör düzeyinde değişiklikler oluşturduğu ve bu değişikliklerin erişkin yaşamdaki depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (69).

2.3.5. Depresyon Risk Faktörleri

2.3.5.1. Cinsiyet

2009 yılında DSÖ'nün gelişmiş (Belçika, Fransa, Almanya, İsrail, İtalya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, İspanya, ABD) ve gelişmekte (Kolombiya, Lübnan, Meksika, Güney Afrika, Ukrayna) olan 15 ülkeden 18 yaş üzerinde 72.933 bireyin katılımıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, cinsiyet ile mental bozukluklar arasındaki ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışma sonucunda araştırma yapılan bütün ülkelerde major depresif bozukluk ve distimik bozukluk oranı kadınlarda anlamlı derecede yüksek olup, kadınlar erkeklere göre major depresif bozukluk açısından 1,3-2,6 kat risklidir (75). Yaş arttıkça cinsiyetler arasındaki fark giderek azalırken, genç ve orta yaşta bu fark oldukça belirgindir. Cinsiyetler arasındaki bu fark şu şekilde açıklanabilir: (76)

- Kadınların çocukluk çağında şiddete maruz kalma riskinin daha fazla olması (cinsel istismar gibi).
- Sosyokültürel normlara göre kadınların toplumdaki yeri
- Strese karşı artmış duyarlılıkları ve stresle mücadelede farklı davranmaları
- Olumsuz yaşam olayları ile daha fazla karşılaşmaları
- Gonadal hormonların etkisi
- Post-partum depresyon riski
- Perimenopozal döneminin depresyon açısından riskli olması

2.3.5.2. Yaş

Depresyon tüm yaş gruplarında görülebilen bir duygudurum bozukluğu olmasına rağmen, orta yaş ya da 40-50 yaş arasında görülme sıklığı daha yüksektir (53).

Birçok araştırma yaş arttıkça depresif belirtilerin de arttığını göstermektedir. Fakat yaşlılığın tek başına depresif belirti riskini arttırmadığı; bu riskin artışında pek çok faktörün rol oynayabileceği tahmin edilmektedir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkabilen fiziksel ve bilişsel işlevlerde azalma, maddi sorunların yaşanması, yalnızlık,

çevreden gelen desteğin azalması gibi etkenler yaşlılarda bu durum ile ilişkili olabilir (77).

2.3.5.3. Irk ve Etnik Gruplar

Major depresyonun görülme sıklığının ırk ve etnik gruplar arasında farklı olmadığını, eğer bir fark söz konusu ise bu farkın ırklar arasındaki sosyoekonomik düzeyin farklılığından kaynaklandığını belirtenler olmuştur. Bunun aksine siyah ırkta major depresyonun daha az görüldüğünü savunanlar da olmuştur (78).

2.3.5.4. Medeni Durum

Birçok çalışma depresyon ile medeni durum arasındaki ilişkiyi incelemiş ve depresyon prevalansının ayrılmış, eşi vefat etmiş ya da hiç evlenmemiş kişilerde, evlilere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (79-81).

2.3.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler

1999 yılında Kendler tarafından yapılan bir çalışmada akrabaları arasında major depresyon olan erkeklerin depresyona yakalanma olasılığı %11 iken, kadınlarda %18 olarak bildirilmiştir (78). Evlatlık çalışmalarında biyolojik anne ve/veya babasında major depresyon olan kişilerin, olmayan kişilere göre depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İkiz çalışmalarında ise dizigot ikizlere göre monozigot ikizlerde daha yüksek depresyon oranı saptanmıştır (68).

2.3.5.6. Sosyo-Ekonomik Düzey

Sosyoekonomik durum ile depresyon arasındaki ilişki defalarca araştırma konusu olmuştur. Çoğu çalışma düşük sosyoekonomik durumun depresyon riskini arttırdığını gösterirken (82, 83), bazı çalışmalarda anlamlı ilişki saptanamamıştır (84). İşsizlik ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde ise, işsizlerde depresyon oranı iş sahibi olanlara göre 3 kat fazla bulunmuştur (53).

2.3.5.7. Puerperal Etkenler

Postpartum dönemde depresyon %10-20 sıklığında görülmekle beraber, kadınların yaklaşık %60'ının ilk depresyon atağıdır. Bu dönemde depresyon sıklığının yüksek olması ,önemli hormonal değişikliklerin olmasına, rol değişikliklerine, ruhsal-toplumsal stres etkenlerindeki artışa bağlanmaktadır (85).

2.3.5.8. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Bazı araştırmalar çocuğunun ebeveynleri tarafından sevgi ile büyütülmesinin depresyon gelişimini engellediğini, buna karşılık ebeveyn kaybının çocukta sonradan ortaya çıkabilecek bir depresyon için risk etkeni olabileceğinin altını çizmişlerdir. İlk 6 aylık süreçten sonra herhangi bir sebeple annesinden ayrılan bebeklerde bazı depresif semptomlar gözlemlenmiştir (78).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları (78):

1. Anne ya da babadan birinin kaybı (özellikle 11 yaşından önce)
2. Ebeveynlerin ilgi göstermemesi (özellikle 17 yaşından önce)
3. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları
4. Aile üyelerinden şiddet görme ve cinsel istismara maruz kalma gibi durumlar ileri dönemlerde depresyon gelişme riskini büyük oranda arttırmaktadır.

2.3.5.9. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri

Kişinin depresyon epizodu öncesindeki kişilik yapısı ile depresyon gelişimi arasındaki ilişki incelendiğinde, pasif, bağımlı, obsesif histrionik kişilik yapısındaki bireylerde depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (78).

2.3.5.10. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri

Kişinin genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlığı olması halinde olumsuz yaşam olayları depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (78).

Yaşanan olaylardan ziyade, olayın birey tarafından algılanma biçimi çok daha önemlidir. Brown tarafından yapılan bir çalışmada etkisi uzun süren olayların depresyona neden olabileceği, etkisi kısa süren olayların ise depresyon için risk faktörü olmadığı ileri sürülmüştür (78).

2.3.5.11. Diğer Risk Etmenleri

Yapılan çalışmalara göre birçok bedensel hastalık depresyon için risk faktörü olabilir. İnfluenza, AIDS gibi virüs hastalıkları, diyabet, guatr gibi endokrin hastalıklar,

epilepsi, migren, inme, parkinson, alzheimer gibi nörolojik hastalıklar, çeşitli ameliyatlara (histerektomi, transplantasyon gibi) örnek olarak verilebilir (86, 87).

Kronik hastalığa sahip bireylerin (kansere, diyabete, inme vb.) yaklaşık dörtte birinde, hipotiroidili hastaların yaklaşık yarısında depresyon gelişmektedir (88).

Bu risk etkenleri dışında göçmenlerde ve evsizlerde de depresyon gelişme riski yüksek bulunmuştur (89, 90).

2.3.6. Depresyonun Güncel Sınıflandırması (91)

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin oluşturduğu DSM sınıflandırma sistemi en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi olup, en son 2013 yılında DSM-5 yayınlanmıştır. DSM-5'e göre depresif bozukluklar şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Major (Yeğın) depresif bozukluk
- Süregiden depresif (distimik) bozukluk
- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
- Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
- Diğer belirtilen depresif bozukluk
- Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.3.7. Depresyon Tanı Ölçütleri (91)

En sık görülen depresyon çeşidi olan Major Depresif Bozukluğunun tanı ölçütleri DSM-5'e göre şu şekildedir:

A. İki haftalık dönem boyunca, önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmakla beraber aşağıdaki belirtilerden en az beşinin olması gerekir. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma bağılı belirtileri kapsamayan

1. Ya kişinin kendisinin bildirdiği (Örn. kendini boşlukta hisseden, üzgün) ya da başkalarının gözlediği (Örn. ağlamaklı görünüm) neredeyse her gün, yaklaşık

gün boyu süren çökkün duygudurum (Not: Çocuklarda ve ergenlerde farklı olarak irritable bir duygudurumla karşılaşılabılır).

2. Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu (ya hastanın kendi bildirdiği ya da başkasının gözlemlerine dayalı olarak saptanan).

3. Diyetle değil iken çok fazla kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha fazla olan kilo alma ya da verme durumu) veya hemen her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo artışının sağlanamaması)

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

5. Hemen her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da psikomotor retardasyonun olması (başkaları tarafından gözlenebilir; yalnızca, öznel, huzursuzluk ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)

6. Hemen her gün, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü

7. Hemen her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (hezeyan seviyesinde olabilir)

8. Hemen her gün, düşünme ya da odaklanma yetisinde azalma ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkaları tarafından gözlenen)

9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel bir eylem tasarlamaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olur.

C. Bu dönem, bir madde kullanımının fizyolojik etkilerine bağlı olamaz.

Not: A-C Tanı Ölçütleri bir major depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir kayıp (Örn. yas, parasal kayıp, ölüm, mühim bir hastalık ya da sakatlık) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A Tanı Ölçütünde belirtilen, yoğun bir

üzüntü yaşama, kayıp ile ilgili durmadan düşünme, uyku sorunu yaşama, iştahta azalma ve kilo kaybı gibi belirtiler olabilir. Bu gibi belirtiler önemli bir kayba karşı oluşan doğal ve anlaşılır tepkiler olabildiği gibi, major depresyon döneminin de belirtileri olabilir. Bu durumda karar verirken, kişinin öyküsünün ve kayba dayalı olarak yaşadığı acının kültürel ölçülere göre dışa yansımalarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

D. Major depresyon döneminin meydana gelişi şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Asla manik ya da hipomanik bir dönem yaşanmamıştır. Madde kullanımına bağlı olarak mani ya da hipomani dönemleri yaşanıyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.3.8. Depresyon Değerlendirme Ölçekleri

Tablo 3: Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri (92)

Ölçek adı	Ölçek türü	Uygulanacak Grup	Uygulayıcının Niteliği	Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Kendini değerlendirme	Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları	Özel eğitim gerektirmez	Hisli(1989)(93) Tegin(1980)(94)
Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ)	Kendini değerlendirme	Depresif bozukluk tanısı konan hastalar	Özel eğitim gerektirmez	Ceyhun ve ark. (1994)(95)
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	Kendini değerlendirme	60 yaş ve üzerinde belirgin işitme güçlüğü, orta-ağır demansı olmayan kişiler	Özel eğitim gerektirmez	Ertan ve ark. (1997)(96)
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	Kendini değerlendirme	Doğum sonrası dönemdeki kadınlar	Özel eğitim gerektirmez	Engindeniz ve ark. (1996)(97)

Tablo 3: (devam)

Ölçek adı	Ölçek türü	Uygulanacak Grup	Uygulayıcının Niteliği	Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	Kendini değerlendirme	Toplum ve hastane örnekleminde	Özel eğitim gerektirmez	Aydemir ve ark. (1997)(98)
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	Kendini değerlendirme	9-13 yaş çocuklarına	Özel eğitim gerektirmez	Öy (1991)(99)
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	Klinisyenin değerlendirdiği	Depresif belirtileri olan kişiler	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir.	Akdemir ve ark. (1996)(100)
Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADDÖ)	Klinisyenin değerlendirdiği	Major depresif bozukluk tanısı alan hastalar	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir.	Torun ve ark. (2002)(101)
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)	Klinisyenin değerlendirdiği	Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta grubu	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir.	Aydemir ve ark. (2000)(102)
Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ)	Klinisyenin değerlendirdiği	Demans hastaları	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir.	Amuk ve ark. (2003)(103)

2.3.9. Depresyonun Belirti ve Bulguları (5, 53, 69, 104)

Depresyonda ortaya çıkabilecek klinik belirti ve bulgular şu şekilde sınıflandırılabilir:

Çökkün duygudurumu: Depresyon tanısı için belirtilerden en az biri çökkün duygudurum ve çoğu etkinliğe karşı ilgide azalma ya da zevk alamama olmalıdır. Çökkün duygudurumu, genel bir keyifsizlikten derin üzüntü ya da iç acısı duymaya kadar değişebilen, kişinin kendini kederli, sıkıntılı, mutsuz, umutsuz, karamsar ve çaresiz hissettiği bir duygudurumdur. Hastaların çoğu kendilerini sabahları daha sıkıntılı, mutsuz, karamsar hissederken, depresyon ilerledikçe gün boyu çökkün duyguduruma sahip olurlar. Bilhassa melankolik ve psikotik özellikli depresyonlarda çökkün duygudurum daha yoğun yaşanır. Bazı olgularda ise öfke hali, tedirginlik gözlenebilir.

İlgi azlığı ve anhedoni: Hastanın önceden isteyerek ve zevk alarak yaptığı şeylere karşı isteksizlik ve zevk alamama (anhedonia) halidir.

Sıkıntı hissi, bunaltı (anksiyete): Klinikte çökkün duygudurumu ve ilgi azlığından sonra üçüncü sıklıkta izlenen depresyon belirtisidir. Sıkıntı hissi, gerginlik, tahammülsüzlük, unutkanlık gibi belirtilerle ortaya çıkabilir. Bu duruma sıklıkla kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu, terleme, karın ağrısı, baş ağrısı ve ishal gibi fiziksel yakınmalar da eşlik eder. Şiddetli depresyonlardaki yoğun anksiyete kendini ajitasyon şeklinde gösterebilir ve bu hastaların tedavi yanıtı daha düşüktür .

Affektif anestezi: Ağır depresyonda duygulanımda küntleşme görülebilir. Yoğun üzüntü duyulması gereken olaylarda bile duygusal olarak bir şey hissedemeyecek seviyeye gelebilirler.

Bilişsel bozukluklar: Konsantrasyon, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevler akut dönemde bozulabilir. Tedaviye rağmen bilişsel bozukluklar devam edebilir.

Düşünce süreci ve akışı: Yavaşlamış düşünce hızı, hastaların sorulara yanıt vermesinde azalma ya da tamamen kaybolmaya sebep olabilir. Melankolik depresyonlarda hiç konuşmama (mutizm) durumu da oluşabilir.

Suçluluk-değersizlik fikirleri: Kendini suçlama, değersiz, küçük görme düşünceleri depresyonlu olgularda gözlemlenebilir. Bazı hastalarda bu düşünceler o

kadar yoğundur ki kendilerini cezalandırmak için intihar teşebbüsünde bulunabilirler. Benlik saygısında azalma önemli bir bulgudur. Ağır depresyonda hezeyana rastlanabilir.

Olumsuz düşünceler: Depresif hastalarda geleceğe karşı endişe, karamsarlık düşünceleri hakim olabilir. Hastalar olayları bilişsel olarak çarpıtıp bu düşünceleri desteklerler.

Umutsuzluk, kararsızlık: Depresyonda hastalar umutsuz, çaresiz ve kararsız hissedebilirler. Düşünce hızının yavaşlamasından ve olumsuz düşüncelerden dolayı doğru karar vermekte zorluk çekebilirler.

Hipokondriak uğraşlar ve ağrı: Depresyonlu kişilerin yaklaşık dörtte birinde hipokondriak uğraşlar, yarısından fazlasında ise bel, baş, boyun, ense ya da eklem ağrıları görülür. Şiddetli depresyonda kişiler standart depresif belirtiler yerine somatik şikayetlerle gelebilirler ve böyle durumlarda depresyon gözden kaçabilir.

Obsesif ruminasyonlar ve fobiler: Hastalar genelde kendilerini suçlu, değersiz, çaresiz hissettirecek düşünceleri takıntı şeklinde sürekli düşünürler. Obsesif ya da fobik düşünceler öncesinde kişide varsa bu dönemde daha da artabilir.

İntihar düşünceleri ve girişimleri: Hastaların yaklaşık %75'inde intihar düşünceleri oluşur. Özellikle melankolik depresyonda bu düşünceler yoğun bulunmaktadır. Depresif hastaların üçte biri intihar girişiminde bulunurken, onda birinin sonucu ölüm olur. İntihar girişimi kadınlarda, tamamlanmış intihar ise erkeklerde daha fazla sıklıktadır .

Konsantrasyon güçlüğü: Düşünce hızının yavaşlaması ve psikomotor yavaşlamaya bağlı konsantrasyon güçlüğü yaşanabileceği gibi, bu sebepler olmadan da odaklanmada zorluklar yaşanabilir.

Bellek bozukluğu: Hastalar sıklıkla ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlı olarak unutkanlıktan şikayet ederler. Bellek bozukluğu psikotik ile melankolik depresyonda daha fazla görülmekle birlikte, özellikle şiddetli depresyonda kimi zaman yalancı bunama (psödodemans) ile karışabilir.

Algı ve dikkat bozukluğu: Depresyonda çok nadir de olsa sanrı ve varsanılar izlenebilir. Genelde suçlayıcı ya da intihara yönlendirici temalar içerir. Daha çok spontan dikkatte olmak üzere istemli dikkatte de azalma görülür.

Enerji azlığı: Depresyonda genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, çabuk yorulma ve halsizlik yakınmaları görülür. Bazı hastalarda bu belirtiler kalıntı belirti olarak devam edebilir.

İştah kaybı: Hastaların %85'inde iştah kaybı ve kilo azalması görülürken, nadiren de olsa aşırı yemek yeme ve kilo alımı izlenebilir. Depresyonda sindirim sistemi yavaşlar ve kabızlık sıkça izlenir.

Cinsel istek kaybı: Cinsel isteğin azalması ve bunun neticesinde cinsel uyarılmada zorlanma yaşanabilir. Ayrıca antidepresan ilaç kullanımına bağlı olarak da benzer belirtiler görülebilir.

Uyku düzensizlikleri: Depresyonda %90 oranında insomnia, %6-36 oranında hipersomnia tespit edilmiştir. Uykuya dalmada güçlük, toplam uyku süresinde ve derinliğinde azalma, erken uyanma, uykuda sık bölünmeler, REM latansında kısalma, uyku başlangıcında artmış REM yoğunluğu sık görülebilen belirtilerdir. Hipersomnia ve iştah artışı atipik depresyonda birlikte gözlemlenebilir.

Psikomotor retardasyon: Enerji azlığı ve isteksizliğe bağlı, hastalarda psikomotor yavaşlama hakimdir. Gençlerde daha fazla görülür. Psikotik ve melankolik tip depresyonda daha belirgindir.

Psikomotor ajitasyon: Yoğun sıkıntılı hastalarda bulunduğu yerde duramama, ellerini ovuşturma, durmadan gezinme ve aşırı tedirginliğin hakim olduğu bir tablo görülür. Yaşlılarda ve kadınlarda daha fazla izlenir.

2.3.10. Depresyonun Ayırıcı Tanısı

2.3.10.1. Tıbbi Hastalıklar (5, 69, 105)

Birçok tıbbi hastalık depresyona benzer belirti ve bulguyla gidebilir. Bu yüzden, depresyon tanısı konmadan önce mutlaka mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa, ilaç ya da madde (opioid ve benzeri) kullanımına ikincil gelişip gelişmediği ayırt edilmelidir. Depresyon ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken hastalıklar şunlardır:

Nörolojik Hastalıklar: Serebrovasküler hastalıklar, serebrovasküler neoplazmlar, serebral travma, alzheimer, demans, parkinson, epilepsi, multiple skleroz, huntington hastalığı, hidrosefali, progresif supranükleer palsi, vb.

Kardiyak Hastalıklar: Miyokard enfarktüsü, mitral valv prolapsusu, hipertansiyon, vb.

Gastrointestinal Hastalıklar: Pankreatit, siroz, enflamatuvar bağırsak hastalıkları, vb.

Hematolojik Hastalıklar: Hemofili, orak hücreli anemi, vb.

Renal Hastalıklar: Üremi, kronik böbrek yetmezliği, vb.

Endokrin Hastalıklar: Paratroid hastalıkları (hipo-hiperparatroidi), adrenal hastalıklar (addison, cushing, hiperaldosteronizm), tiroid hastalıkları (hipo-hipertroidi), diyabet, vb.

Neoplastik Hastalıklar: Lösemi, lenfoma, pankreas ca, akciğer ca, vb.

Enfeksiyon ve Enflamatuvar hastalıkları: Romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, sarkoidoz, sjogren sendromu, viral pnömoni (özellikle yaşlı hastalarda), enfeksiyözmononükleozis (özellikle genç hastalarda), tuberküloz, viral hepatit, AIDS, temporal arterit, vb.

Beslenme Yetersizlikleri: Demir, vit B12, folat, tiamin, niasin eksikliği, vb

Dermatolojik Hastalıklar: Psöriasis, saç dökülmesi, vb.

Kullanılan İlaçlar: Bazı ilaçların uzun süre kullanımına sekonder olarak da depresyon gelişebilir. Bunlar ; antihipertansif ve kardiyak ilaçlar (rezerpin, alfa metildopa, beta bloker, lidokain, digital), oral kontraseptifler, kortikostreoidler, benzodiazepinler, simetidin, ranitidin gibi histamin reseptör antagonistleri, antineoplastik ilaçlar (vinkristin, vinblastin, prokarbazin, l-asparaginaz, amfoterisin B, interferon), psikoaktif maddeler, anabolik streoidler.

Tablo 4: Depresyon-Psödodepresyon Ayırıcı Tanısı (88)

Depresyon	Psödodepresyon (Fiziksel Hastalık)
Ruhsal çöküntü	Bitkinlik, yorgunluk
Enerji yoksunluğu	Enerji yoksunluğu var
motivasyon azlığı ile birlikte	motivasyon korunmuş
İlgi alanı yaygın daralmış	İlgi alanı fiziksel hastalığın elverdiği alanlarla sınırlı
İştah sıklıkla azalır, bazen artar	İştah azalmıştır
Kilo kaybı olabilir	Kilo kaybı sık
Suçluluk duyguları sık	Suçluluk duyguları yoktur
Uyku bozuklukları	Bitkinlikten dolayı uyku bozukluğu
Bellekte azalma sık	Bellekte azalma nadir

2.3.10.2. Yas

Sevilen ve değer verilen bir bireyin vefatı ile meydana gelen yas belirtileri depresyon ile benzerlik göstermektedir. Depresyondan farklı olarak yas sürecinde bireyin kendine saygısı kaybolmaz, ne kadar üzüntülü de olsa kendi değerini küçülmüş ,yitirmiş hissetmez. Bu süreç uzadığı takdirde yasin ardından %5 oranında depresyon gelişebilir (5).

