

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 05.04.1993 tarih ve 93/115 sayılı kararı ile kabul edilen tez yazma yönergesine göre hazırlanmıştır.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

Bu çalışma jürimiz tarafından Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

MÜDÜR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. GİRİŞ	1-3
2. AMAÇ.....	4
3. GENEL BİLGİLER	5-35
3.1 Gençlik.....	5-9
3.2 Depresyon	9-10
3.2.1 Belirtiler ve Bulgular	10-13
3.2.2 Depresyon Epidemiyolojisi	13-14
3.2.3 Depresyon Etiyolojisi	14-22
3.2.4 Sınıflama	22-24
3.2.5 Tanı Ölçütleri	24-25
3.2.6 Ayırıcı Tanı	25-26
3.2.7 Hastalığın Seyri	26-27
3.2.8 Tedavi Yaklaşımları	27-34
3.2.9 Korunma	34
3.2.10 Beck Depresyon Ölçeği	35
4. GEREÇ VE YÖNTEM	36-39
5. BULGULAR	40-50
6. TARTIŞMA VE SONUÇ	51-59
7. ÖZET	60
8. SUMMARY.....	61
9. KAYNAKLAR	62-67
10 EKLER	68-74

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo I. Depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik ilaçlar	30
Tablo II. Depresyon tedavisinde kullanılan tetrasiklikler ve diğer yeni kuşak antidepresanlar.	31
Tablo III. Depresyon tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri.....	31
Tablo IV. Her iki gruptaki bireylerin depresyon puanlarının dağılımının incelenmesi..	40
Tablo V. Öğrencilerin fakülte ve yüksekokullara göre dağılımı ve ortalama depresyon puanları	40
Tablo VI. Öğrencilerin Beck Depresyon ölçeğine göre depresif durumları	41
Tablo VII. Gruplardaki öğrencilerin Beck depresyon ölçeği puanlarının Burn's sınıflamasına göre dağılımı	41
Tablo VIII. Merkezi sınav sistemi ve Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen kız ve erkek öğrencilerin puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo IX. Gruplardaki öğrencilerin yaş gruplarına göre puanlarının incelenmesi.....	43
Tablo X. Gruplardaki öğrencilerin depresyon puanlarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	44-47

1.GİRİŞ

Üniversite çağı bireylerin hayatlarının önemli bir kısmını etkileyen ergenlikten yetişkinliğe geçişte gelişimsel ve uyumsal problemleri bir arada yaşadıkları evreyi içine alan, gençlerin toplumsal olaylarla ilgili olduğu, toplumsal beklentilerin baskısını üzerlerinde hissettikleri bir çağdır (1). Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği kabul edilmiştir. Daha önce yaşananlar gözden geçirilir, gelecekteki rol ve sorumluluklar fark edilmeye başlanır (2). Gençlik dönemi, bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal birçok çatışma yaşadığı, psikososyal ve cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı bir çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (3, 4, 5). Kimlik duygusunun gelişmesi, gencin, ben kimim, neyim, ne olmalıyım sorularına karşı kendini tanıyabilme ve benimseme durumunun yaşanmasıdır. Gencin kimliğini bulmaya çalıştığı bu güç yaşam döneminde, kendinden yada çevreden kaynaklanan bazı sorunlar nedeniyle uyum bozukluğu ve bunun sonucunda çeşitli ruhsal sorunlar daha kolay ortaya çıkabilir (6).

Üniversite ortamı kimlik gelişimi, ekonomik bağımsızlık, meslek edinme ve sosyal çevre oluşturma gibi konular açısından toplumumuz tarafından önemli kabul edilmekte ve gençlerimiz bu beklentiler içinde öğrenim hayatlarına başlamaktadırlar (1). Ayrıca aileden ve sosyal çevreden ayrılma, yeni çevre ve arkadaşlar, üniversiteye uyum problemleri, akademik başarı, mesleki beklentilerin karşılanmaması, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, gelecek kaygısı gibi konular gençlerin problem yaşamalarına neden olmaktadır (1, 6).