2.3.10.3. Demans

Özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan bilişsel yakınmaların belirgin olduğu depresyon demans ile karışabilir. Bu yüzden psödo-demans belirtileri gösteren ağır depresyonları demanstan ayırt etmek için bilişsel belirtilerdeki bazı farklar yol gösterici olabilir. Örneğin yakın bellek hem demans hem psödo-demansta bozuk olduğu halde, tanıma yetisi demansta bozuk, psödo-demansta sağlamdır. Demansta bir afazi belirtisi olarak görülen isimlendirememe, psödo-demansta genellikle sağlamdır. Demans ve psödo-demansın ayırt edilemediği durumlarda hastanın psödo-demans gibi ele alınıp antidepresan ilaçlara verdiği yanıtın gözlenmesi, sağaltımdan tanıya gidilmesi uygun olur (5).

2.3.10.4. Şizofreni

Şizofreni hastalarının yaklaşık dörtte birinde depresif semptomlar görülmektedir (106). Uygunsuz davranışlar, depresif duyguduruma uygun olmayan sanrılar ve şizofreniye özgü düşünce bozukluğu gibi belirtiler ile depresyon tanısından uzaklaşılır. Fakat bazı durumlarda şizoaffektif bozukluğu depresyondan ayırmak zor olabilir. Antidepresanlara yanıt alınmayıp, antipsikotik ile iyileşme görülmesi şizoaffektif bozukluğun tanısını sağlayabilir. Şizofrenide ağır bir psikotik dönemin ardından da depresyon gelişebilir (5).

2.3.10.5. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozuklukta; kişinin en az birkaç gün boyunca aşırı hareketli ve çok enerjik olduğu, uyku ihtiyacının çok azaldığı manik veya hipomanik epizodların ardından %60-70 oranında major depresif atak görülür. Major depresif bozukluk tanısı koyulduğunda, mutlaka olası bir bipolar bozukluğu da değerlendirilmelidir. Major

depresif bozukluk tanısı alan hastaların %5-10'unda manik bir epizod ortaya çıkabilir (88).

2.3.10.6. Diğer Ruhsal Durumlar

Siklotimi, distimi, yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somataform bozukluklar, uyum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları depresyon ile karışabilen diğer ruhsal durumlardır (69).

2.3.11. Depresyonun Tedavisi

Genel İlkeler

Depresyon tedavisinde ilk amaç doğru tanı koymak ve tedavi amaçlarını belirlemektir. Tedavide çok yönlü yaklaşım temel alınıp farmakoterapi, psikoterapi ile bütünleştirilmelidir. Aynı zamanda eşlik eden tıbbi bozuklukları saptamak ve tedavi etmek, uygun tedaviyi seçmek, intihar riskini belirlemek, tedaviye uyumu sağlamak ve nüksü engellemek, yan etkiler konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmek, elde edilen tedavi yanıtını sürdürmek, psikoterapi gerekliliğini belirlemek temel prensipler olmalıdır (107). İlaç etkinlik araştırmalarında, tedavi yanıtının değerlendirilmesinde klinik gözleme ek olarak depresif belirti durumu ve işlevsellik durumunu değerlendiren yapılandırılmış ölçekler kullanılır. Ölçek puanlarında başlangıca göre %50 ve üzeri azalma tedaviye yanıtı gösterir (108). Depresyon tedavisinin temel amaçlarından biri de yinelemelerin önlenmesidir. Farmakoterapide yeterli tedaviye rağmen %15-35 oranında kısmi yanıt ya da yanıtızlık görülebilir. Bu yüzden tedaviye uyumun artırılabilmesi için hasta ve yakınları hastalık konusunda bilgilendirilmeli, tedavide hastanın klinik tablosunda önde gelen belirtilerine öncelik verilerek ilaç seçimi yapılmalıdır (107).

2.3.11.1. Farmakoterapi

Farmakoterapi orta-ciddi seviyedeki major depresyonda mutlaka kullanılmalıdır. Bu ilaçlar, nörotransmitter geri alımını azaltarak, nörotransmitterlerin üzerinde etkidiği reseptörleri bloke ederek veya nörotransmitterleri yıkan monoamin oksidaz enzimlerini inhibe ederek etki gösterirler (109).

Antidepresan ilaçlara yanıt 1-3 hafta düzenli kullandıktan sonra başlar. Bu süreç içerisinde hastada öncelikle uyku ve iştah şikayetleri düzelir. Daha sonra duygudurum

ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar. Depresyon tedavisinin akut tedavisi 2-4 aylık bir süreçtir. Amaç hastanın belirti ve bulguların kaybolmasını, toplumsal işlevselliğini yeniden kazanmasını sağlamaktır. Bu evre tedavi edildikten sonra hastalığın yinelenmesini önlemek amacıyla idame tedavisine başlanır ki; bu da yaklaşık 6-12 aylık bir süreçtir. Hastanın ilk depresyon atağı ise idame tedavisi sonunda ilaç azaltılarak kesilir (110). Kontrol altına alınan ilk depresif ataktan sonra minimum 6 ay, iki ya da daha fazla depresif ataktan sonra ise minimum 12 ay koruyucu tedavi uygulanmalıdır (107). Yapılan çalışmalarda koruyucu tedavi uygulananlarda depresyonun tekrarlama olasılığı %20-25 iken, plasebo ile tedavi uygulananlarda bu oran %80-100'lerdedir (110).

Farmakoterapi ile depresyonun bir ay içinde düzelme olasılığı yaklaşık iki kat artmaktadır. Antidepresan ilaç seçiminde ilacın etkinliği, yan etki profili ve güvenirliliği göz önüne alınmalıdır. Trisiklik antidepresan ve monoamin oksidaz inhibitörlerine kıyasla, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörlerinin yan etki profili daha iyidir. Uzun süre kullanımda güvenilirlik, klinik etkinlik ve yan etki profili değerlendirildiğinde trisiklik antidepresanlar öncelikli kullanılacak ilaç olmamalı ancak dirençli depresyonda tek başına ya da ek ilaç olarak kullanılmalıdır (107).

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

Bu tür antidepresanlar nörotransmitterlerden serotonin geri alımını inhibe ederler. Trisiklik antidepresanlara (TSA) göre hem yan etkilerinin hem de ilaca uyum sorununun daha az olması nedeniyle tercih edilirler. Bu grupta yer alan ilaçlar sitalopram, essitalopram, fluvoksamin, fluoksatin, paroksetin ve sertralindir.

Yan etkileri arasında bulantı, kusma ishal, baş ağrısı, tremor, sedasyon, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler (cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.) sayılabilir (105, 107).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI)

İlk olarak geliştirilen antidepresanlar olup, noradrenalin ve serotonin yıkımına sebep olan hücre içindeki monoamin oksidaz enziminin çalışmasını inhibe ederek etki gösterirler. Diyetle alınan aminlerin yüksek hipertansiyon krizleri nedeniyle kullanımı

sınırlıdır. Oluşturduğu şiddetli hipertansiyon krizlerini önlemek amacıyla geri dönüşümlü MAO inhibitörleri geliştirilmiştir. Ülkemizde bu grupta moklobemid bulunmaktadır (107).

Trisiklik Antidepresanlar (TSA)

Bu grup ilaçlar serotonin, noradrenalin ve az miktarda dopamin geri alımını inhibe ederler. Trisiklik antidepresanlara opipramol, klomipramin, imipramin, amitriptilin, maprotilin örnek verilebilir. Antihistaminik yan etkileri sebebiyle kilo artışı ve sedasyona sebep olurken; antikolinergik yan etkileri sebebiyle konstipasyon, bulanık görme ve ağız kuruluğuna, α blokaj etkisiyle ise baş dönmesi ve hipotansiyona sebep olurlar. Ayrıca yüksek düzeyde toksite ve fatalite riski taşımaktadırlar (107).

Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI)

Bu tür antidepresanlar nörotransmitterlerden noradrenalin geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. Bu grupta bulunan ülkemizdeki tek ilaç reboksetindir. Apati, yorgunluk, dikkat ve enerji azlığı gibi belirtilerin giderilmesinde kullanılmaktadır (107).

Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDGI):

Nörotransmitterlerden noradrenalin ve dopamin geri alımını inhibe ederek etki gösteren bu ilaçların ülkemizdeki tek örneği bupropiondur. Antidepresan olarak kullanımından öte, düşük dozda sigara bırakma tedavisinde kullanılır (107).

Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)

Bu grup ilaçlar düşük dozlarda serotonerjik, yüksek dozlarda ise noradrenerjik sistemler üzerinde etkilidir. Yan etki profili SSRI'lara benzemekte olup, klinikte ilk tedavi seçeneği ya da SSRI tedavisinin başarısız olduğu durumlarda ikinci tercih olarak kullanılabilirler. Venlafaksin, milnasipran bu grupta bulunmaktadır (111).

Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA)

Bu ilaçlar monoaminleri veya monoamin geri alım pompalarını bloke etmeden serotonin ve noradrenalin düzeyini arttırırlar. Mianserin ve mirtazapin bu grupta yer almaktadır. Mirtazapinin ilave olarak anksiyolitik ve sedatif-hipnotik etkileri de bulunmaktadır (107).

Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SAGI):

Serotonin 2A reseptörlerini ve serotonin geri alımını inhibe ederek etki gösteren bu ilaçlara nefazodon ve trazodon örnek olarak verilebilir (107).

2.3.11.2. Psikoterapötik Yaklaşım

Psikoterapi ve farmakoterapinin birlikte kullanımının depresyonda en etkili tedavi olduğu birçok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen, tek başına psikoterapinin orta ve ağır vakalar dışında antidepresan ilaç tedavisi ile aynı etkiyi gösterdiği ya da ilaç etkinliğini ciddi şekilde arttırdığı söylenebilir. Bu yüzden hafif-orta dereceli depresyonda tedavi başlangıcında tek başına yeterli olabilir (112). Tedavi için uygulanan çeşitli psikoterapi yöntemleri bulunmaktadır.

Bilişsel Terapi

Bilişsel terapi major depresif bozuklukta yer alan bilişsel çarpıtmalar üzerine odaklanır. Bu tedavi şeklinin amacı, depresif atakları yatıştırmak ve hastanın mevcut olumsuz bilişlerini tanımlamasına yardım ederek tekrarlamasını önlemektir. Çoğu çalışmada bilişsel terapi ile farmakoterapinin eş değer etkide olduğu gösterilmiştir. Bilişsel tedavinin bir diğer avantajı ise farmakoterapiye direnç gösteren hastalarda kullanılabilmesidir. İki yılı aşan sürelerde yapılan izlemlerde diğer tedavi yöntemlerine kıyasla bilişsel terapide depresyon nüks oranı çok daha düşüktür (113).

Davranışsal Terapi

Davranışsal terapi bireyin uyumsuz alışkanlık ya da tutumlarını yok edip, yeni uygun davranış kalıpları oluşturmayı hedefler. Daha önce davranışsal terapi alan depresyonlu hastalarla yapılan çalışmaların sonuçlarına göre bu terapi yönteminin en az bilişsel terapi kadar etkili olduğu gösterilmiştir (114).

Kişiler Arası (İnterpersonal) Terapi

Myrna Weisman ve Gerald Klerman tarafından tanımlanan bu tedavi hastanın şu anki kişiler arası problemine odaklanır. Bu problemler erken yaştaki iyi olmayan ilişkilerden kaynaklanmakta ve şu anki depresif belirtileri ortaya çıkartmaktadır (113). Yapılan randomize kontrollü çalışmada bu tarz tedavinin en az bilişsel terapi ve farmakoterapi kadar etkili olduğu gösterilmiştir (115).

Öz Farkındalığa Dayalı Bilişsel Terapi

Kişinin temelde durumunu kabullenip şimdiki zamana yargısız ve açık olarak dikkatini vererek derin bir farkındalık hali içinde olduğu bir terapi şeklidir. Yapılan bir çalışmada özellikle kronik depresyon konusunda hastalara yardımcı olduğu gösterilmiştir (116).

Aile Terapisi

Bu terapi major depresif bozuklukta birincil terapi olmamasına rağmen, depresif duygudurum hastanın aile ilişkilerini etkiliyorsa ya da depresyon ailedeki sorunlarla şiddetleniyorsa aile terapisi gereklidir (113).

Psikoanalitik Yönelimli Terapi

Bu tedavide amaç depresif belirtileri yatıştırmaktan öte, hastanın kişilik yapısında ya da karakterinde bir değişikliğe yol açmaktır. Kişiler arası güven duymayı sağlamak, zorluklarla baş etme yöntemlerini geliştirmektir (113).

2.3.11.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)

EKT uygulamasının etki mekanizması, elektrikle konvulziyon oluşturmaya dayanır. Depresyon hastasında psikotik özellikler varsa, farmakoterapi kontraendike ya da intihar düşüncesi yoğun ise EKT kullanılabilir. Kısa süreli etkinliği kanıtlanmış olmasına rağmen, uzun süreli etkinliği tartışmalıdır (117).

2.3.11.4. Yeni Tedavi Yaklaşımları

Günümüzde depresyon tedavisinde en önemli sorunlardan biri tedaviye direnç ve kronikleşmedir. Major depresyon hastalarının yaklaşık üçte birinde antidepressanlar yeterli doz ve sürede kullanılmasına rağmen tedaviye direnç gelişmektedir. Bu durumda aynı ya da farklı gruptan bir ilaca geçme, mevcut ilaca başka bir ilaç ekleme, elektrokonvulsif tedavi gibi bilinen yöntemlerin yanı sıra tekrarlayan transmanyetik uyarımı, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı gibi farmakolojik olmayan tedaviler de kullanılmaya başlanmıştır (117).

2.3.12. Ergenlerde Depresyon

Depresyon, ergenlerde oldukça sık görülen, yeti yitimine sebep olabilen, intihar davranışı için bir risk etmeni oluşturan, yetişkin depresyonunun başlangıcı olma potansiyeli taşıyan, süregelenleşmeye ve yinelemeye yatkın ciddi bir ruh sağlığı sorunudur .

Ergenlik çağı, cinsel olgunlaşmanın, bedensel ve ruhsal gelişmenin, yoğun duygusal dalgalanmaların ve çelişkili davranışların olduğu bir dönemdir. Bu dönemde birey kendi değerlerini bulmak ve kendi kimliğini yaratmak için büyük bir arayış içerisine girer (118).

Ergen depresyonunda, erişkin depresyonunda olduğu gibi umutsuzluk, ilgi ve istek kaybı, uyku ve iştah değişikliği, değersizlik duyguları, karar verme güçlükleri, intihar düşünceleri gibi belirtilerin yanı sıra, erişkinlerden farklı olarak sinirlilik, alınganlık, okul başarısında düşme, eleştirilere karşı aşırı tepkisellik gibi belirtiler de görülebilir. Arkadaş ilişkilerinde bozulma, aile üyeleriyle çatışma, okuldan ve evden kaçma, suça karışma, alkol, sigara, madde kullanımı gibi çeşitli davranış sorunlarıyla bir arada olabilir (13, 119).

Ergenlik döneminde depresyon ailesel, çevresel ve psikososyal faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkabilir. Depresyonu olan ergenlerin %20-50'sinin ailesinde depresyon ya da başka ruhsal hastalık öyküsü bulunurken (120), depresyonu olan anne-babaların çocuklarında ise depresif bozukluk riski yaklaşık 3 kat artmıştır (121). Aynı zamanda ebeveyn ölümü ya da ayrılığı, istismar ya da ihmale maruz kalmak, zayıf aile desteği, aile içi çatışma, ailede ruhsal hastalık varlığı depresyon için risk faktörü olabilir. Çevresel ve psikososyal olarak ise, stresli ve travmatik yaşam olayları, olumsuz akran ilişkileri, okul başarısızlığı, fiziksel hastalık varlığı, daha önce geçirilen depresyon ya da başka ruhsal hastalık varlığı, düşük benlik saygısı, atılganlık ve sorun çözme becerisi yetersizliği depresyonla ilişkilendirilebilir (13, 122).

Ergenlerde depresyon sık görülen duygudurum bozukluklarından biri olup, görülme sıklığı bu dönemde %5 ile %20 arasında değişmektedir (10-12).

Kesitsel çalışmalarda klinik tanı almadan sadece ergenlerin kişisel beyanlarına dayalı depresif belirtilerin prevalansı ise %20-50 arasında bildirilmiştir. (123, 124).

Çocuklarda depresyon prevalansı düşük ve cinsiyet farkı olmamasına rağmen, ergenlik döneminde yaşla birlikte prevalans önemli ölçüde artmaktadır. Yaşam boyu depresyon prevalansı çocukluk döneminde %3'ten az iken, orta-geç ergenlik döneminde bu oran %17'ye ulaşmaktadır (59).

Major depresif bozukluğun nokta prevalansı bu dönemde %0,4 ile %8,3 arasında değişirken, yaşam boyu prevalansı %10-28 arasındadır (125, 126). Erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de depresyon tekrarlama eğilimi gösterebilir. Major depresif atak geçirenlerin yaklaşık %50-70'i 5 yıl içinde ikinci bir depresif atakla karşı karşıya kalır (127). Nüksü etkileyen faktörler arasında, daha önce geçirilen depresif atak sayısı, depresyonun şiddeti, başlangıç yaşı, ailede erken başlangıçlı duygudurum bozukluğu ve çeşitli psikososyal faktörler sayılabilir. Major depresif atak ortalama 7-9 ay sürer ve %90'ı 1-2 yıl içinde düzelir (119).

Yapılan bir kohort çalışmasında, bireyler doğumdan itibaren 26 yıl boyunca izlenmiş ve bu süre sonunda depresyondaki bireylerin %75'inin çocukluk veya ergenlik döneminde en az bir depresif atak geçirdiği; sadece % 25'inin erişkinlik döneminde (21–26 yaş arası) depresyonunun başladığı gözlemlenmiştir (128).

Major depresyon ergenlerin yarısından fazlasında yetişkinlikte de devam eder (129). Ayrıca kızların %25'inde erkeklerin ise %10'unda subklinik depresyon görülmekte olup, bu durum yetişkinlikteki major depresyon riskini 2-3 kat arttırmaktadır (12).

Depresyon sıklığı ergenliğin ilk yıllarından itibaren kadınlarda erkeklere göre iki kat yüksektir (130). Kadınlarda ergenlik döneminde meydana gelen hormonal değişimler bu farkı oluşturan sebeplerden biri olabilir (131). Bununla birlikte, tek başına hormonal değişiklikler nadiren depresyonun davranışsal belirtilerini meydana getirir. Kızların strese karşı artmış duyarlılığı, stresle başa çıkmada farklı davranışları, farklı stres düzeylerine maruz kalmaları da etken olarak gösterilebilir (130).

Hayvanlarda yapılan çalışmalar, östrojenin prefrontal kortekste stres cevabını arttırdığını göstermektedir (132). Bu nedenle, depresyonda puberte sonrası görülen cinsiyet farkı, kızlarda stresörlere maruziyetin artması ve hormona bağlı yüksek stres duyarlılığı sonucu olabilir.

Kızlarda depresyon genellikle daha yaygın olmasına rağmen, erkek çocuklarda bunu tanımak önemlidir. Ayrıca, bazı alt gruplarda (örneğin, nörogelişimsel ve tıbbi rahatsızlıkları olan hastalar) bu cinsiyet farkı büyük ölçüde azalmış hatta tersine çevrilmiş olabilir (133).

Depresyon ergenlerde yeti yitimine sebep olabildiği gibi intihar davranışı için de risk oluşturabilir. Depresyon varlığı ergenlerdeki intihar riskini yaklaşık 7 kat arttırmaktadır (134). İntihar, 15-19 yaş grubunda üçüncü büyük ölüm nedeni olup bu yaş grubundaki ölümlerin %9,1'ini oluşturmaktadır (135). Ülkemizde intiharların %34,3'ü 15-29 yaş grubunda, intihar eden kadınların ise %18'i 15-19 yaş grubundadır (136).

Depresyonu olan ergenlerin ayrıca %40-70'inde depresyona komorbid psikiyatrik hastalık varlığı da bildirilmiştir En sık anksiyete ve distimik bozukluk görülürken, bunları yıkıcı davranış bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kullanımı izler. Komorbid psikiyatrik hastalık varlığı, depresyonun yineleme riskini, depresif atakların süresini, şiddetini, tedaviye cevabı ve intihar riskini artırır (126).

Tablo 5: Türkiye'de Ergenlerde Depresyon Prevalansı Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar

Çalışma bilgisi	Yer	Örneklem,Yaş	Örneklem Sayısı	Ölçek	Prevalans
Ceylan ve ark. (2003)	Mardin	Lise son sınıf öğrencileri	444	BDÖ	37%
Ergene ve Yıldırım (2004)	Ankara	Üniversite sınavına hazırlanan öğrenciler	984	BDÖ	45%
Toros ve ark. (2004)	Mersin	10-20 yaş arası öğrenciler	4256	BDÖ	12,50%
Ünsal ve Ayrancı (2008)	Eskişehir ilçesi	Lise öğrencileri	846	BDÖ	30,70%
Eskin ve ark .(2008)	Aydın	9. sınıf öğrencileri	805	ÇDÖ	17,50%
Bostancı ve ark. (2005)	Denizli	Üniversite öğrencileri	504	BDÖ	26,20%
Aylaz ve ark. (2007)	Malatya	Sağlık MYO öğrencileri	236	BDÖ	25,40%

Tablo 5: (devam)

Çalışma bilgisi	Yer	Örneklem,Yaş	Örneklem Sayısı	Ölçek	Prevalans
Bayram ve Bilgel (2008)	Bursa	Üniversite öğrencileri	1617	DASS-42	27,10%
Çelikel ve ark. (2008)	Tokat	Üniversite öğrencileri	1971	BDÖ	35,20%
Taşkın ve ark. (2009)	Manisa	Üniversite birinci sınıf öğrencileri	1026	BDÖ	20,60%
Üner ve Özcebe (2005)	Ankara	9. ve 11. sınıf öğrencileri	494	BDÖ	28,00%
Emiroğlu ve ark. (2011)	Gaziantep	Lise son sınıf öğrencileri	146	BDÖ	38,50%
Özfırat ve ark. (2006)	Malatya	Lise son sınıf öğrencileri	1225	BORDEPTA	47,00%
Ören ve Gençdoğan (2007)	Erzurum	Lise öğrencileri	249	BDÖ	47,10%
Yavuz ve ark. (2015)	İstanbul-Şişli	10. ve 11. sınıf öğrencileri	391	BDÖ	25,60%
Öner (2014)	Trabzon	Lise öğrencileri	669	BDÖ	21,10%
Türkleş ve ark. (2005)	Erzincan	Lise öğrencileri	663	ÇDÖ	19,90%
Öztop ve ark. (2005)	Kayseri	Lise öğrencileri	2217	ZDÖ	41,60%

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇDÖ: Çocukluk Depresyon Ölçeği, DASS-42: Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği, ZDÖ:Zung Depresyon Ölçeği, BORDEPTA:Boratav Depresyon Tarama Ölçeği

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma İstanbul İli Silivri İlçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmaydı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma İstanbul İli Silivri İlçesinde Kasım-2017 ile Ocak-2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında İstanbul ili Silivri ilçesinde 14 lisede öğrenim gören 8181 öğrenci oluşturmaktaydı.

3.4. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ VE SEÇİMİ

Örneklem büyüklüğü OpenEpi programıyla $\alpha=0,05$, $p=0,27$, $d=0,04$, Design Effect= 1,0 $N=8181$ alınarak ilk başta 448 olarak hesaplandı. Ardından bu sayı liselerde dört sınıf olduğu için tabakalandırmayla arttırıldı ve $n \times (1,1)^4$ formülü ile örneklem büyüklüğü 656 olarak belirlendi.

Çalışma sırasında bazı kayıpların olabileceği göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü $\alpha=0,05$, $p=0,27$, $d=0,04$, Design Effect= 1,2 $N=8181$ alınarak tekrar hesaplandı. Bu bilgilerle elde edilen 537 sayısı tabakalandırmayla arttırıldı ve örneklem büyüklüğü $n \times (1,1)^4$ formülü ile 786 olarak belirlendi.

Tablo 6: İstanbul İli Silivri İlçesindeki Liselere Göre Öğrenci Sayıları

Okul Adı	Erkek	Kız	Toplam
Prof. Dr. Fuat Sezgin Fen Lisesi	227	299	526
Atatürk Anadolu Lisesi	395	418	813
Gümüşyaka Anadolu Lisesi	388	393	781
Hasan Sabriye Gümüş Anadolu Lisesi	200	333	533
Silivri Anadolu Lisesi	410	372	782
TOKİ Cumhuriyet Anadolu Lisesi	386	503	889
Değir. İMKB Çok Programlı Anadolu Lisesi	335	180	515
İbrahim Yirik Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	97	258	355
Selimpaşa İMKB Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	171	149	320
Silivri Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	899	118	1017
Necip Sarıbekir Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	289	159	448
Şerife Baldöktü Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	52	495	547
Selimpaşa Anadolu İmam Hatip Lisesi	303	11	314
Silivri Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi	0	341	341
TOPLAM	4152	4029	8181

Araştırmada küme örneklem yöntemi kullanıldı ve küme birimi olarak liselerdeki sınıflar alındı. Dokuzuncu sınıflarda 2415, onuncu sınıflarda 2154, on birinci sınıflarda 2069, on ikinci sınıflarda ise 1543 öğrenci bulunmaktaydı. Her sınıf grubundaki öğrenci sayıları toplam öğrenci sayısına oranlandı. Bu oranlar örneklem büyüklüğü ile çarpılarak her sınıftan örnekleme alınması gereken öğrenci sayısı hesaplandı. Bu öğrenci sayıları sınıfların ortalama mevcutlarına bölünerek seçilecek şube sayıları belirlendi. Ardından şubeler kendi içlerinde numaralandırılarak basit rastgele örneklem yöntemiyle örneklem seçildi. Buna göre dokuzuncu sınıflardan 243, onuncu sınıflardan 204, on birinci sınıflardan 198, on ikinci sınıflardan 141 öğrenci örnekleme alındı. Örnekleme seçilen öğrencilerin liselere göre sayıları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 7: Örnekleme Seçilen Öğrencilerin Liselere Göre Sayıları

Okul Adı	Erkek	Kız	Toplam
Prof. Dr. Fuat Sezgin Fen Lisesi	14	13	27
Atatürk Anadolu Lisesi	12	12	24
Gümüşyaka Anadolu Lisesi	112	109	221
Hasan Sabriye Gümüş Anadolu Lisesi	13	19	32
Silivri Anadolu Lisesi	38	29	67
Toki Cumhuriyet Anadolu Lisesi	22	30	52
Değir. İMKB Çok Programlı Anadolu Lisesi	111	39	150
İbrahim Yirik Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	0	0	0
Selimpaşa İMKB Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	0	0	0
Silivri Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	0	0	0
Necip Sarıbekir Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	22	17	39
Şerife Baldöktü Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi	13	51	64
Selimpaşa Anadolu İmam Hatip Lisesi	59	0	59
Silivri Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi	0	51	51
TOPLAM	416	370	786

Araştırma örneklemindeki 786 öğrencinin 98'i devamsızlık veya başka bir sebeple o sırada okulda bulunmadığı için, 8 öğrenci ise Beck Depresyon Ölçek sorularını hatalı veya eksik olarak doldurduğu için 680 kişi ile analizler gerçekleştirildi.

3.5. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

İstanbul ili Silivri ilçesinde liseye gitmek

3.6. HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ

Anket uygulamasını kabul etmemek

Okula devamsızlık veya başka bir sebeple okulda bulunmamak

İstanbul ili Silivri ilçesinde liseye gitmemek

Ölçek sorularını hatalı ya da eksik cevaplamak

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı. Araştırma verilerinin uygulanması için araştırmacı tarafından belirlenen okullara gidilerek öncelikle müdürler sonrasında ise öğretmenler ile görüşüldü. Ders öncesinde veya sonrasında anketler öğrencilere dağıtılarak uygulandı. Anket formu, Sosyodemografik Veri Formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktaydı. Uygulama öncesinde öğrencilere araştırmanın amacı, anket formlarının içeriği ve nasıl doldurulacağıyla ilgili bilgi verildikten sonra öncelikle onam formları dağıtılarak gönüllü olanların katılımı sağlandı. Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-1)

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve depresyon oluşturabilecek bazı durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen 34 soruluk bilgi formu kullanıldı. Bu formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu okulu, sınıfı, okul başarısı durumu, anne-babanın hayatta olma durumu, anne-babanın birlikte yaşama durumu, anne-babanın eğitim düzeyi, anne-babanın mesleği, ailenin ortalama aylık geliri, kardeş sayısı, aile tipi, yaşadığı yer durumu, uyku ve beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu ve hobileri, kendisinin ve birlikte yaşadığı kişilerin kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, ailesinde ruh sağlığı bozukluğu varlığı sorgulandı. Bu bölümde ayrıca kişinin depresyon ve başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma ve bu tanıyla tedavi görme durumları da araştırıldı.

“Günlük uyku süresiniz nedir?” sorusu Ulusal Uyku Vakfı (NSF)'nin ergenler için tavsiye ettiği 7-11 saat arası (önerilen) ve 7 saatten az veya 11 saatten fazla (önerilmeyen) şeklinde iki kategoriye ayrıldı (137). Ailenin aylık gelir durumu sorusunda ‘4000-6000 TL’ ve ‘6000 TL üzeri’ grupları birleştirildi ve ‘4000 TL ve üzeri’ olarak yeniden isimlendirildi. Bu yüzden aile gelir durumu <2000TL, 2000-4000TL ve >4000TL olarak gruplandırıldı. ‘Yaşadığı yer’ sorusu ‘yurtta’, ‘evde, arkadaşlarımla’ ve ‘evde, tek başıma’ seçenekleri az kişi tarafından işaretlendiği için ‘diğer’ seçeneği başlığı altında değerlendirildi ve seçenekler ‘evde-ailemle’ ve ‘diğer’ olarak düzenlendi. ‘Okul türü’ sorusunda Anadolu ve Fen liseleri birleştirildi. ‘Anadolu ve Fen liseleri’, ‘Meslek lisesi’ ve ‘İmam Hatip lisesi’ olarak 3 gruba ayrıldı. Son bir

hafta içerisinde kaç gün toplam en az 60 dakika fiziksel etkinlikte buldunuz?’ sorusunda ise 2-4 gün, 5-7 gün grupları birleştirildi. Bu soru 0-1 gün ve ≥ 2 gün olarak yeniden gruplandırıldı. Boy ve ağırlık anket içerisinde öğrencilere sorularak, Beden Kitle İndeksi (BKİ)= Ağırlık (kg) / Boy² (m²) formülü ile hesaplandı. Dünya Sağlık Örgütü’nün 5-19 yaş grubundaki çocuk ve adolesanlar için önerdiği z-skorlaması kullanıldı. Bu sınıflamaya göre; (138)

- Zayıf: < -2SD (Z skor)
- Normal: >-2SD (Z skor) - < + 1SD (Z skor)
- Kilolu: > + 1SD (Z skor)
- Şişman(obez): >+2SD (Zskor)

3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (EK-1)

Beck Depresyon Ölçeği; 21 maddeden oluşan, depresyon belirtilerinin derecesinin belirlenmesini amaçlayan Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan her bir maddede, depresyona özgü davranışlar ve semptomlar tanımlanmıştır. Her madde hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmış olup 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Toplam puanı ise 0 ile 63 arasında değişmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmış olup, ölçeğin kesme (cut-off) puanı 17 olarak kabul edilmiştir. 17 ve üzerindeki puanların sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90’ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebileceği gösterilmiştir (93, 139). Bu nedenle bu çalışmada BDÖ 17 ve üzeri puanlar olası depresyon olarak değerlendirilmiştir.

Puanların derecelendirilmesi ; 0 - 9 puan: Minimal Düzeyde Depresyon

10 - 16 puan: Hafif Düzeyde Depresyon

17 - 29 puan: Orta Düzeyde Depresyon

30 - 63 puan: Şiddetli Düzeyde Depresyon

BDÖ’nün Türkçe versiyonunun üniversite öğrencileri üzerinde geçerlilik, güvenilirlik çalışması Hisli ve Tegin tarafından yapılmıştır. Tegin’in üniversite öğrencilerinde iki yarım test ve test-tekrar test yöntemiyle yaptığı çalışmada güvenilirlik katsayıları $r=0,78$ ve $r=0,65$ olarak bulunmuştur. Hisli’nin psikiyatrik örnekleme

yaptığı çalışmada ise ölçeğin geçerliliği birlikte geçerlilik yöntemiyle belirlenmeye çalışılmış ve kriter olarak Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon alt testi (MMPI-D skalası) kullanılmıştır. İki ölçek arasında korelasyon katsayısı $r=0,63$ olarak bulunmuştur. Yine Hisli'nin 259 üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada güvenilirlik için madde analizi ve yarıya bölme teknikleri kullanılmış, Cronbach alfa katsayısı 0,80 ,iki yarım test korelasyonu ise $r = 0,74$ olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin geçerliliği için BDÖ ve MMPI-D skalası arasındaki korelasyon katsayısı $r = 0,50$ olarak saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar Batı'daki çalışmalarla tutarlı bulunmuştur (93, 140).

3.8. ARAŞTIRMANIN İNSAN GÜCÜ

Araştırmada verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve analizi araştırmacı tarafından yapıldı.

3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırma bütçesi araştırmacı tarafından karşılandı.

3.10. ETİK KURUL İZİNİ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu. Etik kurul onayı 05.09.2017 tarihinde toplanan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında 324973 sayılı kararı ile alındı. Çalışma sırasında tez danışmanının emekliliği nedeniyle danışman değişikliği yapılmış olup etik açıdan uygunluğu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 06.04.2018 tarihli 131401 sayılı yazısı ile bildirildi (EK-2).

3.11. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırma kapsamında toplanan veriler “SPSS 21 for Windows” aracılığıyla veri tabanına aktarıldı ve değerlendirildi. Analizlerde verilerin tanımlayıcı özellikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzdeler (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca, en küçük ve en büyük (min.-max.) değer olarak sunuldu. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri), tanımlayıcı (değişim katsayıları, skewness ve kurtosis değerleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Kategorik değişkenlerin analizi Pearson ki-kare testi ve gerekli hallerde Fisher-Exact

Test kullanılarak gerçekleştirildi. İki den fazla grup karşılaştırmalarında farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için standardize rezidüler değerlendirilerek karar verildi. Standardize rezidü değerinin $\pm 1,96$ den düşük ve/veya yüksek olanların farkı oluşturduğu kabul edildi (141). Yapılan ikili karşılaştırmalarla belirlenen farklı prediktörlerin depresyon varlığını öngörmedeki etkileri lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi. Model uyumu değerlendirmede Hoshmer-Lemeshow testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



3.12. ARAŞTIRMA TAKVİMİ

Şekil 1: Araştırma Plan ve Zaman Akışı

	2017					2018											2019							
	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz
Literatür Taranması																								
Anketlerin Hazırlanması																								
Gerekli İzinlerin Alınması																								
Anket Uygulama																								
Verilerin Hazırlığı																								
Verilerin Analizi																								
Raporlama																								
Sunum																								

4. BULGULAR

Tablo 8: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Yaş Özellikleri

	Sayı	%*
Cinsiyet		
Erkek	347	51,0
Kadın	333	49,0
Yaş		
14	96	14,1
15	210	30,9
16	165	24,3
17	180	26,5
18	29	4,3

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan toplam 680 öğrencinin 333'ü (%49,0) kadın olup, yaş ortalaması $15,71 \pm 1,15$ ' dir (tablo 8).

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Türü, Sınıf ve Okul Başarı Durumu

	Sayı	%*
Okul türü		
Anadolu Lisesi	451	66,5
Fen lisesi	24	3,5
Meslek lisesi	106	15,6
İmam hatip lisesi	97	14,3
Sınıf		
9.sınıf	215	31,8
10.sınıf	170	25,1
11.sınıf	180	26,6
12.sınıf	112	16,5
Okul başarısı		
Takdir belgesi	134	19,7
Teşekkür belgesi	170	25,0
Belge yok	376	55,3

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya alınan öğrencilerin %66,5'i anadolu lisesinde, %15,6'sı meslek lisesinde, %14,3'ü imam hatip lisesinde, %3,5'i ise fen lisesinde öğrenim görmekteydi. Öğrencilerin %31,8'i 9. sınıf, %25,1'i 10. sınıf, %26,6'sı 11. sınıf ve %16,5'i 12. sınıftaydı. "Bir önceki dönem okul başarı durumunuz hangisine uymaktadır" sorusuna katılımcıların %55,3'ü belge yok derken, %25,0'ı teşekkür belgesi ve %19,7'si takdir belgesi demişti (tablo 9).

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı	%*
Anne sağ mı?		
Sağ	678	99,7
Ölü	2	0,3
Baba sağ mı?		
Sağ	667	98,1
Ölü	13	1,9
Anne-Baba birlikte mi?		
Birlikte	621	91,3
Boşanmış	45	6,6
Vefat	14	2,1
Kardeş sayısı		
Tek	37	5,4
1 kardeş	262	38,5
2 ve üzeri	381	56,0

*Sütun yüzdesi

Tablo 10'da araştırmaya alınan öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; öğrencilerin %0,3'ünün annesi, %1,9'unun da babası hayatta değildi. %91,3'ünün anne ve babası birlikte yaşamaktayken, %6,6'sının anne ve babası boşanmış ve %2,1'inin anne-babasından en az biri hayatını kaybetmişti. Öğrencilerin %5,4'ü tek çocuk iken, %38,5'inin 1 kardeşi, %56,0'sının ise 1'den fazla kardeşi vardı.

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi ve Meslek Dağılımı

	Sayı	%*
Anne eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	48	7,1
Okuryazar	30	4,4
İlkokul-ortaokul	436	64,1
Lise	121	17,8
Üniversite	45	6,6
Baba eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	8	1,2
Okuryazar	30	4,4
İlkokul-ortaokul	402	59,1
Lise	173	25,4
Üniversite	67	9,9
Anne meslek		
İşçi	146	21,5
Memur	19	2,8
Serbest Meslek	49	7,2
Çalışmıyor	455	66,9
Diğer	11	1,6
Baba meslek		
İşçi	298	43,8
Memur	53	7,8
Serbest Meslek	271	39,9
Çalışmıyor	12	1,8
Diğer	46	6,8

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya alınan öğrencilerin anne eğitim düzeylerine bakıldığında %64,1 ile ilkokul-ortaokul mezunu 1. sırada yer alırken, onu %17,8 ile lise mezunu takip etmekteydi. Baba eğitim düzeylerine bakıldığında %59,1 ile ilkokul-ortaokul mezunu 1. sırada yer alırken onu %25,4 ile lise mezunu takip etmekteydi (tablo 11).

Annelerin %66,9'u çalışmıyorken, %21,5'i işçi, %7,2'si serbest meslekle uğraşiyor ve %2,8'si memurdu. Babaların ise %43,8'i işçiyken, %39,9'u serbest meslek ile uğraşmakta, %7,8'i memur ve %1,8'i çalışmamaktaydı (tablo 11).

Tablo 12: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Aile Tipi, Ailelerinin Aylık Ortalama Gelirleri ve Yaşadıkları Yer Durumu

	Sayı	%*
Aile tipi		
Çekirdek aile	536	78,8
Geniş aile	111	16,3
Parçalanmış aile	33	4,9
Ailenin aylık geliri		
<2000 TL	214	31,5
2000-4000 TL	346	50,9
>4000 TL	120	17,6
Yaşadığı yer		
Evde-Ailesiyle	633	93,4
Diğer (yurt vb.)	45	6,6

*Sütun yüzdesi

Katılımcıların %78,8'i çekirdek aileye sahipken, %16,3'ü geniş aileye sahiptir. Aylık hane gelirlerine bakıldığında %50,9 ile 2000-4000 TL en sık görülen grubu oluştururken, %31,5'i 2000 TL altı ve %17,6'sı 4000 TL ve üzeri grubu oluşturmaktaydı. Öğrencilerin %93,4'ü evde-aileleriyle birlikte kalmaktaydı (tablo 12).

Tablo 13: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Yaşam Alışkanlıkları

	Sayı	%*
Fiziksel etkinlik (son 1 hafta)		
0-1 gün	239	35,1
≥2 gün	441	64,9
Düzenli hobiniz var mı?		
Hayır	164	24,1
Evet	516	75,9
Uyku düzensizliği var mı?		
Hayır	339	49,9
Evet	341	50,1
Günlük uyku süreniz?		
Önerilen (7-11 saat)	506	74,4
Önerilmeyen (<7 saat veya >11 saat)	174	25,6
Son bir hafta içerisinde öğün atladığınız oldu mu?		
Hayır	376	55,3
Evet	304	44,7
Okul günleri evde genellikle kahvaltı yapar mısınız?		
Hayır	329	48,4
Evet	351	51,6

*Sütun Yüzdesi

Tablo 13’de öğrencilerin bazı yaşam alışkanlıklarına ait bilgiler sunulmuştur. Buna göre; % 35,1’i haftada 0-1 gün fiziksel etkinlik yaparken, % 64,9’u haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmaktaydı. Öğrencilerin %75,9’unun düzenli bir hobisi vardı. %50,1’i uyku düzensizliği yaşamakta, %25,6’sı önerilmeyen uyku süresini (<7 saat veya >11 saat) uyumaktaydı. Öğrencilerin %44,7’si son 1 hafta içinde öğün atlarken, %51,6’sı okul günleri evde kahvaltı yaptığını belirtmişti.

Tablo 14: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Gruplarının Dağılımı

	Sayı	%*
Zayıf	143	21,5
Normal	434	65,4
Kilolu	76	11,4
Şişman(Obez)	11	1,7

*Sütun yüzdesi

Araştırmada yer alan öğrencilerin %65,4’ü beden kitle indeksine göre normal kiloda iken, %21,5’i zayıf, %11,4’ü kilolu ve %1,7’si şişman (obez) kategorisindeydi (tablo 14).

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Öğrencilerde Kronik Hastalık Varlığı

Kronik hastalık varlığı	Sayı	%*
Hayır	619	91,0
Evet	61	9,0
Astım	32	52,5
Kronik Bronşit	10	16,4
Migren	4	6,6
Skolyoz	3	4,9
Hipotroidi	2	3,3
FMF	1	1,6
Hipertansiyon	1	1,6
İşitme Engeli	1	1,6
Kronik Panreatit	1	1,6
Renal Yetmezlik	1	1,6
Serebral Palsi	1	1,6
Anemi	1	1,6
Açıklanmayan	3	4,9
Toplam	680	100,0

*Sütun yüzdesi

Tablo 15’de öğrencilerde kronik hastalık varlığı incelenmiştir. Buna göre; öğrencilerin %9,0’unda kronik hastalık vardı. Bu hastalıkların %52,5’ini astım oluşturmaktaydı.

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Düzenli İlaç Kullanım Durumu ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Sayı	%*
Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?		
Hayır	651	95,7
Evet	29	4,3
Daha önce hiç depresyon tanısı aldınız mı?		
Hayır	613	90,4
Evet	65	9,6
Daha önce hiç depresyon tanısı ile tedavi gördünüz mü?		
Hayır	656	96,8
Evet	22	3,2
Halen depresyon tanısı ile tedavi görüyor musunuz?		
Hayır	676	99,7
Evet	2	0,3
Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı aldınız mı?		
Hayır	674	99,4
Evet**	4	0,6

*Sütun yüzdesi, **2 kişide panik atak, 1 kişide obsesif kompulsif bozukluk

Tablo 16’da öğrencilerin düzenli ilaç kullanım durumu ve psikiyatrik hastalık öyküsü yer almaktadır. Buna göre; öğrencilerin %4,3 düzenli ilaç kullanırken, %9,6’sı daha önce depresyon tanısı almış ve %3,2’si bu sebeple tedavi olmuştu. Halen depresyon nedeniyle tedavi görenlerin sıklığı %0,3’tü. Daha önceden depresyon dışı başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma sıklığı ise %0,6 idi (4 kişi). Bu kişilerden 2’sine panik atak, 1’ine de obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuştu.