Üniversite öğrenci problem alanlarını belirlemek için bu konuda bir araştırma yapan Özbay kişilerarası ilişkiler, akademik mesleki sorunlar, yardım arama durumları, aile yaşantıları, nevrotik eğilimler ve depresif yaşantılarla karakterize edilebilecek problem alanlarının var olduğunu belirlemiştir (7). Ayrıca üniversite ortamı, farklı bir boyutta, kişinin yeni bir sosyal çevre edinmesini ve bu çevrede adaptif ikili ilişkilerini sürdürmesini gerektirmektedir. Yurt ortamı, sınıf atmosferi kişiye yeni sosyal çevre

olabilecek nitelikteki etkileşim hedefleri, yeni sosyal becerileri ve çabalarını zorunlu kılmaktadır (7).

Üniversite öğrencileri, bu ortamda yaşama farklı bakış açıları, yeterlilik-yetersizlik, kendi ve ailesinin beklentileri gibi konularda değerlendirme yapmaktadırlar. Kısacası bir kimlik arama evresi içerisindeyiler ve uyumda zorlanmaktadırlar. Bunun sonucu olarak kendini derslere verememekte, iştahsızlık, uyku problemleri, sosyal ilişkilere girme güçlüğü ve bunalımlar ortaya çıkmaktadır. Bu dönem gençlerin bu konularda kendisine ve karşısındakine güvensizliğin, doyurucu ve sağlıklı ilişki kuramamasının, ekonomik alanda yaşadığı güçlüklerin, geldiği sosyo-kültürel ortamın etkilerinin arkadaş ilişkilerinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (8). Nugent (1990)'e göre artık çevresinde lise döneminde kendi bölgesinden olan arkadaşları gibi arkadaşları olmayışı bunun yerine farklı kültürlerden, farklı beklentileri olan yeni bir arkadaş grubunun olmasıdır (9).

Ülkemizin eğitim konusu açısından önemli bir bölümünü oluşturan üniversite öğrencileri problemlerini ortaya çıkarıcı ve uyum sorunlarını en aza indirici çalışmalar yapılması gerekmektedir. Ülkemizde birkaç üniversitede bulunan, onların da sınırlı olduğunu söyleyebileceğimiz danışma merkezlerinin yaygınlaştırılması ve öğrencilerin problem alanlarıyla üniversite ortamına göre düzenleyici çalışmaların yapılması gerekmektedir (9). Yapılan pek çok araştırmalar sonucu üniversite öğrencileri genelde kişisel, sosyal, mesleki, eğitsel karmaşalar, ailevi problemler ve kararlar konusunda danışmaya ihtiyaç duydukları saptanmıştır (7). Üniversite hayatında oluşturulan kimlik yapısının bu problemlerden etkilenmeden oluşması öğrencilerin gelecek hayatlarında daha başarılı, uyumlu ve etkin bireyler olmasını sağlayacaktır (9).

Ayrılma, bireyselleşme sürecine bağlı olarak, uyumun sağlanmadığı durumlarda bir çok psikolojik problem ortaya çıkabilmektedir. Üniversitede okuyan ve danışma merkezlerine başvuran öğrencilerde görülen psikiyatrik ya da psikolojik belirtiler bu görüşü destekler niteliktedir (10). Öğrencilerde danışmanlık servislerine en çok başvurunun, %62 oranında depresif belirti kaynaklı olduğu belirtilmektedir (11, 12).

Üniversite geçeri arasında yapılan araştırmada bu grubu tehdit eden en önemli psikolojik rahatsızlığın depresyon olduğu belirtilmektedir(13,14). Son yıllarda

depresyon, akıl sağlığı alanında en çok tartışılan sorunlardan biri olarak görülmektedir (15).