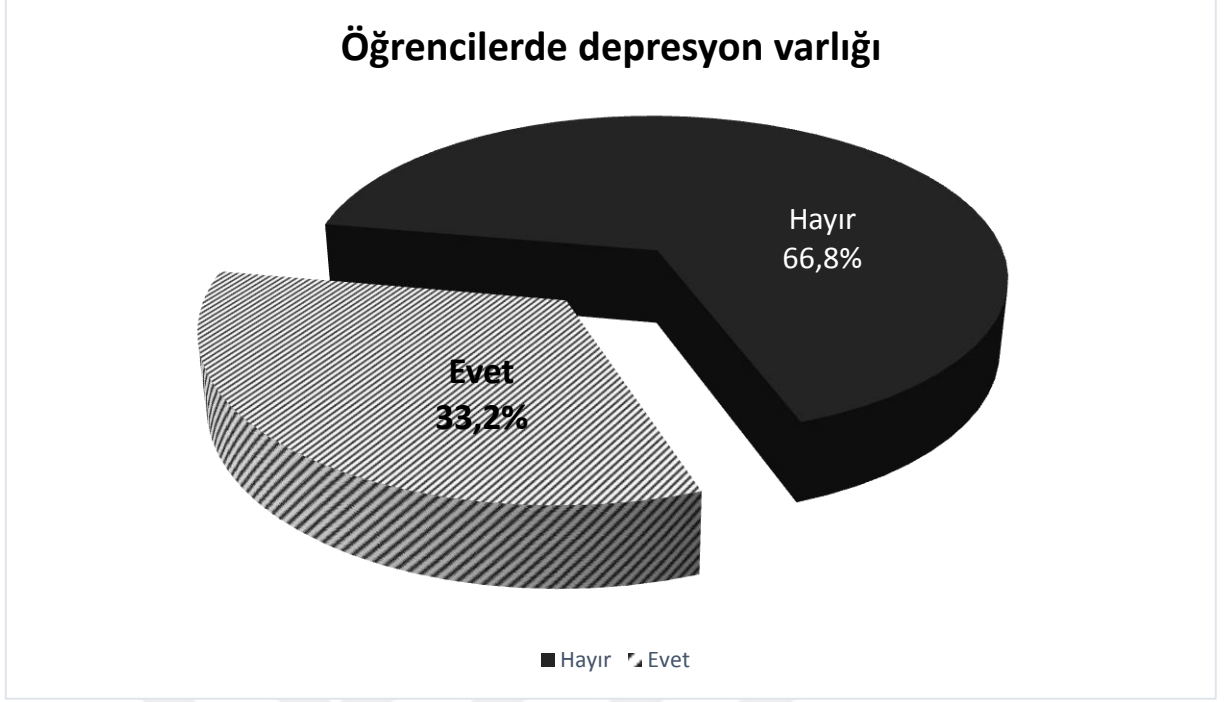
Şekil 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Geçmişte Depresyon Tanısı Alma Durumları

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarının Dağılımı

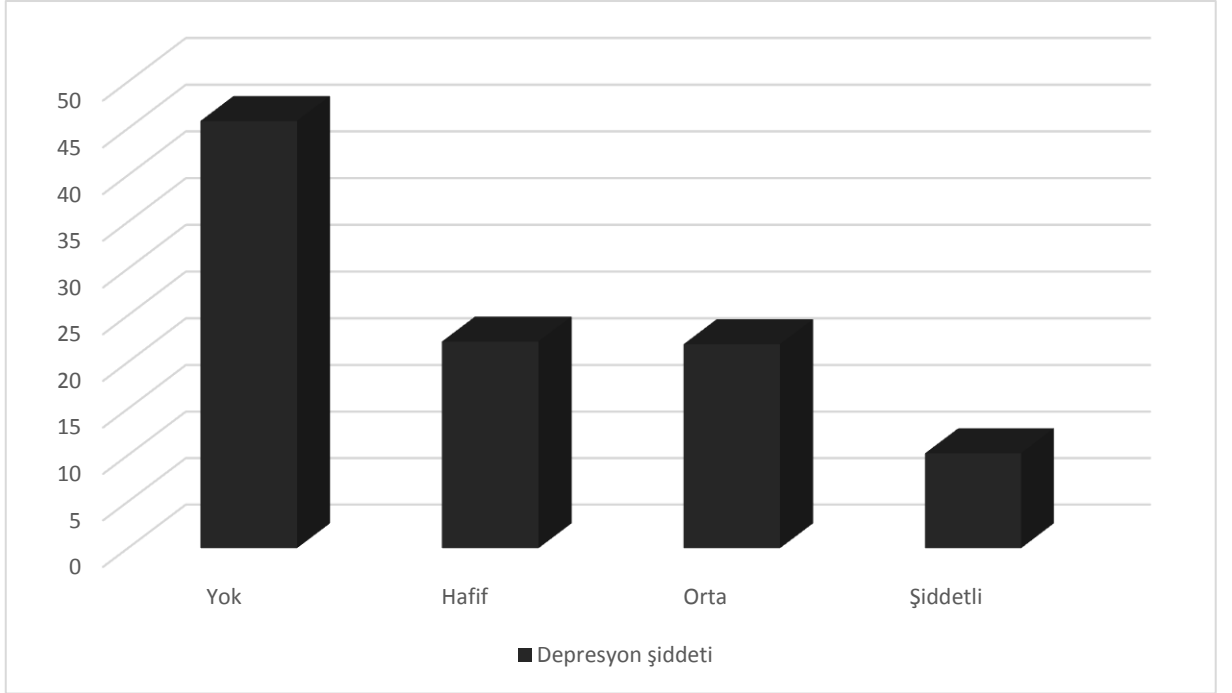
	Sayı	%*
0-9 puan	307	45,1
10-16 puan	147	21,6
17-29 puan	156	22,9
30-63 puan	70	10,3

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya alınan öğrencilerin %45,1'i Beck Depresyon Ölçeğinden 0-9 puan, %21,6'sı 10-16 puan, %22,9'u 17-29 puan ve %10,3'ü 30-63 puan almıştı (tablo 17). Bu puanlamaya göre ölçek puanı 17 ve üzeri olan %33,2'lik kesimin olası depresyonu bulunmaktaydı.



Şekil 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerde BDÖ'ye Göre Depresyon Varlığı



Şekil 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarının Dağılımı

Tablo 18: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ Puanlarına Ait Sayısal Değerler

	Ortalama±SS	Ortanca	Minimum-Maksimum
BDÖ Toplam Puanı	13,29±10,92	11	0-52

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, SS: standart sapma

Tablo 18'e göre araştırmaya alınan öğrencilerin ortalama BDÖ puanı 13,29±10,92 idi. (ortanca 11, minimum=0, maksimum=52).

Tablo 19: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne-Baba Eğitim Düzeyi ile BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17		BDÖ<17		X ²	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Anne eğitim düzeyi						
Okuma yazma bilmiyor	18 (37,5)	30 (62,5)				
Okuryazar	8 (26,7)	22 (73,3)	1,459	0,834		
İlkokul-ortaokul	144 (33,0)	292 (67,0)				
Lise	39 (32,2)	82 (67,8)				
Üniversite	17 (37,8)	28 (62,2)				
Baba eğitim düzeyi						
Okuma yazma bilmiyor	1 (12,5)	7 (87,5)				
Okuryazar	10 (33,3)	20 (66,7)	2,428	0,657		
İlkokul-ortaokul	133 (33,1)	269 (66,9)				
Lise	62 (35,8)	111 (64,2)				
Üniversite	20 (29,9)	47 (70,1)				

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 19'da anne-baba eğitim durumlarına göre öğrencilerde BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması incelenmiştir. Annesi okuma yazma bilmeyenlerin %37,5'inde, annesi sadece okuryazar olanların %26,7'sinde, annesi ilkokul-ortaokul mezunu olanların %33,0'ünde, annesi lise mezunu olanların %32,2'sinde ve annesi üniversite mezunu olanların %37,8'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi.

Babası okuma yazma bilmeyenlerin %12,5'inde, babası sadece okuryazar olanların %33,3'ünde, babası ilkokul-ortaokul mezunu olanların %33,1'inde, babası lise mezunu olanların %35,8'inde ve babası üniversite mezunu olanların %29,9'unda BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Anne (p=0,834) ve baba (p=0,657) eğitim düzeyine göre BDÖ

puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (tablo 19).

Tablo 20: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne-Baba Mesleği İle BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17	BDÖ<17	X ²	p
	n (%)	n (%)		
Anne meslek				
İşçi	49 (36,0)	87 (64,0)	1,345	0,718
Memur	5 (27,8)	13 (72,2)		
Serbest meslek	15 (31,3)	33 (68,8)		
Çalışmıyor	132 (31,1)	293 (68,9)		
Baba meslek				
İşçi	100 (34,0)	194 (66,0)	1,519	0,678
Memur	18 (34,6)	34 (65,4)		
Serbest meslek	80 (29,6)	190 (70,4)		
Çalışmıyor	3 (27,3)	8 (72,7)		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 20'de anne-baba mesleğine göre öğrencilerde BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması incelenmiştir. Annesi işçi olanların %36,0'sında, annesi memur olanların %27,8'inde, annesi serbest meslek ile uğraşanların %31,3'ünde, annesi çalışmayanların %31,1'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi.

Babası işçi olan öğrencilerin %34,0'ünde, babası memur olanların %34,6'sında, babası serbest meslek ile uğraşanların %29,6'sında, babası çalışmayanların %27,3'ünde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Anne (p=0,718) ve baba (p=0,678) mesleğine göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (tablo 20).

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri İle BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17	BDÖ<17	X ²	p
	n (%)	n (%)		
Yaş				
14-15	101 (35,6)	183 (64,4)	1,435	0,488
16	55 (32,9)	112 (67,1)		
17-18	70 (30,6)	159 (69,4)		
Cinsiyet				
Kadın	160 (48,0)	173 (52,0)	64,528	<0,001
Erkek	66 (19,0)	281 (81,0)		
Okul türü				
Anadolu ve Fen lisesi	137 (28,8)	338 (71,2)	14,420	0,001
Meslek lisesi	46 (43,4)	60 (56,6)		
İmam Hatip lisesi	43 (44,3)	54 (55,7)		
Sınıf				
9	88 (40,9)	127 (59,1)	13,272	0,004
10	40 (23,5)	130 (76,5)		
11	62 (34,4)	118 (65,6)		
12	35 (31,3)	77 (68,8)		
Başarı				
Takdir	46 (34,3)	88 (65,7)	1,455	0,483
Teşekkür	62 (36,5)	108 (63,5)		
Belge yok	118 (31,4)	258 (68,6)		
BKİ Grup				
Zayıf	51 (35,7)	92 (64,3)	1,801	0,615
Normal	137 (31,6)	297 (68,4)		
Kilolu	29 (38,2)	47 (61,8)		
Şişman(Obez)	4 (36,4)	7 (63,6)		
Kardeş Sayısı				
Tek	13 (35,1)	24 (64,9)	0,481	0,786
1 kardeş	83 (31,7)	179 (68,3)		
2 ve üzeri kardeş	130 (34,1)	251 (65,9)		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 21’de öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17’nin altı olması incelenmiştir. Yaş ilerledikçe BDÖ puanı 17 ve üzeri olanların sıklığı azalmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,488).

BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu kadınlarda (%48,0) erkeklere (%19,0) göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,001$) (tablo 21).

Öğrencilerin okul türüne göre bakıldığında; Anadolu ve Fen liselerinde %28,8, Meslek lisesinde %43,4, İmam Hatip lisesinde %44,3 sıklıkta BDÖ puanı 17 ve üzeri olan öğrenci vardı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). İki'den fazla grup karşılaştırmalarında farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için standardize rezidüer değerlendirilerek karar verildi. Standardize rezidüellere bakıldığında farkın Anadolu ve Fen liselerinden kaynaklandığı bulundu. BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu Anadolu ve Fen lisesindeki öğrencilerde, diğer lise öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (tablo 21).

Öğrenci sınıfları arasında BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,004$). Standardize rezidüellere bakıldığında farkın 10. sınıflardan kaynaklandığı bulundu. BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu 10.sınıflarda diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (tablo 21).

Bir önceki dönem okul başarı durumuna göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,483$) (tablo 21).

Normal kiloda olan öğrencilerin %31,6'sında, zayıf öğrencilerin %35,7'sinde, kilolu öğrencilerin %38,2'sinde, şişman (obez) öğrencilerin ise %36,4'ünde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ancak dağılımlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p=0,615$) (tablo 21).

Kardeş sayısına göre bakıldığında en az sıklıkta 1 kardeşi olanlarda BDÖ puanının 17 ve üzeri olduğu görüldü ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,786$) (tablo 21).

Tablo 22: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Aile Özellikleri ve Yaşadıkları Yer İle BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17	BDÖ<17	X²	p
	n (%)	n (%)		
Anne sağ mı?				
Sağ	225 (33,2)	453 (66,8)	0,254	0,555*
Ölü	1 (50,0)	1 (50,0)		
Baba sağ mı?				
Sağ	218 (32,7)	449 (67,3)	4,785	0,033*
Ölü	8 (61,5)	5 (38,5)		
Anne-baba				
Birlikte	198 (31,9)	423 (68,1)	6,665	0,036
Boşanmış	20 (44,4)	25 (55,6)		
Vefat	8 (57,1)	6 (42,9)		
Aile gelir				
<2000 TL	82 (38,3)	132 (61,7)	5,506	0,064
2000-4000 TL	113 (32,7)	233 (67,3)		
>4000 TL	31 (25,8)	89 (74,2)		
Aile tipi				
Çekirdek aile	163 (30,4)	373 (69,6)	10,266	0,006
Geniş aile	46 (41,4)	65 (58,6)		
Parçalanmış aile	17 (51,5)	16 (48,5)		
Yaşadığı yer				
Evde-Ailesiyle	207 (32,7)	426 (67,3)	1,009	0,315
Diğer	18 (40,0)	27 (60,0)		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi, *Fisher'in kesin testi

Tablo 22'de öğrencilerin aile özellikleri ve yaşadıkları yere göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması incelenmiştir. Annesi sağ olanların %33,2'sinde, annesi ölenlerin %50,0'sinde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,555). Babası sağ olanların %32,7'sinde, babası ölenlerin ise %61,5'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,033).

Anne-babası birlikte yaşayan öğrencilerin %31,9'unda, anne-babası boşanmış olanların %44,4'ünde ve anne veya babadan biri vefat eden öğrencilerin %57,1'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,036). Farkı oluşturan grup anne-babası birlikte yaşayan gruptu. Bu grupta BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (tablo 22).

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin %30,4'ünde, geniş ailede yaşayanların %41,4'ünde, parçalanmış ailede yaşayanların ise %51,5'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,006). Farkı oluşturan grup çekirdek aile grubuydu. Çekirdek ailelerde BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (tablo 22).

Hem ailenin aylık gelirine (p=0,064) hem de öğrencinin yaşadığı yere (p=0,315) göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (tablo 22).

Tablo 23: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Yaşam Alışkanlıkları İle BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17 n (%)	BDÖ<17 n (%)	X ²	p
Fiziksel etkinlik (son 1 hafta)				
0-1 gün	97 (40,6)	142 (59,4)	8,973	0,003
≥2 gün	129 (29,3)	312 (70,7)		
Düzenli hobi				
Evet	158 (30,6)	358 (69,4)	6,594	0,010
Hayır	68 (41,5)	96 (58,5)		
Uyku düzensizliği				
Evet	147 (43,1)	194 (56,9)	30,049	<0,001
Hayır	79 (23,3)	260 (76,7)		
Uyku Süresi				
Önerilen (7-11 saat)	145(28,7)	361(71,3)	18,687	<0,001
Önerilmeyen(<7 saat veya >11 saat)	81(46,6)	93(53,4)		
Öğün atlama				
Evet	139 (45,7)	165 (54,3)	38,642	<0,001
Hayır	87 (23,1)	289 (76,9)		
Okul günleri evde kahvaltı				
Evet	96 (27,4)	255 (72,6)	11,323	0,001
Hayır	130 (39,5)	199 (60,5)		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 23'de öğrencilerin bazı yaşam alışkanlıklarına göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması incelenmiştir. Son bir haftada 0-1 gün fiziksel etkinlik

yapanlarda (%40,6), haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapanlara (%29,3) göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,003).

Düzenli hobisi olmayanların %41,5'inde, düzenli hobisi olanların %30,6'sında BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,010) (tablo 23).

BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu uyku düzensizliği olanlarda (%43,1) olmayanlara (%23,3) göre (p<0,001), uyku süresi 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlarda (%46,6), uyku süresi 7-11 saat olanlara (%28,7) göre (p<0,001) anlamlı düzeyde daha yüksekti (tablo 23).

Öğün atlayanlarda (%45,7) atlamayanlara (%23,1) göre (p<0,001), okul günleri evde kahvaltı yapmayanlarda (%39,5) yapanlara (%27,4) göre (p=0,001) BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu anlamlı düzeyde daha yüksekti (tablo 23).

Tablo 24: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastalık ve İlaç Kullanma Öyküleri İle BDÖ Puanı İlişkisi

	BDÖ≥17	BDÖ<17	X²	p
	n (%)	n (%)		
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	30 (49,2)	31 (50,8)	7,678	0,006
Hayır	196 (31,7)	423 (68,3)		
Daha Önce Depresyon Tanısı Alma				
Evet	49 (75,4)	16 (24,6)	57,542	<0,001
Hayır	177 (28,8)	438 (71,2)		
Düzenli İlaç				
Evet	15 (51,7)	14 (48,3)	3,837	0,050
Hayır	211 (32,4)	440 (67,6)		
Ailede kronik hastalık tanısı				
Evet	52 (49,1)	54 (50,9)	14,108	<0,001
Hayır	171 (30,3)	393 (69,7)		
Ailede ruhsal hastalık tanılı kişi				
Evet	10 (62,5)	6 (37,5)	5,093	0,024
Hayır	213 (32,4)	444 (67,6)		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X²: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 24’de öğrencilerin hastalık ve ilaç kullanma öykülerine göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17’nin altı olması incelenmiştir. Kronik hastalığı olanların %49,2’sinde, olmayanların %31,7’sinde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,006).

BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu depresyon özgeçmişli olanlarda (%75,4) olmayanlara (%28,8) göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0,001) (tablo 24).

Düzenli ilaç kullananlarda (%51,7), kullanmayanlara (%32,4) göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,050) (tablo24).

Ailede kronik hastalık tanısı olanların %49,1’inde, olmayanların %30,3’ünde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001) (tablo 24).

BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu ailede ruhsal hastalık tanılı kişi olanlarda (%62,5), olmayanlara (%32,4) göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,024) (tablo 24).

Tablo 25: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerinin BDÖ Puanına Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Cinsiyet				
Kadın (ref: erkek)	3,033	2,089	4,403	<0,001
Sınıf				
9. sınıf (ref.: 10. sınıf)	2,444	1,468	4,006	0,001
11. sınıf (ref.: 10. sınıf)	1,883	1,108	3,202	0,019
12. sınıf (ref.: 10. sınıf)	1,457	0,795	2,67	0,223
Aile tipi				
Geniş aile (ref: çekirdek aile)	1,809	1,12	2,921	0,015
Dağılmış aile (ref: çekirdek aile)	2,311	1,05	5,085	0,037
Fiziksel etkinlik (son 1 hafta)				
≥2 gün(ref: 0-1 gün)	0,647	0,439	0,955	0,029

Tablo 25: (devam)

	OR	%95 GA		P
		Alt sınır	Üst sınır	
Uyku süresi <7 saat veya >11 saat (ref: 7-11 saat)	1,761	1,174	2,644	0,006
Son bir haftada öğün atlama Evet (ref: hayır)	2,552	1,767	3,687	<0,001
Ailede kronik hastalık varlığı Evet (ref: hayır)	1,734	1,052	2,860	0,031

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, Ref.: referans, OR: odds ratio, GA: güven aralığı, p: anlamlılık düzeyi, Lojistik regresyon, Backward: LR yöntemi ile yapıldı.

Tablo 25’de öğrencilerin bazı özelliklerinin BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17’nin altı olmasına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir.

Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen ($p < 0,25$) cinsiyet, okul türü, sınıf, anne-baba birlikteliği, aile aylık geliri, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, düzenli hobi varlığı, uyku süresi, öğün atlama, okul günleri evde kahvaltı yapma, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık varlığı bağımsız değişkenler olarak alınırken, BDÖ puanının 17 ve üzeri olması veya 17’nin altı olması ise bağımlı değişken olarak alındı.

Çok değişkenli analiz için oluşturulan model, omnibus test sonucu $p = 0,0001$ ve Hosmer&Lemeshow test sonucu $p = 0,908$ olduğundan geçerli bir modeldi. Nagelkerke R^2 %26,6, modelin toplam ayırıcılığı ise %74,6 idi. BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumunu; cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, son bir haftada öğün atlama, ailede kronik hastalık varlığı anlamlı düzeyde etkilemekteydi ($p < 0,05$).

Erkeklerle göre kadınlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 3,033 kat (GA=2,089-4,403) arttırmaktaydı (tablo 25).

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre geniş ailede yaşayan öğrenciler BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,809 kat (GA=1,120-2,921), dağılmış ailede yaşayan öğrenciler ise 2,311 kat (GA=1,050-5,085) arttırmaktaydı (tablo 25).

Uyku süresi 7-11 saat olanlara göre 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,761 kat (GA=1,174-2,644) arttırırken, son bir haftada öğün atlamayanlara göre atlayanlar 2,552 kat (GA=1,767-3,687), ailesinde kronik hastalık olmayanlara göre olanlar ise 1,734 kat (GA=1,052-2,860) arttırmaktaydı (tablo 25).

10.sınıf olmaya göre 9.sınıf olmak BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 2,444 kat (GA=1,468-4,006), 11.sınıf olmak ise 1,883 kat (GA=1,108-3,202) arttırmaktaydı.

Haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmak, 0-1 gün fiziksel etkinlik yapmaya göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,546 kat (GA=1,047-2,278) azaltmaktaydı (tablo 25).

5. TARTIŞMA

Prevalans

Çalışmamızdaki öğrencilerin ortalama BDÖ puanı $13,29 \pm 10,92$ idi. Öğrencilerin %45,1'i ölçekten 0-9 puan, %21,6'sı 10-16 puan, %22,9'u 17-29 puan ve %10,3'ü 30-63 puan almıştı. Bu puanlamaya göre ölçek puanı 17 ve üzeri olan %33,2'lik kesimin olası depresyonu bulunmaktaydı. Bu sonuçlar benzer koşullarda lise çağındaki ergenlerde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Ünsal ve Ayrancı'nın Eskişehir'in bir ilçesinde 14-19 yaş arası lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada depresyon prevalansı %30,7 olarak bildirilmiştir (142). Geroğlu ve ark.'nın İzmir'de gençlik danışmanlık ve sağlık hizmet merkezine başvuran 12-19 yaş arasındaki ergenlerde yaptığı çalışmada ortalama BDÖ puanı $15,82 \pm 9,33$ 'tür. Çalışmaya katılanların %28,2'sinde minimal, %35,0'inde hafif, %27,2'sinde orta, %9,7'sinde ise şiddetli depresyon tespit edilmiştir (143). Orta ve şiddetli grup birlikte değerlendirildiğinde %36,9'luk kesimde önemsizmesi gereken düzeyde depresyon eğilimi görülmektedir.

Yavuz ve ark.'nın İstanbul ili Şişli ilçesinde 391 lise öğrencisinde yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %25,6'sının BDÖ puanı 17 ve üzeri olarak bulunmuştur (144). Ankara'da (Üner ve Özcebe, 2005) 9. ve 11. sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin ortalama BDÖ puanı $12,37 \pm 9,14$ olup, depresyon prevalansı %28,0 olarak tespit edilmiştir (145).

Trabzon'da (Öner, 2014) 669 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %21,1'inde (146), Erzurum'da (Ören ve Gençdoğan, 2007) 249 lise öğrencisinin %47,1'inde (147), Gaziantep'te (Emiroğlu ve ark., 2011) 146 lise son sınıf öğrencisinin %38,5'inde (148), Mardin'de (Ceylan ve ark., 2003) 444 lise son sınıf öğrencisinin ise %37,0'sinde BDÖ puanı 17 ve üzeri olarak saptanmıştır (118).

Ülkemizde depresyonu saptamak amacıyla farklı ölçeklerle yapılan çalışmalara bakıldığında ise Türkleş ve ark.'nın Erzincan'da 663 lise öğrencisinde yaptığı bir çalışmada Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)' ne göre öğrencilerin %19,9'unda depresyon tespit edilmiştir ($\text{ÇDÖ} \geq 19$) (149). Eskin ve ark.'nın Aydın'da 805 lise birinci sınıf öğrencisinde yaptığı çalışmada katılımcıların %17,5'i ÇDÖ'nün kesme noktası

olan 19 ve üzerinde puan almıştır (150). Öztop ve ark.'nın Kayseri'de 2.217 lise öğrencisinde yaptığı bir çalışmada Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ)'ne göre öğrencilerin %41,6'sında depresyon belirtileri saptanmıştır (ZDÖ \geq 50). Öğrencilerin %9,5'i orta şiddette (ZDÖ=60-69), %1,3'ü şiddetli (ZDÖ \geq 70) düzeyde depresyon puanına sahiptir (151). Özfirat ve ark.'nın Malatya'da 1.225 lise son sınıf öğrencisinde Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (BORDEPTA) kullanarak yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %47,0'sinde depresif bozukluk belirtisi saptanmıştır (152).

Yurt dışı çalışmalarına bakıldığında ise, Kubik ve ark.'nın ABD'de 12-13 yaş arası 3.621 adolesanda yaptığı bir çalışmada CES Depresyon Ölçeğine göre (CES-DÖ) depresif belirti prevalansı %35,0 olarak bildirilmiştir (153).

Abdel-Fattah ve ark.'nın Suudi Arabistan'da 16-20 yaş arası 490 öğrencide yaptığı çalışmada BDÖ için ortalama toplam puan 15,20 \pm 11,14 olarak bulunmuştur. Kesme puanlarına göre %32,7 öğrenci normal (BDÖ=0-9), %33,9 hafif-orta (BDÖ=10-18), %22,4 orta (BDÖ=19-29), %7,3 şiddetli (BDÖ=30-40) ve %3,7 çok şiddetli (BDÖ>40) depresyon grubunda yer almaktadır (154). Modabber-Nia ve ark.'nın İran'da 14-20 yaş arası 4.020 öğrencide BDÖ kullanarak yaptığı çalışmada öğrencilerin % 34,0'ünde depresyon eğilimi tespit edilirken (155), Ekundayo ve ark.'nın Jamaika'da 748 lise öğrencisinde yaptığı çalışmada %14,2 olarak tespit edilmiştir (156).

Fatiregun ve ark.'nın Nijerya'da 10-19 yaş arası 1.713 adolesanda yaptığı çalışmada Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-9 ile ölçülen depresif belirti prevalansı %21,2 olarak bulunmuştur (157). Sun ve ark.'nın Çin'de 11-22 yaş arası 17.622 öğrencide ZDÖ kullanarak yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %44,3'ü ZDÖ'nün kesme noktası olan 50 ve üzerinde puan almıştır (158). Saluja ve ark.'nın ABD'de 6, 8 ve 10. sınıfta olan 9.863 öğrencide yaptıkları çalışmada ise depresif belirti prevalansı %18,2 olarak bildirilmiştir (12).

Görüldüğü gibi yapılan pek çok ulusal ve uluslararası çalışmada lise çağındaki ergenlerde depresyon prevalansı çok geniş bir yelpaze oluşturur. Bu farklılığın nedeni araştırmada kullanılan ölçeklerin özelliklerinden, farklı kesme noktalarının kullanılmış olmasından, araştırma örneklemini oluşturan yaş grubundan ve araştırmaların farklı coğrafi bölgelerde, farklı sosyokültürel özelliklere sahip ergenlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Cinsiyet

Çalışmamızda BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksekti. Çok değişkenli analizlerde sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, ailede kronik hastalık varlığı ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde erkeklere göre kadınlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 3,033 kat ($GA=2,089-4,403$) arttırmaktaydı.

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğu ergenliğin ilk yıllarından itibaren depresyon eğiliminin kızlarda erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir.

Öner'in çalışmasında kız öğrencilerin %28,8'inin, erkek öğrencilerin ise %12,0'sinin depresyon eğilimi bulunmaktadır. Kız öğrencilerde depresyon eğilimi erkeklere göre yaklaşık 2,5 kat fazla bulunmuştur (146).

Üner ve Özcebe çalışmasında ise kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre depresyon açısından 3,13 kat riskli olduğu görülmüştür (145).

Ülkemizde kızlardaki depresyon eğiliminin erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (150-152, 159). Kimi çalışmalarda ise cinsiyetler arasında depresyon açısından fark saptanmamıştır (118, 143, 147, 160-163).

Brezilya'da Salle ve ark. tarafından 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin ortalama BDÖ puanı, erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (164).

ABD'de Brooks ve ark. tarafından 2.224 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada depresyon açısından kızlar erkeklere göre 3,28 kat riskli bulunmuştur (165).

Lim ve ark.'nın Kore'de ilkokul, ortaokul ve lise dönemleri boyunca izlenen öğrencilerde yaptığı prospektif kohort çalışmasında, cinsiyetler arasında depresyon açısından fark ilkokul ve ortaokul döneminde gözlenmezken, lise döneminde kızlar erkeklere göre 3,32 kat riskli bulunmuştur (166).

ABD'de Paxton ve ark. tarafından 15.214 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada kızların %35,49'u, erkeklerin ise %21,95'i depresif ruh haline sahiptir. Depresif ruh hali açısından cinsiyetler arasındaki fark anlamlı olup, kızlar erkekler göre yaklaşık 2 kat risklidir (167).

İlgili literatür incelendiğinde yapılan daha birçok çalışmada depresyon belirtisi gösterme durumu kızlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (12, 130, 154, 168-186). Bazı yurt dışı çalışmalarında ise cinsiyetler arasında bu açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (156, 157, 187) .

Bu durum kadınların fizyolojik ve hormonal birtakım farklılıklarıyla ilgili olabilir. Aynı zamanda kadınlar erkeklere göre duygusal travmalara daha yatkın olabilir. Olumsuz yaşam olaylarıyla daha sık karşılaşabilir. Stresle baş etme yeteneği erkeklere göre daha farklı olabilir. Kadının sosyokültürel normlara göre toplumdaki yeri de psikolojisini olumsuz etkileyebilir.

Yaş

Çalışmamızda öğrencilerin yaşına göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark yoktu.

Öner'in çalışmasında 14-15 yaş arası öğrencilerin %24,9'unda, 16 yaşındakilerin %21,9'unda, 17 yaşındakilerin %17,4'ünde, 18-20 yaş arası öğrencilerin ise %20,2'sinde depresyon eğilimi tespit edilirken gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (146). Benzer şekilde hem Ekundayo hem Paxton çalışmasında yaşa göre depresyon açısından anlamlı fark yoktur (156, 167).

Üner ve Özcebe çalışmasında ise yaşa göre depresyon tanısı alma durumu açısından anlamlı fark bildirilmiştir (145).

Munhoz ve ark.'nın Brezilya'da 10-19 yaş arası öğrencilerde yaptığı çalışmada 14-15 yaş arası öğrenciler, 10-11 yaş arası öğrencilere göre depresyon açısından 1,89 kat riskli bulunmuştur (183).

Literatüre göre ergenlik döneminde depresyon prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Fakat bizim çalışmamız yaşa göre depresyon açısından anlamlı fark saptayamamıştır.

Okul Türü

Çalışmamızda Anadolu ve Fen liselerinde %28,8, Meslek lisesinde %43,4 ve İmam Hatip lisesinde %44,3 sıklıkta BDÖ puanı 17 ve üzeri olan öğrenci vardı. BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu İmam Hatip ve Meslek lisesi öğrencilerinde diğer lise öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Öner'in çalışmasında Fen lisesindeki öğrencilerin %15,8'inin, Anadolu lisesindekilerin %19,1'inin, Sağlık Meslek lisesindekilerin %24,0'ünün, İmam Hatip lisesindekilerin %19,1'inin ve Ticaret lisesinde öğrenim gören öğrencilerin ise %27,6'sının depresyon eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir. Genel olarak bizim çalışmamız ile kıyaslandığında okul türlerine göre depresyon sıklıkları daha düşük olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (146) .

Özfirat ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin öğrenim gördüğü okul türlerine göre depresyon belirtisi gösterme durumları incelenmiştir. Genel liselere devam edenlerin %47,0'sinde, Meslek liselerine devam edenlerin %47,7'sinde, Anadolu-Fen liselerine devam edenlerin ise %45,4'ünde depresyon belirtisi gözlemlenirken gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (152). Bu yönüyle bu çalışma bizim çalışmamızdan farklı sonuçlara ulaşmıştır. Zira bu çalışmada okul türleri açısından depresyon sıklıkları birbirine çok yakın ve yüksek bulunmuştur. Tüm okul türlerinde neredeyse her iki kişiden birinde depresyon eğilimi tespit edilmiştir. Bizim çalışmada ise nispeten daha başarılı olarak görülen Anadolu ve Fen liselerinde depresyon sıklığı, Meslek ve İmam Hatip liselerine göre yaklaşık %15 daha düşük bulunmuştur. Bu durum İstanbul ve Malatya'daki okulların ve bu okullara giden öğrencilerin psikososyal özellikleri ile ilgili olabilir. İstanbul'daki Anadolu ve Fen liselerindeki öğrenciler, Malatya'daki Anadolu ve Fen liselerindeki öğrencilere göre daha başarılı ve sosyoekonomik olarak daha iyi durumda aileye sahip olabilir. Nitelikli okullar arasında iller arası görülen farklılık bu sebepten kaynaklanıyor olabilir.

Ceylan ve ark.'nın çalışmasında ise BDÖ puan ortalaması en yüksek olan öğrencilerin Meslek liselerinde okuyan öğrenciler olduğu saptanmıştır (118) .

Ülkemizde genel olarak Anadolu ve Fen lisesi gibi okullara liselere giriş sınavında yüksek puan alabilen öğrenciler yerleşirken, İmam Hatip ve Meslek lisesi gibi okullara daha az puanlarla girilebilmektedir. Akademik başarısızlığın ruhsal açıdan öğrencileri olumsuz etkileyebileceği düşünülürse, çalışmamızda İmam Hatip ve Meslek lisesi gibi başarı seviyesi düşük okullarda okuyan öğrencilerin depresyon eğilimleri, diğer okullarda okuyan öğrencilere göre daha yüksek tespit edilmiş olabilir.

Sınıf

Çalışmamızda öğrenci sınıfları arasında BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark vardı. BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu 10.sınıflarda diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, ailede kronik hastalık varlığı ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde 10.sınıf olmaya göre 9.sınıf olmak BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 2,444 kat ($GA=1,468-4,006$), 11.sınıf olmak ise 1,883 kat ($GA=1,108-3,202$) arttırmaktaydı.

Liseye yeni başlayan dokuzuncu sınıf öğrencileri okula alışma ve uyum sorunları yaşayabilir. Arkadaş gruplarına girmekte zorlanabilir. Hem eşit ağırlık, hem sayısal, hem sözel dersler ağır gelebilir. Lise sona yaklaşan öğrencilerde ise sınav ve gelecek kaygısı baş gösterebilir. Bu bağlamda dokuzuncu ve on birinci sınıf öğrencilerinin stres yükünün daha fazla olabileceği düşünülerek, depresyon riskinin diğer sınıflardan daha yüksek bulunması buna bağlanmıştır.

Öner'in çalışmasında dokuzuncu sınıf öğrencilerinin %25,9'unda; onuncu sınıf öğrencilerinin %19,7'sinde, on birinci sınıf öğrencilerinin %22,9'unda ve on ikinci sınıf öğrencilerinin %14,0'ünde depresyon eğilimi olduğu belirlenmiştir. Ergenlerin öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre söz konusu dağılımlar arasındaki farklılıkların istatistiki olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (146). Bu çalışmada dokuzuncu sınıf öğrencilerinin depresyon düzeyleri diğer sınıflara göre bir miktar yüksek iken, on ikinci sınıfta, tam tersine depresyon sıklığının bizim sonuçlarımızdan farklı olarak azaldığı görülmektedir. Bu grupta yer alan lise son sınıf öğrencilerinin aile, yaşantı ve gelecek beklentileri çalışma grubumuzda yer alan lise öğrencilerinden farklı olabilir.

Türkleş ve ark.'nın çalışmasında onuncu sınıf öğrencilerinin ÇDÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı saptanmıştır (149). Ören ve Gençdoğan'ın çalışmasında on birinci sınıftaki öğrencilerin depresyon belirtisi gösterme durumları dokuz ve onuncu sınıftaki öğrencilere daha yüksek bulunmuştur (147).

Paxton ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin sınıf düzeylerine göre depresyon eğilimlerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir (167). Saluja ve ark.'nın çalışmasında depresif belirtilerin prevalansı her iki cinsiyette de sınıf yükseldikçe artmıştır. Erkekler için yaygınlık, 6-10. sınıflar arasında neredeyse iki katına çıkmıştır

(12). İnan'da yapılan bir çalışmada depresif olguların çoğunun on birinci sınıf (%36,2) olduğu tespit edilmiştir (155) .

Çin'de Tang ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada 10.sınıfların depresif belirti prevalansı %32,4, 11.sınıfların %33,0, 12. Sınıfların ise %40,1 olarak bildirilmiştir. Depresif belirti prevalansı sınıf düzeyi yükseldikçe anlamlı şekilde artmıştır (188).

Yapılan çalışmalarda depresyon sıklıklarının sınıfa göre değişebildiği görülmüştür. Okulu bitirmeye yakın olan, meslek seçimine doğru yaklaşan öğrencilerde genel olarak depresif belirtilere daha sık rastlanmıştır. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu düşünöldüğünde, artık sorumluluk alma ve gelecek planlarını belirleme zamanının gelmesi öğrenciler üzerinde psikolojik bir baskı oluşturabilir. Bunun neticesinde de öğrencilerin depresyona yakalanma olasılıkları artabilir.

Okul Başarısı

Çalışmamızda öğrencilerin okul başarı durumuna göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark yoktu.

Geroğlu ve ark.'nın çalışmasında genel not ortalamasına göre geçer not alanlarda BDÖ sonucunda şiddetli depresyon görölme oranı orta, iyi ve pekiyi not alan gruplara göre daha yüksek bulunurken, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (143).

Ceylan ve ark.'nın çalışmasında bir önceki senedeki okul başarısızlığı ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (118). Özfırat ve ark.'nın çalışmasında başarılı öğrencilerin %36,8'inde, orta derecede başarılıların %46,7'sinde, başarısızların %64,2'sinde depresif bozukluk belirtisi görülmüştür ve dağılımlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (152). Türkleş ve ark.'nın çalışmasında ise okul başarısını 'kötü' olarak değerlendiren öğrencilerin ÇDÖ puan ortalamaları en yüksek olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır (149) .

Öner'in çalışmasında okul başarısını orta düzeyde değerlendiren öğrencilerin depresyon belirtisi gösterme oranlarının (%24,9) okul başarısının iyi olduğunu ifade eden öğrencilere göre (%11,7) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin sınıf tekrarı yapma durumlarına göre depresyon eğilim düzeylerine bakıldığında ise anlamlı bir fark görölmemiştir (146). Öztöpun okul başarısı düşük olan öğrencilerde depresyon görölme oranını anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur (151).

Lim ve ark.'nın çalışmasında akademik performansı ortalamanın altında olan öğrencilerde depresyon belirtisi gösterme durumu, ortalama ya da ortalamanın üstünde olan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (166).

İlgili literatür incelendiğinde akademik başarısı kötü olan öğrencilerin iyi olan öğrencilere göre depresyon eğiliminin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (189-191). Bu sonuçlar akademik başarısızlığın depresyon için risk faktörü olabileceğini bize düşündürmektedir. Diğer yandan depresyonun kendisi de akademik başarısızlığa sebep olabilir. İkisi arasındaki ilişkinin net bir şekilde ortaya konması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızda ise okul başarısına göre öğrencilerin depresyon eğilimleri benzer bulunmuştur. Öğrencilerin başarı durumunu sadece not ortalamalarına göre verilen belgelerle değerlendirmek, okullar arası kalite farkının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, gerçek başarı durumunun ölçülmesinde yetersiz kalabilir. Akademik başarı durumunu saptayabilmek için değerlendirilmesi gereken daha birçok ölçüt olabilir. Başarıyı ölçebileceğimiz standart bir sistem olmadığı için de çalışmamız literatürden farklı olarak anlamlı farkı gösterememiş olabilir.

Kardeş Sayısı

Çalışmamızda kardeş sayısına göre bakıldığında en az sıklıkta bir kardeşi olanlarda BDÖ puanı 17 ve üzeri olmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı.

Özfirat ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin kardeş sayıları arttıkça depresif bozukluk belirtisi gösterme oranları artıyor olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir (152). Tang ve ark.'nın çalışmasında tek çocuk olanlarda depresif belirti sıklığı %28,3 iken, kardeş sahibi olanlarda %34,9 olarak bulunmuştur. Kardeş sahibi olma durumuna göre depresyon belirtisi gösterme durumu açısından anlamlı fark bulunamamıştır (188). Literatürde anlamlı farkın bildirilmediği başka çalışmalar da mevcuttur (146, 154, 192, 193).

Yılmazel ve Günay'ın 12-17 yaş arası öğrencilerde yaptığı çalışmada, iki veya daha fazla kardeşe sahip olan öğrencilerde diğer gruplara göre ÇDÖ puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (161).

Fatiregun ve ark.'nın adolesanlarda yaptığı çalışmada 5'den fazla kardeşi olanlar, 2 ve daha az kardeşe sahip olanlara göre depresyon açısından 1,60 kat riskli bulunmuştur (157).

Literatürde kardeş sayısı depresyon oluşumunda kesin bir belirleyici olarak bulunamamıştır. Yine de çalışmamızda en iyi durumda olanlar bir kardeşi olanlar bulunmuştur. Tek çocuk olmak yalnızlık ve dert paylaşımını engellediği için ve çok kardeşli olmak da aile ilgisinin ve maddi desteğin azalmasına neden olabileceği için bir kardeşi olmaya göre bir miktar daha fazla depresyona yatkınlığa sebep oluyor olabilir.

Aile Özellikleri

Çalışmamızda öğrencilerin %91,3'ünün anne ve babası birlikte yaşamaktayken, %6,6'sının anne ve babası boşanmış ve %2,1'inin anne-babasından en az biri hayatını kaybetmişti. Öğrencilerin anne-baba birliktelik durumuna göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark vardı. Farkı oluşturan grup anne-babası birlikte yaşayan gruptu. Bu grupta BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü.

Türkleş ve ark.'nın çalışmasında anne ve babası birlikte yaşayan öğrencilerin ÇDÖ puan ortalaması 13,4 iken, anne ve babası ölmüş olan öğrencilerin puan ortalamasının 22,0 olduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (149). Bu sonuç bizim çalışmadaki anne-babadan biri vefat eden olan öğrencilerde BDÖ puanının anlamlı düzeyde daha yüksek çıkması sonucuna benzerdir.