Ruhsal bozukluklar yüksek yaygınlık oranları, yüksek kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri nedeniyle günümüzde bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (16, 17, 18). Dünya Sağlık rgt'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan ‘‘Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar’’ araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğın %10.4 depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı alışmanın Ankara-Gölbaşı verileri ise %17.6 oranında ruhsal bozukluk tanısı, %11.6 oranında depresyon tanısı konuğunu göstermektedir. Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Depresyonun, st solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci yaygınlıkta rastlanan sağlık sorunu olması önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (19,20).

Bu sorunun, gittikçe genç nesilleri de tehdit eder hale geldiği, ergen intiharlarındaki artışlardan anlaşılmaktadır (21). Türkiye devlet istatistik enstitüsü kayıtlarında da 15-24 yaş grubundaki intiharların arttığı ve tüm intiharların % 30-35 ‘ini bu yaş grubunun oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca niversite ğrencilerinde görülen depresif belirtiler ile genel akademik ortalama arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (22).

Türkiye’de bazı niversitelerde Beck Depresyon leğine göre yapılan araştırmalarda depresyon prevalansları şoyledir ; Pamukkale niversitesi ğrencilerinde %12.8, Ortadoğu teknik niversitesi ğrencilerinde %13.9, Hacettepe niversitesi intern doktorlarında yapılan araştırmada %13.8, Cumhuriyet niversitesi ğrencilerinde %34.7, Gata ğrencilerinde %35.4, olarak tespit edilmiştir. A.B.D ‘deki üniversitelerde yapılan araştırmalarda ise %7.6 sıklık bildirilmiştir.

Bütün bunlardan anlaşılacağı üzere niversite öğrencileri arasında depresif belirtiler gösterenlerin, tespit edilmesi önemlidir. Depresyon belirtilerinin hafif düzeylerde olduğu durumlarda bile, bireyi hareketsizliğe, verimsizliğe, mutsuzluğa itmesi nedeniyle bu belirtileri gösterenlere ulaşılması, koruyucu ruh sağlığı açısından da önemlidir (23).

2. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören fakülte öğrencileri ile Özel yetenek sınavı ile üniversiteyi kazanan ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Güzel Sanatlar Fakültesi ve Eğitim Fakültesi Güzel Sanatlar Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği ile depresyon durumlarını ölçmek ve Fakülte öğrencileri ile Özel yetenek sınavı ile üniversiteyi kazanan öğrencilerin depresyon düzeylerini karşılaştırmak. Bu iki grubun depresyon belirtilerini, yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini karşılaştırmak, öğrencilerin sorun alanlarını ve depresyonla ilişkisini belirlemektir

3. GENEL BİLGİLER

3.1 GENÇLİK

Genç sözcüğü, Latince, büyüme, olgunlaşmak anlamına gelen “adolescere” kökünden gelmektedir. Batı literatüründeki “adolescent” sözcüğü karşılığı olarak kullanılan bu sözcük, yapısı gereği bir durumu değil bir süreci belirtmektedir. Bu süreç ilk ergenlik belirtilerinin başladığı, 12 yaşından büyümenin durduğu 25 yaşına kadar olan süreyi kapsar. Birleşmiş Milletler örgütünün tanımına göre, 15–25 yaşları arasında öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişidir. Gençlik çağı üç alt döneme ayrılabilir. 12–15 yaşlar arası ilk gençlik, 15–21 yaşları arası delikanlılık ve 21–25 yaşları arası uzamış gençlik ya da yükseköğretim gençliğidir (24, 25).

Birleşmiş milletler örgütü genci ‘ bir işte çalışmayan ve kendi konutu olmayan 15–25 yaşları arasındaki kişi ’ olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre gençlik çağı tüketici ve bağımlı bir çağdır. Kişi ana-baba ocağından ayrılınca ya da çalışmaya başlayınca toplumsal anlamda gençlik çağı bitmektedir. Gerçekten gelişmemiş toplumlarda gençlik çağı toplumsal bakımdan kısa sürer. Çünkü genç, erkenden işe girerek yada evlenerek erişkin sorumluluklarını taşımaya başlar. Gelişmiş toplumlarda ya da gelişmemiş ülkelerin varlıklı kesimlerinde gençlik çağı yüksek öğretimin bitimine kadardır (26).

3.1.1 Gençlik Çağının Bedensel Özellikleri:

Fiziksel değişiklikler ergenlik adı verilen yaşam döneminde ortaya çıkan psikolojik yada sosyal değişikliklerin başlatıcısı ve düzenleyicisi oldukları için büyük önem taşırlar. Fiziksel olgunlaşma, yalnızca cinsel olgunlaşmayı değil, gözle görülmeyen bir dizi biyokimyasal değişikliği de kapsayan, yıllara yayılmış bir süreçtir. Ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin nasıl anlamlandırılacağı büyük ölçüde kültürel faktörlerce belirlenir. Ayrıca kişisel farklılıklarda benzer biyolojik değişimlere farklı tepkiler verilmesine neden olur (27).

Gençlik döneminin başlangıcı olarak, genellikle üretim fonksiyonlarının başlangıcı sayılan, kızlarda ilk adet görme (menarche) , erkeklerde sperm atımının başlaması (spermarche) kabul edilir.

Fiziksel değişiklikleri en genel haliyle beş bölümde özetleyebiliriz;

- İskelet sistemi büyümesi önce hızlanır sonra daha yavaşlar.
- İskelet ve kas sisteminin gelişimi ve yağ oranının miktar ve dağılımındaki değişmeye bağlı olarak beden yapısı farklılaşır.
- Solunum ve dolaşım sistemlerinin gelişmesi sonucu kişinin dayanıklılık ve kuvveti artar.
- Üreme organları, eşey hücreleri ve ikincil cinsiyet özellikleri gelişir.
- Sinir sistemi ve iç salgı sisteminde değişiklikler olur, beyin işlevleri gelişir (17)

3.1.2 Gençlik Çağının Ruhsal Özellikleri:

Gencin içinde yaşadığı kültür onun pek çok özelliklerini belirlese de genellikle değişik toplumların gençleri arasında ayrılıklardan çok benzerlikler bulunur. Bunun nedeni açıktır; delikanlılık cinsel uyarının başladığı ve hızlı beden büyümesinin yer aldığı gelişme dönemidir ve evrensel özellikler gösterir. Çağdaş psikolojinin gelişmesinden yıllarca önce pek çok düşünür gençlik çağını çok çarpıcı biçimde tanımlamışlardır. Örneğin Aristo 2300 yıl önce gençliği “geçici bir sarhoşluk” olarak nitelendirmiştir. Goethe, gençlik çağının çelişkili davranışlarını ve bunalımlarını “kendi kendine iyileşen bir hastalık” olarak görmüştür.

Ortaya çıkan görünüm duygularda ve davranışlarda değişkenlik, çelişki ve tutarsızlıktır. Başka bir deyişle gençlik çağı olumlu, olumsuz pek çok özelliğin bir arada bulunduğu bocalamalı, tutarsız, fırtınalı bir çağdır. Erişkin kuşakların çağlar boyu korudukları bakış açısını benimserseniz gençlik bir olumsuzluklar yumağı olarak görünür. Gençler; bencildirler, sorumsuzdurlar, sabırsızdırlar, ölçüsüz ve frensizdirler, uçandırlar, gözü karadırlar, dik başlıdırlar, saygısızdırlar, asidirler, öfkeli dirler, hoşgörüsüzdürler, hayalci dirler, gerçekleri önemsemezler, düşüncesizdirler, tedirgindirler, başkalarının kusurlarını görür kendi yanlışlarını görmezler, davranışlarının önünü sonunu hesap etmezler. Olumsuzluklar listesini uzatabiliriz. Ancak madalyonun bir de öteki yüzü vardır; gençler coşkuludurlar, idealisttirler. İnadıkları kişilerin ardından gider, amaçları uğruna her özveriye katlanırlar. Deneyimleri az olsa da denemekten, ileri atılmaktan