Mutallimova'nın İstanbul'da 400 lise öğrencisinde ÇDÖ kullanarak yaptığı çalışmada anne ve babası ayrı olan öğrencilerin depresyon puanlarının ortalaması, anne ve babası beraber olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (193).

Deveci ve ark.'nın çalışmasında anne ve/veya babası ölmüş olan öğrencilerin BDÖ puan ortalaması anne ve babası hayatta olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (194).

Görüldüğü gibi anne-babanın ayrı yaşaması ya da anne veya babadan birinin kaybı, ergenlerin ruh sağlığı için çok önemli bir faktör olan aile desteğinin azalmasına neden olabilir. Aynı zamanda bu durum ergenlerde travmatik strese sebep olup kişileri depresyona meyilli hale getirebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %78,8'i çekirdek aileye, %16,3'ü geniş aileye sahipti. Aile tipine göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark vardı. Farkı oluşturan grup çekirdek aile grubuydu. Çekirdek ailelerde BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, ailede kronik hastalık varlığı ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre geniş ailede yaşayan öğrenciler BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,809 kat (GA=1,120-2,921), dağılmış ailede yaşayan öğrenciler ise 2,311 kat (GA=1,050-5,085) arttırmaktaydı.

Yapılan benzer çalışmalarda öğrencilerin çekirdek aileye sahip olma sıklığı İzmir'de (Geroğlu, 2005) %83,5, Gaziantep'te %82, Mardin'de (Ceylan ve ark., 2003) %81,3 bulunmuştur (118, 143, 148) . Her üç çalışmada da aile tipine göre depresyon açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Öner'in çalışmasında öğrencilerin %82,8'inin çekirdek aile, %15,1'inin ise geniş aile yapısına sahip olduğu bildirilmiştir. Geniş aile ya da çekirdek aile yapısına sahip olan ergenlerin depresyon eğilimleri bizimkinden farklı olarak benzer bulunmuştur (146).

Özfirat ve ark.'nın çalışmasında çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin %46,5'i, geniş ailede yaşayanların %43,2'si, parçalanmış ailede yaşayanların ise %55,7'si depresyon belirtisi göstermiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (152) .

Ertem ve Yazıcı'nın çalışmasında çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde ağır depresyon görülme oranı %6,7 iken, geniş ailede yaşayan öğrencilerde %12 olarak saptanmıştır. Bu fark yaklaşık 2 kat olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (195).

Bu durum ülkemizin bölgeleri arasındaki farklı aile yapısı anlayışından kaynaklanıyor olabilir. İstanbul'a göre diğer bölgelerdeki öğrencilerde geniş ailede ya da parçalanmış ailede yaşamak problem teşkil etmiyor olabilir. Ayrıca İstanbul'un zor yaşam koşulları, geniş aile veya parçalanmış aile yapısı ile birleşince öğrencilerde daha fazla depresyona yatkınlığa sebep oluyor olabilir.

Hong ve ark.'nın Çin'de yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde depresyon prevalansı %15, dağılmış ailede yaşayan öğrencilerde %18,3, diğer aile yapısı olarak kategorize edilen grupta yaşayanlarda ise %27,3 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çekirdek ailede yaşamaya göre parçalanmış ailede yaşamak depresyon riskini 1,11 kat arttırırken, diğer aile yapısında yaşamak ise 2,39 kat arttırmaktadır (196).

Anne-baba kaybı veya ebeveynlerin boşanması ister istemez ergen üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Ailede anne ve babanın ayrı ayrı sorumlulukları ve görevleri vardır. Herhangi birinin olmayışı ergenin psikolojik olarak sağlıklı kalmasını zorlaştırabilir. Geniş ailede yaşayan öğrenciler ise aileden yeterli ilgi ve desteği göremiyor olabilir. Bütün bunların neticesinde hem dağılmış hem de geniş ailede yaşayan öğrencilerin, çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre depresyon eğilimi daha yüksek saptanmış olabilir.

Yaşadığı Yer

Çalışmamızdaki öğrencilerin %93,4'ü aileleriyle birlikte kalmaktaydı. Öğrencinin yaşadığı yere göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark yoktu.

Öner'in çalışmasında öğrencilerin %91,8'inin evde, %7,2'sinin yurttta kaldığı ve %1,0'inin de diğer barınma şeklini kullandığı belirlenmiştir (146). Özfirat ve ark.'nın çalışmasında ise lise son sınıf öğrencilerin %91,8'i ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Her iki çalışmada da öğrencilerin yaşadıkları yere göre depresyon belirtisi gösterme durumları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (152).

Türkleş ve ark.'nın çalışmasında akrabasında ya da yurttta kaldığını ifade eden öğrencilerin ailesiyle birlikte kalan öğrencilere göre ÇDÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (149).

Ekundayo ve ark.'nın çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayanların depresif belirtili sıklığı %11,5 iken, yaşamayanların %16 olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (156).

Fatiregün ve ark.'nın Nijerya'da yaptığı çalışmada, adolesanların %90,2'si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Ailesi ile birlikte yaşamayanlar, yaşayanlara göre depresyon açısından 1,77 kat riskli bulunmuştur (157).

Kuşkusuz sıcak bir aile ortamı öğrenciyi motive edebilir ve yaşama tutunmasını kolaylaştırabilir. Yalnız yaşama veya yurt ortamı öğrenciyi bunalıma sokabilir. Ama bizim çalışmamızda da olduğu gibi kimi çalışmalar öğrencinin yaşadığı yer ile depresyon belirtisi gösterme durumu arasında anlamlı ilişki göstermemektedir. Belki de arkadaşıyla aynı ev ortamını paylaşmak kimi öğrenciler için daha iyi bir seçenek olabilir. Aile baskısını sevmeyen ve bağımsız kendi ayakları üzerinde durmak isteyenler için bu durum motive edici de olabilir. Çalışmalar arası farklılıklar bu sebeplerden kaynaklanıyor olabilir.

Anne-Baba Eğitim Düzeyi

Çalışmamızdaki öğrencilerin anne eğitim düzeylerine bakıldığında %64,1'i, baba eğitim düzeylerine bakıldığında ise %59,1'i ilkokul-ortaokul mezunuydu. Anne ve baba eğitim düzeyine göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark yoktu.

Emiroğlu ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin %45'inin anne öğrenim durumu okur-yazar değil, %65'inin baba öğrenim durumu en fazla ilkokuldur (148). Ceylan ve ark.'nın çalışmasında ise öğrencilerin babalarının %81,8'i, annelerinin %47,5'i en az ilkokul mezunu bulunmuştur (118). Özfırat ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin annelerinin %46,9'unun sadece okuryazar veya ilk-ortaokul mezunu, babalarının ise %49,1'inin ortaokul veya lise mezunu olduğu görülmüştür. Annesi yükseköğrenim mezunu olan öğrencilerin %52,9'unda, babası yükseköğrenim mezunu olan öğrencilerin ise %49,3'ünde depresyon belirtisi tespit edilmiştir (152). Her üç çalışmada da anne-baba eğitim düzeyine göre depresyon belirtisi gösterme durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde Japonya (Hyakutake ve ark., 2016) ve Brezilya'da (Munhoz ve ark., 2015) yapılan çalışmalarda da adolesanların anne-baba eğitim düzeyine göre depresyon eğilimleri farklılık göstermemiştir (183, 187).

Bizim çalışmamızın aksine, Eskin ve ark.'nın çalışmasında düşük baba eğitimi ile kız öğrencilerin ÇDÖ puanına göre depresyonlu sayılabilecek bir puan almaları arasında anlamlı bir ilişkili bulunmuştur (150). Türkleş ve ark.'nın çalışmasında annesi sadece okuryazar olan öğrencilerin ÇDÖ puan ortalamaları annesi lise mezunu olan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (149). Öztop ve ark.'nın

çalışmasında babasının eğitim seviyesi düşük olan öğrencilerde depresyon anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür (151).

Ülkemizde Aylaz'ın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise anne-babanın eğitim seviyesi yükseldikçe öğrencilerdeki depresif belirti görülme oranlarının arttığı belirlenmiştir (162).

Yukarıda örnekleri verilen pek çok çalışmada anne-baba eğitiminin ergendeki depresyon durumunu etkilediği görülmektedir. Kuşkusuz ki anne-baba eğitiminin önemi yadsınamaz. Zira eğitilmiş bir anne-baba çocuğuna psikolojik destek verebilir. Tam tersine eğitimi eksik bir ebeveyn çocuğunu ihmal edebilir. Fakat ülkemizde yapılan kimi çalışmalarda tıpkı bizim çalışmamızda olduğu gibi anne-baba eğitim düzeylerine göre depresyon açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Hatta çalışmamızda üniversite mezunu annelerin çocuklarında depresif yatkınlık daha fazla tespit edilmiştir. Bunun nedeni yükseköğrenime sahip annelerin çocuklarına yeterince zaman ayıramamaları veya çocuklarına ders çalışmaları için daha fazla baskı yapmaları ve onların günlük yaşamlarına daha çok müdahale etmeleri olabilir.

Anne-Baba Meslek Dağılımı

Araştırmaya alınan öğrencilerin annelerinin %66,9'u çalışmıyorken, %21,5'i işçi, %7,2'si serbest meslekle uğraşıyor ve %2,8'i memurdu. Babaların ise %43,8'i işçiyken, %39,9'u serbest meslekle uğraşmakta, %7,8'i memur ve %1,8'i çalışmamaktaydı. Anne ve baba meslek gruplarına göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark yoktu.

Özfirat ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin annelerinin %90,3 ev hanımı, %2,7 işçi, %4,4 memur, %2,3 emeklidir. Öğrencilerin babaları %5,9'u işsiz, %20,3'ü işçi, %21,1'i memur, %16,7'si emekli ve %36,5'i ise serbest meslek mensubu bulunmuştur (152). Öner'in çalışmasında öğrencilerin %78,8'inin annesinin çalışmadığı, %9,7'sinin serbest meslekle uğraştığı, %8,2'sinin memur, %2,5'inin emekli olduğu ve %0,7'sinin de diğer mesleklere sahip oldukları görülmüştür. Öğrencilerin %54,6'sının babası serbest meslek sahibi iken, %25,3'ünün memur, %15,2'sinin emekli, %1,8'inin çalışmadığı, %1,5'inin işçi olduğu, %1,2'sinin vefat ettiği ve %3,1'inin de diğer mesleklerle ilgilendiği tespit edilmiştir (146). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin annelerinin çalışmama sıklığı bizim çalışmadan daha yüksek iken, babaların işçi olma

sıklığı bizim çalışmada nispeten daha fazladır. Her iki çalışmada da anne-baba meslek grupları arasında depresyon açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Hong ve ark.'nın çalışmasında anne-babası işsiz olanların, olmayanlara göre depresyon açısından 1,60 kat riskli olduğu bildirilmiştir (196). Bizim çalışmamızda ise özellikle babanın işsiz olmasının ergende depresyonu artırmaması çarpıcı bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak işsiz baba sayısının az olması (11 kişi) yanıltıcı bir sonuca neden olmuş olabilir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sosyoekonomik Düzey

Araştırmaya alınan öğrencilerin aylık hane gelirlerine bakıldığında %50,9'u 2000-4000 TL ile en sık görülen grubu oluşturmaktaydı. Ailelerin aylık gelir grupları arasında BDÖ puanı açısından anlamlı fark bulunamadı.

Çalışmamıza benzer şekilde Geroğlu (2005), Aylaz (2007) ve Yelkenci (2013) çalışmasında aylık hane gelirleri ile ortalama BDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (143, 162, 163). Sosyoekonomik düzeye göre depresyon belirtisi gösterme durumu açısından anlamlı farkın bildirilmediği başka çalışmalar da mevcuttur (166, 185).

Çalışmamızdan farklı olarak, Öztop ve ark.'nın çalışmasında ailesinin gelir düzeyi düşük olan öğrencilerde ZDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (151).

Öner'in çalışmasında kendi ifadelerine göre ailesinin geliri az olan öğrencilerin (%32,1) depresyon eğilimleri; geliri giderine denk olan (%21,5) ve geliri fazla olanlara göre (%15,0) anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Harçlığını yeterli görmeyen ya da kısmen yeterli gören öğrencilerin (%36,6) depresyon eğilimi durumları, harçlığını yeterli gören öğrencilere göre (%16,5) anlamlı düzeyde fazladır (146).

Yılmazel (2012) ve Türkleş (2005) çalışmasında ailenin ekonomik durumuna göre ÇDÖ puan ortalamalarına bakıldığında, ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin ÇDÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (149, 161).

Goodman'ın (2003) çalışmasında ortalama hane halkı geliri yüksek olan öğrencilerin, ortalama hane halkı geliri düşük olan öğrencilere göre daha az depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (197).

İlgili literatür incelendiğinde daha yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik durumu kötü olan ergenlerin depresyon belirtisi gösterme durumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (155, 183, 186, 198).

Sosyoekonomik durum ölçülmesi zor bir kavramdır. Hele ki öğrencilere ‘elinize geçen para yetiyor mu’, ‘geliriniz giderinizi karşılıyor mu’ gibi sorular sormak sakıncalı olabilir. Ayrıca sadece ailenin aylık gelirini öğrenerek yorum yapmak da doğru olmayabilir. Çünkü ailenin nüfusu, yaşam koşulları gibi pek çok diğer kalem hakkında da bilgi sahibi olmak gerekebilir. Ancak kötü yaşam koşulları ve maddi sıkıntıların insanları umutsuzluğa ve karamsarlığa ittiği de bilinen bir gerçektir.

Fiziksel Aktivite

Araştırmaya alınan öğrencilerin son bir hafta içinde fiziksel etkinlik yaptıkları gün sayılarına bakıldığında %64,9’u haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmaktaydı. Son 1 haftada 0-1 gün fiziksel etkinlik yapanlarda (%40,6), haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapanlara (%29,3) göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu anlamlı düzeyde daha yüksekti. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, aile tipi, uyku süresi, ailede kronik hastalık varlığı ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmak, 0-1 gün fiziksel etkinlik yapmaya göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,546 kat ($GA=1,047-2,278$) azaltmaktaydı.

Literatüre göre 5-17 yaş arası çocuk ve adolesanların her gün en az 60 dakika orta-şiddetli seviyede fiziksel aktivitede bulunması tavsiye edilmektedir (199, 200). Oysaki çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık üçte biri neredeyse haftalık hiç fiziksel aktivitede bulunmamıştır.

McMahon ve ark.’nın Avrupa’da 10 ülkeden 11.110 adolesanda yaptığı bir çalışmada “Son iki hafta içerisinde kaç gün toplam en az 60 dakika orta-şiddetli fiziksel aktivitede buldunuz?” sorusuna erkekler ortalama $7,5\pm 4,4$ gün, kızlar ise ortalama $5,9\pm 4,3$ gün yanıtını vermiştir. Tüm öğrencilerin sadece %13,6’sı her gün fiziksel aktivitede bulunmuştur. 4-7 gün arası fiziksel aktivitede bulunanlara göre 0-3 gün arası fiziksel aktivitede bulunanların depresyon belirtisi gösterme durumu her iki cinsiyette anlamlı düzeyde yüksektir. 8-14 gün arası fiziksel aktivite bulunanlara göre 4-7 gün arası fiziksel aktivitede bulunanların depresyon belirtisi gösterme durumu ise sadece erkeklerde anlamlı düzeyde yüksektir (201).

Hong ve ark. çalışmasında haftada bir saatten az fiziksel etkinli  yapmaya göre 1-7 saat arası fiziksel etkinli  yapmak depresyon riskini 1,43 kat azaltırken, 8-14 saat arası yapmak 1,47 kat, 15 saat ve üzeri yapmak ise 1,51 kat azaltmaktadır (196).

Japonya'da Hyakutake ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise her gün fiziksel aktivitede bulunmaya göre hiç fiziksel aktivitede bulunmamak depresif belirti riskini 4,15 kat arttırmaktadır (187).

Birkeland ve ark. tarafından Norveç'te 924 adolesanın 10 yıl boyunca izlendiği bir kohort çalışmasında fiziksel aktivite sıklığı ile depresif ruh hali arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (202). Benzer ilişki pek çok kesitsel ve longitudinal çalışmada gösterilmiştir (196, 203-206). Fiziksel aktivite ile depresyon arasındaki ilişki hem biyolojik hem de psikososyal olarak açıklanabilir. Biyolojik olarak, fiziksel aktivite,  -endorfin, serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin salınımı arttırabilir (207). Beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) arttırarak hipokampal atrofiyi hafifletebilir. Ayrıca hipokampusun dentat girusundaki nörojenezi arttırarak veya nöroimmünolojik reaktivite aracılığıyla da depresyonun  nlenmesine ya da tedavi edilmesine yardımcı olabilir (208). Psikososyal olarak ise, kişide duygusal gerginliği ve yalnızlık duygularını azaltıp, sosyal ilişkileri ve özgüveni arttırabilir (209). Öte yandan depresyonun kendisi de enerji düşüklüğü yarattığı için fiziksel aktivitenin gerçekleştirilmesini engelleyebilir. Depresyon ile fiziksel aktivite arasındaki sebep-sonuç ilişkisinin değerlendirilebilmesi için ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Bununla birlikte yapılan bir çalışmada sadece hafif ve orta derecede fiziksel aktivitenin depresyon için koruyucu bir faktör olduğu, şiddetli fiziksel aktivitenin koruyucu rolünün bulunmadığı ileri sürülmektedir (210). Bu yüzden ergenlerde fiziksel aktivite yoğunluğu ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Uyku

Çalışmamızda  ğrencilerin %50,1'i uyku düzensizliği yaşamakta, %25,6'sı önerilmeyen uyku süresini (<7 saat veya >11 saat) uyumaktaydı . BD  puanı 17 ve üzeri olma durumu uyku düzensizliği olanlarda (%43,1) olmayanlara (%23,3) göre, uyku süresi 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlarda (%46,6), uyku süresi 7-11 saat olanlara göre (%28,7) anlamlı düzeyde daha yüksekti. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinli  yapılan gün sayısı, ailede kronik hastalık varlığı

ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde uyku süresi 7-11 saat olanlara göre uyku süresi 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,761 kat (GA=1,174-2,644) arttırmaktaydı.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda adolesanların %25-40'ında uyku bozukluğu bildirilmektedir (211-213). Çin'de Guo ve ark. tarafından 13-18 yaş arası 3.186 adolesanda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %39,6'sında uyku bozukluğu tespit edilmiştir. Uyku bozukluğu olanlar olmayanlara göre depresif belirti riski açısından 2,52 kat risklidir (214).

Meksika'da Moo-Estrella ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada uyku kalitesini kötü olarak değerlendirenler ve uykuya dalmakta güçlük çekenler daha fazla depresif belirtilere sahip bulunmuştur (215).

Chang ve ark.'nın yaptığı prospektif kohort çalışmasında uykusuzluk şikayetlerinin, düşük uyku kalitesinin ve 7 saat veya daha kısa sürede uyumanın sonradan ortaya çıkabilecek depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (216).

Hyakutake ve ark.'nın çalışmasında hafta içi günde 8 saat ve üzeri uyuyan öğrencilerde depresif belirti sıklığı %36,8, 6 saatten az uyuyanlarda %37,5, 6 saat ve üzerinde fakat 7 saatten az uyuyanlarda %23,5, 7 saat ve üzerinde fakat 8 saatten az uyuyanlarda ise %15,1 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (187). ABD'de Gangwish ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise 8 saat uyuyan adolesanlara göre 5 saat ve daha az uyuyan adolesanlarda çalışmamıza benzer şekilde depresyon riski 1,71 kat artmıştır (217).

Ogawa ve ark.'nın 12-17 yaş arası 983 adolesanda yaptığı çalışmada uyku süresi 8 saatten az (yetersiz uyku süresi) olanların, 8-10 saat arası (yeterli uyku süresi) olanlara göre anksiyete ve depresyon belirtisi gösterme durumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada "Okuldaki spor faaliyetlerine ne sıklıkta katılırsınız?" sorusuna her zaman, sık sık, bazen yanıtını verenler yeterli fiziksel aktiviteye sahip, hiçbir zaman ve nadiren yanıtını verenler ise yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olarak değerlendirilmiştir. Yeterli fiziksel aktiviteye sahip olanlarda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon belirtisi gösterme durumu anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (218).

Uyku insan yaşamının vazgeçilmez bir ögesidir. Özellikle gençlerde artan sosyal medya ve dijital oyun bağımlılığı uyku düzensizliklerine sebep olabilir. Sağlıklı bir uyku uyuyamayan öğrenciler derslerinde başarısız olabilir. Hangi sebeple olursa olsun, uyku düzensizliği olan öğrenci dikkat ve motivasyon kaybına uğrayabilir ve bu durum psikolojik yıpranma ile sonuçlanabilir. Öte yandan depresyonun kendisi de uyku düzensizliğine yol açıyor olabilir. Hangisinin sebep hangisinin sonuç olduğunun belirlenebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Düzenli Hobi

Çalışmamızda öğrencilerin %75,9'unun düzenli bir hobisi vardı ve düzenli hobisi olmayanlarda (%41,5) olanlara (%30,6) göre BDÖ puanının 17 ve üzeri olma durumu anlamlı düzeyde daha yüksekti. Düzenli hobi varlığı, günlük hayatta çeşitli zorluklarla mücadele eden bireyin, stres yükünü azaltmasına yardımcı olarak depresyona eğilimi azaltabilir.

Emiroğlu ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin %51'inin, Deveci ve ark.'nın çalışmasında ise %45,7'sin herhangi bir hobisi vardı (148, 194). Fakat çalışmamızın aksine her iki çalışmada da herhangi bir hobi varlığına göre depresyon belirtisi gösterme durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum, hobi kavramının öğrenciler tarafından farklı algılanmasıyla ilişkili olabilir.