korkmazlar. Macera olarak görülen kimi girişimlerinde beklenmedik başarıya ulaşırlar. İşe ve eyleme hazırdırlar. Düşünmekten çok yapmaya ve uygulamaya önem verirler. Kendilerini kanıtlamak çabasıındadırlar. Hakseverdirler, haksızlıklara karşı tepki gösterirler. Yardırma koşmaya can atarlar. Kötülüklerin ve düzensizliklerin ortadan kaldırılması için harekete geçmeye hazırdırlar. Yeniliklere ve değişikliklere açıktırlar. Kötümserlikle iyimserlik arasında gidip gelseler de iyimserlikleri ağır basar. Bağımsız olmak, sorumluluk almak, adam yerine konmak için didinir dururlar. Gençlik çağında gençleri iyi gençler-kötü gençler olarak ayırmak yanlıştır. Çünkü saydığımız olumlu ve olumsuz nitelikler gençlerin hepsinde değişik oranlarda birbirine karışmış haldedir. Genç ailesine veya topluma bir gün olumlu yüzünü başka bir gün de olumsuz yüzünü gösterebilir. Ancak şu da bir gerçektir ki, her gencin bocalaması aynı ölçüde değildir. Kimi genç gençlik çağının çalkantısını kendisine ve çevresine büyük sorun çıkarmadan atlattır, kimi genç de bir uçtan bir uca gidip gelerek fırtınalı bir gelişme gösterir. Gençlerin büyük çoğunluğu bu gelişme dönemini yara almadan atlattır erişkinliğe ulaşır. Başka bir deyişle gençlik çağının işlevlerini başarıyla tamamlar, cinsel kimliğini kazanır, benlik kimliğinin oluşturur, toplumsal beceriler kazanır, yeteneklerini geliştirerek toplumda kendine bir yer edinir. Gençlik çağını hiç sorunsuz geçirmek, pek çok yazarın belirttiği gibi, her zaman sağlık belirtisi değildir. Böyle kişiler çocukluğun bağımlı ve güvenli ortamından çıkamamış, deneme ve yanılmaktan korkan, ananın babanın uslu çocuğu olarak kalan gençler olabilir. Ana babanın uzantısı olmakla yetinen, kendi bağımsızlığı için çaba göstermeyen bir genç, erişkin çağın sorunlarıyla başa çıkamaz (26).

3.1.3 Gençlik çağında benlik bunalımı ve kimlik oluşumu:

Ergenlik çağının başlamasıyla gençte beliren başkaldırma, çelişkili duygu, ve davranışların nedeni şöyle açıklanabilir: Her şeyden önce hızlı büyüme ve cinsel uyanış alt benlik (id) dürtülerinde güçlenme yaratmakta bunlar doyum için benliğe baskı yapmaktadırlar. Dolayısıyla benlik, artan baskılar altında bunalmakta, dürtüleri dizginleyebilmek için yeni savunma mekanizmalarını kullanmaya başlamaktadır. Bu durum ruhsal yapıda sağlanmış olan dengeyi bozmaktadır. Benlik dürtülere yol vermekle onları tümünden bilinç dışına bastırmak arasında bocalamaktadır. Bunun sonucu genç hem kendi içinde savaşa girişmekte hem de çevresiyle çatışmaya düşmektedir. Özetle söylersek ergenlik çağıyla birlikte benlikte göreceli bir güçsüzlük ve yetersizlik

baş göstermektedir. Eskiden yararlı olan savunma mekanizmaları yetersiz kalmaktadır. Gencin davranış ve duygularındaki iniş çıkışlar, tutarsızlıklar bozulan iç dengenin dışa yansıyan görüntüleridir. Başka bir deyişle benlik bu yeni duruma uymak için gerekli esnekliği gösterememektedir. Bu uyum çabalarının sonucu ortaya, gençlik çağı için olağan saydığımız benlik bunalımı çıkmaktadır. Bu nedenle yeni denemelere girmekte önce ana babasını yadsımaya çabalamakta kendine yeni örnekler seçerek yeni özdeşimler denemektedir. Evden kopan 6 genç arkadaş kümelerinde, genç yetişkinler arasında kendine örnek alacağı nesnelere seçmektedir. Sonuçta genç eski ve yeni özdeşim örneklerinden kendisine yeni kimlik çıkarmaktadır. Eskilerin bir bölümünü yadsımda, bir bölümünü ise benimseyerek yenilerle harman etmekte ve değişik bir senteze varmaktadır. Erikson 'un dediği gibi kimlik oluşumu özdeşimin bittiği yerde başlamaktadır. Ortaya gencin kendine özgü değerleri, amaçları ile bütünlük oluşturan özgün bir kimlik çıkmaktadır (26).

3.1.4 Üniversite gençliği:

Üniversite eğitimi gençlerin toplumun etkili bir üyesi olarak hayata atılmalarını amaçlayan formal eğitim sürecinin son aşamasını oluşturmaktadır. Üniversite eğitimi öğrencileri kendinden, yaşam rolünden ve uğraşından, çevresiyle olan ilişkilerinden memnun, yaşamı anlamlı bulan, düşünce üretebilen, misyon sahibi ve sağlıklı gençler yetiştirmeyi amaçlamak durumundadır. Ülkemiz nüfusunun büyük kısmını gençler oluşturmaktadır, genç nüfusun toplam nüfusa oranı %29.6 dır. Üniversite eğitim çağındaki gençlerin ancak %10,2 si üniversite eğitimi görme şansını zorlu bir sınavdan sonra elde edebilmektedirler (28).

Üniversite sayısı yeni açılan üniversitelerle 70 olsa da nitelik açısından yeterli olmamaları gençlerin seçeneklerini azaltmaktadır. Yapılan araştırmalarda gençlerin üniversiteye girmek istemelerinin temel nedenleri meslek edinme istekleri, kişilik geliştirmek, bağımsız olmak, bilimsel çalışma yapmak ve statü sahibi olmak olarak belirtilmektedir. Üniversitelerin daha iyi eğitim vermesi, yabancı dil eğitimi ve mezunlarının iş bulma olanağının yüksek olması tercih nedeni olmaktadır. Öğrenciler ilgi ve yetenek düzeylerine uygun alanları seçebilme konusunda sorun yaşamaktadırlar (29).

Üniversite gençliğiyle ilgili çalışmalar son yıllarda artsa da geçmiş yıllara

baktığımızda üniversite gençliğinin sorunlarına yönelik çalışmaların az sayıda olduğunu görüyoruz. İmamoğlu ve arkadaşlarının yaptığı 1982–1992 yıllarına ait üniversite gençliğinin sorunlarına ilişkin çalışmaların değerlendirildiği araştırmada bu çalışmaların yaklaşık yarısının 1989 yılında, %71 'inin ise 1988–90 yılları arasında yayınlanmış olduğu saptanmıştır. Bu değerlendirme çalışmasında, üniversite gençliğinin akademik yaşam, akademik başarı, eğitim, öğretim sistemi, kişiler arası ilişkiler, kimlik sorunları ve sağlık sorunları gibi konularda sıkıntılarının olduğu saptanmıştır. Gençler özellikle derslerin yalnızca kuramsal olarak verilmesinden, veriliş biçiminden, ezbere dayalı, liseden farkı olmayan bir eğitim sisteminden, öğretim üyelerinin yeterlilik düzeylerinden şikâyet etmektedirler (29). Bunun yanında maddi sıkıntılar, barınacak yer sorunları da üniversite gençliğini zorlamaktadır (6). Daha önce de belirtildiği gibi üniversite eğitiminin amacı kişilik ve misyon sahibi verimli ve sağlıklı gençler yetiştirmek olduğundan, üniversitelerde gençleri kalıp bilgilerle donatmak yerine sorgulayabilmelerine, analitik düşüncelerine, aktif öğrenme ve düşünce yollarını bulmalarına olanak sağlayan ortamlar oluşturulmalı, barınma, beslenme gibi fiziksel sorunlarda çözümlenmelidir.