Öğün Atlama ve Kahvaltı Yapma

Çalışmamızda öğrencilerin %44,7'si son 1 hafta içinde öğün atlarken, %48,4 'ü okul günleri evde kahvaltı yapmadığını belirtmişti. BDÖ puanı 17 ve üzeri olma durumu son bir hafta içinde öğün atlayanlarda (%45,7) atlamayanlara göre (%23,1) ve okul günleri evde kahvaltı yapmayanlarda (%39,5) yapanlara (%27,4) göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, aile tipi, uyku süresi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, ailede kronik hastalık varlığı değişkenleri ile düzeltildiğinde son 1 haftada öğün atlamayanlara göre atlayanlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 2,552 (GA=1,767-3,687) kat arttırmaktaydı.

Kang ve ark.'nın 1.652 lise öğrencisinde yaptığı çalışmada her gün düzenli kahvaltı yapanların sıklığı %61,5'dir (219). Güney Kore'de Lee ve ark. tarafından 13-18 yaş arası 1.413 adolesanda yapılan bir çalışmada öğün atlama sıklığı arttıkça depresif belirti prevalansının da arttığı gösterilmiştir. Kahvaltıyı atlamak adolesanlarda depresif

belirti riskini arttırırken, öğle ya da akşam yemeğini atlamamanın depresif belirti riskini arttırmadığı saptanmıştır (220). Deveci ve ark. çalışmasında ise düzenli beslenmediğini ifade eden öğrencilerin BDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (194).

Şüphesiz ki düzenli beslenme ergenlerin zihinsel ve ruhsal gelişimi için çok önemlidir. Sabahları geç kalkan ve okula yetişmek zorunda olan öğrenciler bazen evde kahvaltı yapma fırsatı bulamayabilir. Gün içerisinde okul çevresinden ve kantinden besleyici değeri düşük, sağlıksız besinler tüketebilir. Yeterli ve dengeli beslenemeyen öğrencilerin de kognitif ve psikososyal fonksiyonları azalarak depresyona eğilimi artabilir. Diğer yandan depresyonun kendisi de beslenme düzensizliği yaratabilir. Çoğu zaman depresyonlu bireylerde iştah azalması ve kilo kaybı, nadiren de iştah artışı ve kilo alımı gözlemlenebilir. İştahın etkilenmesi sonucunda, yemeklere karşı ilgide azalma ya da artma meydana gelir. Bunun neticesinde de beslenme düzensizliği ortaya çıkabilir.

Öğrencilerin Düzenli İlaç Kullanım Durumu, Kronik ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Araştırmaya alınan öğrencilerin %9,0'unda kronik hastalık vardı ve % 4,3'ü düzenli ilaç kullanmaktaydı. Öğrencilerin %9,6'sı daha önce depresyon tanısı almışken, daha önceden depresyon dışı başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma sıklığı ise %0,6 idi. Düzenli ilaç kullanma, kronik hastalık varlığı ve depresyon öyküsüne göre BDÖ puanınının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark vardı.

Öner'in çalışmasında ergenlerin %8,2'si kronik bir rahatsızlığının olduğunu ifade etmişlerdir. Kronik rahatsızlığı bulunan ergenlerle, bulunmayan ergenlerin depresyon eğilimlerinin benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (146) . Lise öğrencilerinde kronik hastalık sıklığı çalışmalar arasında benzerlik gösterirken, kronik hastalık gruplarında depresyon varlığı her çalışmada anlamlı değildir. Bu durum örneklem sayısı veya çalışmaların diğer yöntem farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Türkleş ve ark.'nın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık varlığına göre depresyon açısından anlamlı fark bildirilmiştir (149).

Pinquart ve ark.'nın Almanya'da yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin depresyon belirtisi gösterme durumu, kronik hastalığı olmayan çocuk ve ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (221).

Bu bulgular çalışmamızla uyumludur. Genel olarak öğrencilerin özgeçmişinde kronik hastalık bulunması depresyon açısından bir risk olabilir. Kronik hastalığı olan öğrenciler okula devam etme ya da akran ilişkilerini sürdürme konusunda sıkıntı yaşayabilir. Kendilerini akranlarından farklı hissedebilir. Ebeveynler kronik hastalığı olan ergene karşı aşırı korumacı bir tavır sergileyebilir. Bu durum ergenin psikolojisini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca kronik hastalığa bağlı kullanılan ilaçlara sekonder olarak da depresyon meydana gelebilir.

Özfirat ve ark.'nın çalışmasında ruhsal hastalık öyküsü olan öğrenciler, olmayanlara göre depresyon belirtisi gösterme durumu açısından 3,52 kat riskli iken, önceden ruhsal hastalık dışında herhangi bir hastalığı olanlar olmayanlara göre 2,48 kat riskli bulunmuştur (152) Abdel-Fattah ve ark.'nın çalışmasında psikiyatrik hastalık öyküsü olan öğrenciler, olmayanlara göre depresyon varlığı açısından 7,5 kat risklidir (154). Salle ve ark.'nın çalışmasında ise psikiyatrik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre ortalama BDÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (164).

Psikiyatrik özgeçmiş üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur. İlgili literatür incelendiğinde depresyona komorbid pek çok psikiyatrik hastalığın olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ergenlerin depresyon eğilimi artmıştır. Bu durumda olan öğrencilerin okul rehberlik servisleri tarafından sıkı bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir.

Ailede Kronik ve Ruhsal Hastalık Öyküsü

Araştırmamıza göre ailede kronik hastalık tanısı olanların %49,1'inde, ailede ruhsal hastalık tanısı olanların ise %62,5'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Ailede kronik hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık varlığına göre BDÖ puanının 17 ve üzeri veya 17'nin altı olması açısından anlamlı fark vardı. Çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi ve son 1 haftada öğün atlama değişkenleri ile düzeltildiğinde ailesinde kronik hastalık olmayanlara göre olanlar BDÖ puanının 17 ve üzeri olma riskini 1,734 kat (GA=1,052-2,860) arttırmaktaydı.

Ankara (Üner ve Özcebe, 2005) ve Suudi Arabistan (Abdel-Fattah ve ark., 2006) çalışmalarında ailesinde kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre depresyon varlığı açısından 2,4 kat riskli bulunmuştur (145, 154). Bizim çalışmamıza benzer şekilde evde

kronik hastalığı olan birinin varlığı ergenin psikososyal yapısını etkileyebilir. Bu durum doğrudan ergenin psikolojisini bozabileceği gibi, dolaylı olarak da kişinin aile üyeleriyle olan iletişimi bozarak ya da aile üyelerinden gördüğü desteğin ve ilginin azalması yoluyla olabilir.

Türkleş ve ark.'nın çalışmasında ailenizde 'psikiyatriste gitme ihtiyacı duyan oldu mu?' sorusuna 'evet' yanıtını veren öğrencilerin ÇDÖ puan ortalamaları "hayır" yanıtını veren öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (149) .

Doğumdan 26 yaşına kadar izlenen 998 olgunun olduğu bir kohort çalışmasında, ailede psikolojik sorun varlığı ergenlik başlangıçlı depresyon için risk etkeni olarak tespit edilmiştir (222). Munhoz ve ark.'nın çalışmasında ise ailesinde depresyon öyküsü olanlar olmayanlara göre depresyon riskini yaklaşık 5 kat arttırmaktadır (183). Yine birçok çalışmada ebeveynlerin birinde ya da her ikisinde depresyon varlığı adolesanların depresyon belirtisi gösterme durumlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir (187, 223-226).

Sonuç olarak ailesinde depresyon öyküsü olan öğrencilerin olmayanlara göre depresyon açısından daha büyük risk altında oldukları söylenebilir. Bu risk artışının sebebi genetik faktörler olabileceği gibi, aile ortamıyla da ilişkili olabilir. Depresif semptomları olan ebeveynler çocuklarına yeteri kadar ilgi gösteremiyor, bu durum da ergende psikolojik sorunlar yaratıyor olabilir.

6. SONUÇ

- Çalışma sonucunda öğrencilerin olası depresyon oranı ($BDÖ \geq 17$) %33,2 olarak saptandı. Kadınlar erkeklere göre olası depresyon riski açısından yaklaşık 3 kat riskliydi.
- İmam Hatip ve Meslek lisesi öğrencilerinde olası depresyon diğer lise öğrencilerine göre daha fazla görülmekteydi.
- Dokuzuncu ve on birinci sınıf olmak, onuncu sınıf olmaya göre olası depresyon riskini arttırmaktaydı.
- Anne-babası boşanmış ve anne ve/veya babası vefat etmiş öğrencilerde olası depresyon daha fazla görülmekteydi.
- Geniş ailede ve dağılmış ailede yaşayan öğrencilerde, çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre olası depresyon riski daha yüksekti.
- Yaş, BKİ, bir önceki dönem okul başarı durumu, kardeş sayısı, yaşadığı yer, aile gelir durumu, anne-baba eğitim seviyesi ve anne-baba mesleği ile olası depresyon arasında anlamlı ilişki yoktu.
- Öğrencilerin %75,9'unun düzenli bir hobisi vardı. %50,1'i uyku düzensizliği yaşamakta, %25,6'sı önerilmeyen uyku süresini (<7 saat veya >11 saat) uyumaktaydı. Öğrencilerin %44,7'si son 1 hafta içinde öğün atlarken, %51,6'sı okul günleri evde kahvaltı yaptığını belirtmişti.
- Düzenli hobisi olmayan öğrencilerde olanlara göre, okul günleri evde kahvaltı yapmayan öğrencilerde ise yapanlara göre olası depresyon daha fazla görülmekteydi.
- Önerilmeyen uyku süresini uyumak, son bir haftada öğün atlamak olası depresyon için bir risk faktörüydü.
- Öğrencilerin %64,9'u haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmaktaydı. Haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmak, 0-1 gün fiziksel etkinlik yapmaya göre olası depresyon riskini azaltmaktaydı.
- Düzenli ilaç kullananlarda, kronik hastalığı olanlarda, depresyon özgeçmişli olanlarda olası depresyon daha fazla görülmekteydi.
- Ailede ruhsal hastalık varlığı ile olası depresyon arasında anlamlı ilişki vardı.
- Ailede kronik hastalık varlığı olası depresyon için bir risk faktörüydü.

7. ÖNERİLER

1. İnsan biyopsikososyal bir bütündür. Bu sebeple her öğrencinin hem yaşadığı ortamda, hem de okulunda stres ve baskı unsurları arındırılmalıdır.
2. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunulurken lise çağındaki ergenlerin sadece fiziksel değil ruhsal sorunları da ele alınmalı, öğrencilere ve ailelere ergenlik döneminde yaşanan bedensel ve ruhsal değişikliklerle ilgili bilgi verilmelidir.
3. Öğrencilere sağlıklı ve düzenli bir yaşam sürmesi için aile ve okulu tarafından rehberlik yapılmalıdır.
4. Ergenlerde psikiyatrik bozukluklar olmaması için gereken tedbirler alınmalı, okullarda bu tür hastalıklar zaman zaman taranmalı gerekli durumlarda psikiyatriye öğrenciler yönlendirilmelidir.
5. Depresyon sıklığı daha yüksek olan Meslek lisesi ve İmam Hatip lisesi gibi okullarda okuyan öğrencilerin, depresyona sebep olabilecek risk faktörleri detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.
6. Psikiyatrik sorunu olanlara her türlü destek sağlanmalı ve bu kişiler topluma kazandırılmalıdır. Özellikle lise sona yaklaştıkça gelecek ve sınav kaygısıyla ya da liseye yeni başlayıp, okula alışma ve uyum sorunlarıyla karşı karşıya kalabilecek öğrencilere gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır.
7. Ergenlerde kronik hastalık varlığı titizlikle değerlendirilmeli, bu durumun yaratabileceği psikiyatrik sorunların önüne geçilmelidir.
8. Aile ortamının ergen psikolojisi üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, ebeveyn kaybı yaşayan ya da herhangi bir nedenle huzursuz aile ortamına sahip ergenlere yeterli psikolojik destek sağlanmalıdır.
9. Aile içi sorunlar ve şiddete çocukların küçük yaştan itibaren maruz kalmaması için devlet tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.
10. Ailesinde kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan öğrenciler detaylı bir şekilde araştırılmalıdır. Bu sebeple ailesinden yeterli ilgiyi, şefkati ve psikolojik desteği göremeyen öğrencilere gerekli yardımlar sağlanmalıdır.

11. Düzenli beslenmenin önemine dair öğrenciler okullarda eğitilmeli, gerektiği takdirde okullarda sağlıklı beslenme programları oluşturulmalıdır.

12. Okul öğle yemeği, okul kahvaltısı gibi uygulamalarla öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenmelerine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca öğrencilerin sağlıksız besin tüketmelerini engellemek için okul kantinleri ve okul çevresinde besin ve içecek satışı yapılan yerler sürekli denetlenmelidir.

13. Düzenli fiziksel aktivite ve hobi varlığının depresyona eğilimi azalttığı, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde geliştirdiğinden hareketle; okul takımları ve okul kulüplerine girmeleri için öğrenciler yöreklendirilmelidir. Aileler tarafından her şeyi okuldan alsın anlayışı yerine teşvik edici ve yol gösterici yaklaşım geliştirilmeli, ergenler kendilerini tanıyabilecekleri ve gerçekleştirebilecekleri sosyal aktivitelere yöreklendirilmelidir.

14. Çocuklara küçük yaştan itibaren uyku düzeni aşılanmalı ve sağlıklı uyku uyumasına engel olan faktörler ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

15. Ergenlerde psikiyatrik sorunları çözümlenmeye yönelik uygun ruh sağlığı politikaları oluşturulmalıdır.

Çalışmada Karşılaşılan Zorluklar ve Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda edinilen tüm bilgiler öğrencilerin kendi beyanlarına dayanmaktadır. Katılımcılar çeşitli sebeplerle bazı sorulara yanlış cevap vermiş veya bazı bilgileri gizlemiş olabilir.

Bir diğer kısıtlılık ise, kesitsel nitelikteki bu çalışmada, araştırılan değişkenler beraber sorgulandığı için hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunun belirlenmesindeki güçlütür.

Depresyonu olma bu çalışmada BDÖ'nün kesme noktası olan 17 ve üzerinde bir puan olarak tanımlanmıştır. Bu klinik bir tanı değildir. Bazı öğrenciler depresyon dışındaki bir takım nedenlerle bu düzeyde bir puan almış olabilir. Bu sebeple lise öğrencilerindeki depresyon prevalansının bulduğumuz sonuçtan daha yüksek veya daha düşük olabileceği unutulmamalıdır.

Bu çalışma sadece İstanbul Silivri ilçesinde lise öğrencilerinde yapıldığı için tüm Türkiye'yi temsil etmesi beklenemez. Zaman, personel ve işbirliği yetersizliğinden dolayı bu çalışma faydacı bir yaklaşım geliştirememiş ve sorunlu öğrenciler için yönlendirici olamamıştır. Ciddi bir sorun olma potansiyeli olan lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri konusunda yapılan çalışmaların derlenmesi ve bu konuda müdahale çalışmaları yapılmasına ihtiyaç vardır.



8.KAYNAKLAR

1. Organization WH. Basic documents: World Health Organization; 2010.
2. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001.
3. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz dergisi. 2004;12(2):63-73.
4. Organization WH. Depression: a global crisis. World Mental Health Day. 2012;10.
5. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
6. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017.
7. Angst J. Epidemiology of depression. Psychopharmacology. 1992;106(1):S71-S4.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1994;51(1):8-19.
9. Singh K, Bassi M, Junnarkar M, Negri L. Mental health and psychosocial functioning in adolescence: An investigation among Indian students from Delhi. Journal of adolescence. 2015;39:59-69.
10. Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, Rohde P, Gotlib IH, Hops H. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. Journal of abnormal psychology. 1994;103(2):302-15.
11. Melnyk BM, Brown HE, Jones DC, Kreipe R, Novak J. Improving the mental/psychosocial health of US children and adolescents. Journal of Pediatric Health Care. 2003;17(6):S1-S24.
12. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2004;158(8):760-5.

13. Taşgın E, Çetin F. Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi. 2006;13(2):87-94.
14. Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. Turkish Family Physician. 2012;3(2):10-6.
15. Ercan O. Adölesanın psikososyal gelişimi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2005(43):17-21.
16. Organization WH. Recognizing adolescence 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> (Erişim Tarihi 10/06/2018).
17. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 2008;63:19-21.
18. Susman EJ, Rogol A. Puberty and psychological development. Handbook of adolescent psychology. 2004;2:15-44.
19. Organization WH. Adolescents: health risks and solutions 2014 <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> (Erişim Tarihi 15/06/2018).
20. Türkiye İstatistik Kurumu 10-19 Yaş Grubu Nüfusu. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 (Erişim Tarihi 10/03/2019).
21. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus Projeksiyonları. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1632 (Erişim Tarihi 05/07/2018).
22. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Ergen Profili 2008. Ankara: 2010.
23. Herrman H, Saxena S, Moodie R, Organization WH. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 2005.
24. Hacetepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. 2017.
25. Küey L, Üstün T, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim. 1987;44:16-30.

26. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological medicine*. 1993;23(1):167-73.
27. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(3):198-203.
28. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frosthalm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological medicine*. 2005;35(8):1175-84.
29. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):934-41.
30. Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. 1996.
31. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. p. 1822-7.
32. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara. 1998.
33. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 1Basım Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San ve Tic Ltd Şti. 2006:1-56.
34. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*. 2006;5(1):5-14.
35. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4):583-94.
36. Mental Health Atlas 2014. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_en.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi 15/06/18).

37. Weich S, Lewis G, Churchill R, Mann A. Strategies for the prevention of psychiatric disorder in primary care in south London. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1997;51(3):304-9.
38. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37(2):236-9.
39. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *The Journal of clinical psychiatry*. 2001;62(8):4-9
40. Hickie IB, Fogarty AS, Davenport TA, Luscombe GM, Burns J. Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(7):S47-52.
41. Tezvaran Z, Akan H, İzbirak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Physician*. 1997;1(3):1-7.
42. Organization WH. Integrating mental health into primary care: a global perspective. 2008.
43. Knopf D, Park MJ, Mulye TP. The mental health of adolescents: A national profile, 2008. San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center. 2008.
44. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
45. Grant KE, Compas BE, Thurm AE, McMahon SD, Gipson PY, Campbell AJ, et al. Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical psychology review*. 2006;26(3):257-83.
46. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
47. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(s54):s5-s10.

48. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1092-115.
49. Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008;15(1):5-14.
50. Organization WH. Adolescents and mental health. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/ (Erişim tarihi 18/07/2018).
51. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
52. McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG. The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practitioners. *The Medical Journal of Australia*. 2001;175(10):550-2.
53. Çelik FH, Hocoğlu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1):51-66.
54. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1:5-11.
55. Babaoğlu A. Psikiyatri tarihi: Okuyan Us Yayınları; 2002.
56. Boratav C. Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: eleştirel bir inceleme. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1:8-28.
57. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu). 2008:25-30.
58. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(1):1-15.
59. Hankin BL. Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy & behavior*. 2006;8(1):102-14.

60. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*. 2003;289(23):3095-105.
61. Robins LN. *Psychiatric disorders in America. the epidemiologic catchment area study*. 1991.
62. Andrade L, Caraveo-anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*. 2003;12(1):3-21.
63. Control CfD, Prevention. Current depression among adults---United States, 2006 and 2008. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2010;59(38):1229-35.
64. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(1):90-100.
65. Karg RS, Bose J, Batts KR, Forman-Hoffman VL, Liao D, Hirsch E, et al. Past year mental disorders among adults in the United States: results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. *CBHSQ Data Review*. 2014:1-94.
66. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(6):3-10.
67. Savrun B. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller sempozyumu*. 1999:11-17.
68. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. 1999:19-28.
69. Özpoyraz N, Taman L. Duygudurum Bozuklukları. *Galenos Dergisi*. 1998:37-46.
70. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. *Şizofreni*. 2005;2(3):83-613.
71. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):192-216.

72. Stahl SM. Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology: Cambridge University Press; 2008.
73. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi: Hekimler Yayın Birliği; 1993. p. 175-200.
74. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1(1):41-8.
75. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Archives of general psychiatry. 2009;66(7):785-95.
76. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. The British Journal of Psychiatry. 2000;177(6):486-92.
77. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression? The American Journal of Psychiatry. 1997;154(10):1384-90.
78. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık. 2003:5-11.
79. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18–44 years old. Epidemiology. 1991;2(2):123-32.
80. Bruce ML, Kim KM. Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. The American Journal of Psychiatry. 1992;149(7):914-7.
81. Nicholi Jr AM. The Harvard guide to psychiatry: Belknap Press/Harvard University Press; 1999.
82. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. Journal of gerontology. 1991;46(6):M210-M5.
83. Potter L, Rogler L, Mościcki E. Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1995;30(4):185-93.
84. Duncan-Jones P, Henderson S. The use of a two-phase design in a prevalence survey. Social Psychiatry. 1978;13(4):231-7.
85. Erdem Ö. Doğum sonrası hüzün ve doğum sonrası depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 2009;1(1):32-7.

86. Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. Results from the Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly survey. *Diabetes care*. 1999;22(1):56-64.
87. Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG, Kormos RL, Trzepacz PT, et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*. 1996;18:48-61.
88. Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. *Duygudurum Dizisi*. 2000;2:77-98.
89. La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J. Depression among the homeless. *Journal of Health and Social Behavior*. 1990;31(1):87-102.
90. Siantz M. Correlates of maternal depression among Mexican-American migrant farmworker mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 1990;3(1):9-13.
91. Birliği AP, Tanısal RB. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 1. Baskı Köroğlu E, çev editörü Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014:226-8.
92. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011;86(1):39-47.
93. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliliği, guvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
94. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, HÜ Psikoloji Bölümü, Ankara. 1980.
95. Ceyhun B, Akça F. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Kongresi*. 1994:21-3.
96. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri arşivi*. 1997;34(2):62-71.
97. Engindeniz A, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51-2.
98. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg*. 1997;8:187-280.
99. Oy B. Cocuklar icin Depresyon Ölçeği gecerlik ve guvenirlik calismasi. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2:137-40.

100. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
101. Torun F, Önder E, Torun S, Tural Ü, Şişmanlar Ş. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2002;10:319-30.
102. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Akbay Pırıldar Ş. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe Versiyonunun Özgüllüğü ve Duyarlılığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000;37:210-3.
103. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N, Oğuzhanoglu A. Cornell demansta depresyon ölçeği'nin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(4):263-71.
104. Yavuz R. Depresyonun Kliniği. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999:29-34.
105. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45:65-74.
106. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(9):1379-89.
107. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri, Ek*. 2004;4:17-24.
108. Frank E, Prien R, Jarrett R, Keller M, Kupfer D, Lavori P, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):851-5.
109. Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir? Ankara: HYB Basım Yayın; 2013:11-93.
110. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın. 2007:265-78.
111. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2017;8(1):29-37.
112. Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(7):1343-52.
113. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2004:172-7.

114. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2007;27(3):318-26.
115. Luty SE, Carter JD, McKENZIE JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(6):496-502.
116. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. 2007;75(6):1000-5.
117. Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(1):S51-S3.
118. Ceylan A, Özen Ş, Palancı Y, Saka G, Aydın Y, Kıvrak Y, et al. Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(1):144-50.
119. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004;2(1):84-92.
120. Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Kaufman J, Rao U, et al. A case-control family history study of depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(12):1596-607.
121. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(12):1575-83.
122. Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2002;3(2):75-9.
123. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*. 2001;49(12):1002-14.
124. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. *American psychologist*. 1993;48(2):155-68.
125. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*. 1998;18(7):765-94.

126. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
127. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
128. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(7):709-17.
129. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(1):56-63.
130. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*. 2008;115(2):291-313.
131. Angold A, Costello E, Erkanli A, Worthman C. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological medicine*. 1999;29(5):1043-53.
132. Shansky R, Glavis-Bloom C, Lerman D, McRae P, Benson C, Miller K, et al. Estrogen mediates sex differences in stress-induced prefrontal cortex dysfunction. *Molecular psychiatry*. 2004;9(5):531-8.
133. Van Noorden MS, Giltay EJ, den Hollander-Gijsman ME, van der Wee NJ, van Veen T, Zitman FG. Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125(1):116-23.
134. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):915-23.
135. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*. 2005;4(2):114-20.
136. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516> (Erişim Tarihi 11/09/2018).

137. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*. 2015;1(1):40-3.
138. WHO. Growth reference 5-19 years. https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ (Erişim Tarihi 15/03/2018).
139. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
140. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin gecerlilik uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-22.
141. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: Sage; 2013.
142. Unsal A, Ayrancı U. Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of western Turkey: an epidemiological study. *Journal of School Health*. 2008;78(5):287-93.
143. Tekgöl BN, Geroğlu B, Alanyalı FM, Mergen H. Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(4):152-60.
144. Yavuz BG, Yeser İ, Karamustafalıoğlu O, Bakım B, Gündoğar A. İstanbul'da Bir Grup Lise Öğrencisinde Ebeveyn Tutumlarının Etkileri. *Effects of Parental Attitudes Among a Group of High School Students in İstanbul*. 2015;52:19-23
145. Üner S, Özcebe H. Assessment of Depression and Risk Factors using Beck Depression Inventory in High School Students. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tip Dergisi*. 2008;30(4):250-8
146. Öner K. Lise öğrencisi ergenlerde depresyon, internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler.Yüksek Lisans Tezi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
147. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değerkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2007;15(1):85-92.
148. Emiroğlu M, Murat M, Bindak R. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Yordayan Sosyo-demografik Değerkenlerin Belirlenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011;10(38):262-74

149. Türkleş S, Hacıhasanolu R, Çapar S. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2008;11(2):18-28
150. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(4):382-9
151. Öztop DB, Öztürk A, Ünalın D, Mazicioğlu M, Balci E, Gün İ. Lise öğrencilerinde depresyon ve davranış sorunlarının yaygınlığı. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(3):204-11.
152. Özfirat Ö, Pehlivan E, Özdemir FÇ. Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2009;16(4):247-55.
153. Kubik MY, Lytle LA, Birnbaum AS, Murray DM, Perry CL. Prevalence and correlates of depressive symptoms in young adolescents. *American journal of health behavior*. 2003;27(5):546-53.
154. Abdel-Fattah MM, Asal A-RA. Prevalence, symptomatology, and risk factors for depression among high school students in Saudi Arabia. *Europe's Journal of Psychology*. 2006;2(3).
155. Modabber-Nia M-J, Shodjai-Tehrani H, Moosavi S-R, Jahanbakhsh-Asli N, Fallahi M. The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, northern Iran. *Arch Iran Med*. 2007;10(2):141-6.
156. Ekundayo OJ, Dodson-Stallworth J, Roofe M, Aban IB, Kempf MC, Ehiri JE, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms among high school students in Hanover, Jamaica. *The Scientific World Journal*. 2007;7:567-76.
157. Fatiregun A, Kumapayi T. Prevalence and correlates of depressive symptoms among in-school adolescents in a rural district in southwest Nigeria. *Journal of adolescence*. 2014;37(2):197-203.
158. Sun Y, Tao F, Hao J, Wan Y. The mediating effects of stress and coping on depression among adolescents in China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010;23(3):173-80.

159. Kapıkıran NA. Lise Öğrencilerindeki Psikopatolojik Belirtilerin Cinsiyet ve Sınıf Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;10(10):34-9.
160. Akıncı Z, Güven M. A study on investigation of the relationship between mobbing and depression according to genders of high school students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;174:1597-605.
161. Yılmazel G, Günay O. Çorum ili Kargı ilçesinde öğrenim gören 12-17 yaş arasındaki öğrencilerde özsaygı ve depresyon. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;21(1):20-9.
162. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler/Depressive symptom frequency among health high school students and the associated factors. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8(1):46-51.
163. Yelkenci İ. Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin depresyon ile anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
164. Salle E, Rocha NS, Rocha TS, Nunes C, Chaves ML. Depression rating scales as screening tools for depression in high school students. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2012;39(1):24-7.
165. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. Journal of Adolescent Health. 2002;31(3):240-6.
166. Lim HJ, Chung SS, Joung KH. Factors of depressive symptoms among elementary, middle, and high school students. Archives of psychiatric nursing. 2016;30(3):302-8.
167. Paxton RJ, Valois RF, Watkins KW, Huebner ES, Drane JW. Sociodemographic differences in depressed mood: Results from a nationally representative sample of high school adolescents. Journal of School Health. 2007;77(4):180-6.
168. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. American journal of preventive medicine. 2006;30(1):59-66.

169. Afifi M. Depression in adolescents: gender differences in Oman and Egypt. 2006;12(1-2):61-71.
170. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American journal of preventive medicine*. 2006;31(6):104-25.
171. Hauenstein EJ. Depression in adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2003;32(2):239-48.
172. Meadows SO, Brown JS, Elder GH. Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(1):89-99.
173. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J. Prevention of depression in children and adolescents. *American journal of preventive medicine*. 2007;32(5):451-5.
174. Glied S, Pine DS. Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(10):1009-14.
175. Nolen-Hoeksema S, Hilt LM. The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Handbook of depression in adolescents*: Routledge; 2013. p. 127-52.
176. Lewinsohn PM, Essau CA. Depression in adolescents. *Handbook of depression*. 2002.p.541-59.
177. Poulin C, Hand D, Boudreau B, Santor D. Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*. 2005;100(4):525-35.
178. Takakura M, Sakihara S. Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior high school students. *Journal of Epidemiology*. 2000;10(6):383-91.
179. Hidayat A, Sahrudin A. Locus of control in late adolescence: characteristics and ability of new students to overcome depression. *GUIDENA: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan dan Konseling*. 2016;6(2):172-9.
180. Krasniqi N. Anxiety/Depression And Academic Achievement In Adolescents In Prishtina. *Journal of Educational and Social Research*. 2014;4(2):375-83.
181. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22(1):35-40.

182. Piko BF, Balázs MÁ. Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depressive symptomatology. *European child & adolescent psychiatry*. 2012;21(3):149-55.
183. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Depression among Brazilian adolescents: A cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2015;175:281-6.
184. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(2):190-8.
185. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO. Prevalence of major depressive disorders and a validation of the Beck Depression Inventory among Nigerian adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16(5):287-92.
186. Zinn-Souza L, Nagai R, Teixeira L, Latorre M, Roberts R, Cooper S, et al. Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:34-40.
187. Hyakutake A, Kamijo T, Misawa Y, Washizuka S, Inaba Y, Tsukahara T, et al. Cross-sectional observation of the relationship of depressive symptoms with lifestyles and parents' status among Japanese junior high school students. *Environmental health and preventive medicine*. 2016;21(4):265-73.
188. Tang X, Wong D. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;245:498-507
189. Birmaher B, Bridge JA, Williamson DE, Brent DA, Dahl RE, Axelson DA, et al. Psychosocial functioning in youths at high risk to develop major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(7):839-46.
190. Hishinuma ES, Foster JE, Miyamoto RH, Nishimura ST, Andrade NN, Nahulu LB, et al. Association between measures of academic performance and psychosocial adjustment for Asian/Pacific-Islander adolescents. *School Psychology International*. 2001;22(3):303-19.
191. Roeser RW, Eccles JS, Sameroff AJ. School as a context of early adolescents' academic and social-emotional development: A summary of research findings. *The elementary school journal*. 2000;100(5):443-71.

192. Hamidi F, Bildik T, Tatar A. Ergenlerde depresyon ile ilişkili koruyucu ve risk etkenleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013;14:145-51.
193. Mutallimova S. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve anne baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
194. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Yasemin A. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi.* 2013;18(2):98-102.
195. Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.* 2006;9(9):7-12.
196. Hong X, Li J, Xu F, Tse LA, Liang Y, Wang Z, et al. Physical activity inversely associated with the presence of depression among urban adolescents in regional China. *BMC public health.* 2009;9(1):148.
197. Goodman E, Huang B, Wade TJ, Kahn RS. A multilevel analysis of the relation of socioeconomic status to adolescent depressive symptoms: does school context matter? *The Journal of pediatrics.* 2003;143(4):451-6.
198. Mizuta A, Suzuki K, Yamagata Z, Ojima T. Teachers' support and depression among Japanese adolescents: a multilevel analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2017;52(2):211-9.
199. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity.* 2010;7(1):40.
200. Organization WH. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
201. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V, et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European child & adolescent psychiatry.* 2017;26(1):111-22.
202. Birkeland MS, Torsheim T, Wold B. A longitudinal study of the relationship between leisure-time physical activity and depressed mood among adolescents. *Psychology of Sport and Exercise.* 2009;10(1):25-34.

203. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*. 2011;45(11):886-95.
204. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and science in sports and exercise*. 2000;32(5):963-75.
205. Wiles NJ, Haase AM, Lawlor DA, Ness A, Lewis G. Physical activity and depression in adolescents: cross-sectional findings from the ALSPAC cohort. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(7):1023-33.
206. McPhie ML, Rawana JS. The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis. *Journal of adolescence*. 2015;40:83-92.
207. Craft LL, Perna FM. The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2004;6(3):104-11.
208. Loprinzi PD, Herod SM, Cardinal BJ, Noakes TD. Physical activity and the brain: a review of this dynamic, bi-directional relationship. *Brain Research*. 2013;1539:95-104.
209. Schmalz DL, Deane GD, Birch LL, Davison KK. A longitudinal assessment of the links between physical activity and self-esteem in early adolescent non-Hispanic females. *Journal of Adolescent Health*. 2007;41(6):559-65.
210. Tao FB, Xu ML, Kim SD, Sun Y, Su PY, Huang K. Physical activity might not be the protective factor for health risk behaviours and psychopathological symptoms in adolescents. *Journal of paediatrics and child health*. 2007;43(11):762-7.
211. Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools. *L'Encephale*. 2004;30(4):352-9.
212. Garcia-Jimenez M, Salcedo-Aguilar F, Rodriguez-Almonacid F, Redondo-Martínez M, Monterde-Aznar M, Marcos-Navarro A, et al. The prevalence of sleep disorders among adolescents in Cuenca, Spain. *Revista de neurologia*. 2004;39(1):18-24.
213. Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Sbokou O, Soldatos CR. Sleep problems in adolescence A study of senior high school students in Greece. *European child & adolescent psychiatry*. 2005;14(4):237-43.

214. Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. *BMJ open*. 2014;4(7):e005517.
215. Moo-Estrella J, Pérez-Benítez H, Solís-Rodríguez F, Arankowsky-Sandoval G. Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of medical research*. 2005;36(4):393-8.
216. Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag MJ. Insomnia in young men and subsequent depression: The Johns Hopkins Precursors Study. *American journal of epidemiology*. 1997;146(2):105-14.
217. Gangwisch JE, Babiss LA, Malaspina D, Turner BJ, Zammit GK, Posner K. Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *Sleep*. 2010;33(1):97-106.
218. Ogawa S, Kitagawa Y, Fukushima M, Yonehara H, Nishida A, Togo F, et al. Interactive effect of sleep duration and physical activity on anxiety/depression in adolescents. *Psychiatry research*. 2019;273:456-60.
219. Kang YW, Park J-H. Does Skipping Breakfast and Being Overweight Influence Academic Achievement Among Korean Adolescents? *Osong public health and research perspectives*. 2016;7(4):220-7.
220. Lee G, Han K, Kim H. Risk of mental health problems in adolescents skipping meals: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2010 to 2012. *Nursing outlook*. 2017;65(4):411-9.
221. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*. 2010;36(4):375-84.
222. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(3):215-22.
223. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(9):1148-54.

224. Brennan PA, Hammen C, Katz AR, Le Brocque RM. Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(5):1075-85.
225. Lizardi H, Klein DN, Shankman SA. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of parents with dysthymic disorder and major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(3):193-9.
226. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(1):65-79.



9.EKLER

EK 1:ARAŞTIRMA ANKETİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İSTANBUL İLİ SILİVRİ İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, “İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri” adlı uzmanlık tezi için planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü artıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Dr.Gülver GÜLEN

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

A-BİREYSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz nedir? <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2. Yaşınız
3. Boyunuzcm
4. Vücut ağırlığınız.....kg
5. Okulunuz.....
6. Kaçınıcı sınıftasınız? <input type="checkbox"/> 9.Sınıf <input type="checkbox"/> 10.Sınıf <input type="checkbox"/> 11.Sınıf <input type="checkbox"/> 12.Sınıf
7. Bir önceki dönem okul başarı durumunuz hangisine uymaktadır? <input type="checkbox"/> Takdir belgesi aldım <input type="checkbox"/> Teşekkür belgesi aldım <input type="checkbox"/> Belge almadım.
8. Anneniz sağ mı? <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü
9. Baba sağ mı? <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü
10. Anne-baba birlikte mi? <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Vefat <input type="checkbox"/> Diğer.....

11. Annenizin eğitim düzeyi nedir?

- Okuma yazma bilmiyor Okuryazar İlkokul- Ortaokul
 Lise Üniversite

12. Babanızın eğitim düzeyi nedir?

- Okuma yazma bilmiyor Okuryazar İlkokul- Ortaokul
 Lise Üniversite

13. Annenizin mesleği nedir?

- İşçi Memur Çiftçi
 Serbest Meslek Çalışmıyor-Ev hanımı Diğer.....

14. Babanızın mesleği nedir?

- İşçi Memur Çiftçi Serbest Meslek Çalışmıyor Diğer.....
...

15. Ailenizin ortalama aylık geliri ne kadardır?

- <2000TL 2000-4000TL 4000-6000TL >6000TL

16. Yaşadığınız aile tipini nasıl tanımlarsınız?

- Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)
 Geniş aile (anne, baba, çocuk ve aile büyükleri)
 Diğer.....

17. Kardeş sayınız (Sizin dışınızda)

18. Nerede kalıyorsunuz?

- Evde-Ailemle Evde-Arkadaşlarımla Yurtta
 Evde-Tek başıma Diğer (belirtiniz).....

19. Son bir hafta içerisinde kaç gün toplam en az 60 dakika fiziksel etkinlikte buldunuz? (Fiziksel egzersiz kalp atışınızı artıran ve bazen sizi nefes nefese bırakan hareketlerdir. Sporda, okul etkinliklerinde, arkadaşlarla oynarken veya okula yürürken yapılabilir. Koşma, ip atlama, bisiklete binme, yüzme, futbol, basketbol, dans etmek vb. aktiviteler örnektir.)

- 0-1 gün 2-4 gün 5-7 gün

20. Düzenli hobiniz var mı? (Müzik, sinema, tiyatro, spor vb.)

- Evet Hayır

21. Uyku düzensizliğiniz var mı?

- Evet Hayır

22. Günlük uyku süreniz?saat
23. Son bir hafta içerisinde öğün atladığımız oldu mu? (Evet ise kaç kez öğün atladığımızı belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
24. Okul günleri evde genellikle kahvaltı yapar mısınız? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
25. Hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı? (Varsa lütfen belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(.....)
26. Düzenli olarak kullandığımız herhangi bir ilaç var mı? (Varsa lütfen belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(.....)
27. Aynı hanede birlikte yaşadığımız kişilerden kronik hastalığı olan var mı? (Varsa lütfen belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(.....)
28. Ailenizde herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı olan var mı? (Varsa kim olduğunu lütfen belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(.....)
29. Daha önce hiç depresyon tanısı aldınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
30. Daha önce hiç depresyon tanısı ile tedavi gördünüz mü? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
31. Halen depresyon tanısı ile tedavi görüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
32. Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı aldınız mı? (Lütfen belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(.....)
33. Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı ile tedavi gördünüz mü? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
34. Halen başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı ile tedavi görüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2)Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3)Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 2: ETİK KURUL İZİNİ

Tarih ve Sayı: 06/09/2017-324973



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Gülver Gülen'nin
etik kurul kararı A-16

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :15.08.2017 tarih, 34341879-604.01.02-307546 sayılı yazı

Anabilim Dalımız öğretim üyesi **Doç.Dr.Suphi VEHİD**'in danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Gülver GÜLEN**'in yürütücülüğünde "İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri" başlıklı Uzmanlık Tezi (ANKET) çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **05 Eylül 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Teoman SOYSAL
Bölüm Başkanı V.

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEZL8HV7L>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

İÜC Tarih ve Sayı: 06/04/2018-131401



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm. Öğr.Dr. Gülver Gülen'nin
etik kurul kararı H-01

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :21.03.2018 tarih, 34341879-604.01.02-107880 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Doç.Dr.Suphi VEHİD**'in danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Gülver GÜLEN**'in yürütücülüğünde "İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri" başlıklı Uzmanlık Tez (ANKET) çalışmasının danışmanının emekli olması nedeniyle yeni danışman öğretim üyesinin **Prof.Dr. Ethem ERGİNÖZ** olması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Nisan 2018** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup ,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Işıl BAVUNOĞLU
Bölüm Başkanı V.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE8VC5EB3>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



EK 3: ARAŞTIRMA İZİNLERİ



TC
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı

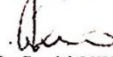


....03./07...../2017.....

Silivri İlçesi Kaymakamlık Makamına

Ekte yer alan protokol içeriğinden de anlaşılacağı üzere İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü ile İstanbul Valiliği arasında ilçeniz sınırları dahilinde gerek tıp fakültesi öğrencilerinin gerekse halk sağlığı asistanlarının eğitim ve araştırma yapmaları hususunda adımıza bir protokol imzalanmıştır.

Bu protokol çerçevesinde Silivri İlçe Sınırları dahilindeki ilköğretim okullarında ekte yer almakta olan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi etik kurul onaylı çalışma projelerinin yapılabilmesi için gerekli izinlerin Silivri Kaymakamlığınızca verilmesi konusunda gereği arz ederim.


Doç.Dr.Suphi VEHİD
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Ekler:

1. İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü ile İstanbul İli Valiliği arasındaki protokol
2. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında göz taraması ve değerlendirilmesi
3. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında yeme davranışı ve ilişkili faktörler
4. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında okul ve çevre sağlığı bilgi toplanması ve değerlendirilmesi
5. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında hipertansiyon ve obezite ilişkili faktörler
6. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında 4-5-6-7-8. Sınıf öğrencilerine sosyal anksiyete ölçeğinin uygulanması
7. Silivri İlçesi ilkokul çocuklarında uyku davranışları ve ilişkili faktörler
8. İstanbul İli Silivri ilçesi Lise öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve ilişkili risk faktörleri
9. İstanbul İli Silivri ilçesi Lise öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Not: Yanıtlarınızda yazımın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 34098 Fatih/İSTANBUL

Telefon: 0 (212) 414 30 00 - 21566



T.C
SİLİVRİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 57359598-605.01-E.11615501
Konu : Doç. Dr. Subhi VEHİD'in Araştırma İzni Hk.

01.08.2017

.....MÜDÜRLÜĞÜNE
SİLİVRİ

İlgi : Silivri Kaymakamlığı Yazı İşleri Müd.'nün 21/07/2017 tarih ve 2173 sayılı yazısı.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Subhi VEHİD'in İlçemiz okullarında bir dizi araştırma yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Mehmet ŞEN
Müdür a.
Şube Müdürü

EK : İlgi yazı ve ekleri

DAĞITIM:
Tüm İlkokul Müd.

10. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülver	Soyadı	GÜLEN
Doğ.Yeri	Ezine	Doğ.Tar.	27/12/1989
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kim No	25183506460
Email	gulvergulen89@gmail.com	Tel	553 358 80 04

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük. Lis.	Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Tıp Fakültesi	2014
Lise	Çanakkale Fen Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Uzmanlık Öğrencisi Doktor	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2015-
2. Pratisyen Doktor	Ezine Devlet Hastanesi	2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		75

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	İyi
Microsoft Office	İyi