3.2 DEPRESYON

Depresyon; duygulanımda elemde artma, isteksizlik, karamsarlık, düşünce içeriğinde eğersizlik, yetersizlik, güçsüzlük, davranışlarda ise hipoaktivite, durgunluk, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (30, 31).

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel ve duygulanımsal süreçler, birbirinden ayrılamaz. İnsanın düşünsel, bilişsel yanı ne denli gelişirse gelişsin, duygular olmadan insan mutluluğu, yaratıcılığı vb. kalmaz. Bütün ilişkilerimizde, çevreye ve topluma uyumumuzda bu duygusal yanımız bizi yönlendirir, yaşamımıza doyum yada acılar verir; neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi. Bu belirtilen duygu durumları, 4 ana başlık etrafında sınıflandırılabilir:

- Normal duygu, durum; Belli sınırlar içinde dalgalanmalar ve değişimler gösterir.
- Taşkın duygu, durum; Coşma, aşırı neşe, aşırı öfkeli duygularını içerir.
- Çökkün duygu, durum; Değişik duygu durumunu, elemli, sıkıntılı duygu durumunu içerir.

- Uygunsuz duygulanım; Küntleşme ya da uyararla bağdaşmayan duygulanım biçiminde görülür (32).

Bir hastalık belirtisi olmaksızın günlük yaşamdan kaynaklanan depresyon, hemen herkesin yaşamında birçok kez yaşadığı bir duygu durumudur. Çoğu kez bir kayba tepki olarak ortaya çıkar. Bir yakını ölen, işini yitiren ya da umut ettiği bir şeyi elde edemeyen kişide sıklıkla depresyon ortaya çıkar. Bu tür depresyonun süresi ve şiddeti sınırlıdır ve belirli bir olayla ilişkilidir. Bu yaşantılar kısa sürer ve kişinin günlük yaşamına etki etmez (33). Klinik düzeyde bir depresyon ise yaşamın her alanını kaplar, her noktasına sızar. Kişi artık her zamanki gibi değildir. İş ve sosyal yaşamında aksamalar ortaya çıkar. Bellek daralır, kendi benliğine yönelik nefret ve umutsuzluk hislerine paralel olarak düşünce çarpıklaşır, dağılır. Depresif kişinin kolunu kaldıracak gücü olmaz, günlerce düzensiz uykulara katlanır. Kaçamadığı şiddetli bir acının pençesindedir, bazen bu tarif edilemez ruhsal ve fiziksel acılar onu yaşamına son vermeye itebilir. Acıları o denli yoğundur ki bazı depresif hastalar kendilerinde kanser ortaya çıktığında kanserin neden olduğu ağrılara dayanmanın daha olay geldiğini belirtirler (34).

Depresyon geçiren hastaların %90' ının hekime başvurduğu bildirilmektedir. Ancak hastalar hekimlere çoğu zaman psikolojik değil fiziksel yakınmalarla başvururlar. Sıklıkla depresyon çok belirgin değildir ya da gözden kaçır. Hekimin bu konuda bilinçli olması ve özellikle depresyonu araştırması çok önemlidir (35). Hastalar genellikle halsizlik, iştahsızlık, zayıflama, çarpıntı, nefes darlığı gibi somatik yakınmalar ile hekime başvururlar. Hatta hastaların duygularından pek söz etmedikleri ve bazen de yadsıdıkları görülür. Bunun ülkemizdeki en önemli nedenlerinden birisi de muhtemelen duyguları konuşmaya yatkın bir toplum olmayışımızdır (33).

3.2.1 Belirtiler ve bulgular:

Genel görünüm ve dışa vuran davranış: Depresif bir hastanın genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökmüş, yüzü üzüntülü ve az bakımlı, olgun bir görünümü vardır. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır (36). Davranışları doğallıktan yoksundur ve yavaştır. Diğer insanlardan kaçma eğilimi vardır, başkalarından ilgi beklerler fakat davranışları

çevresinin ilgisini çekecek türden değildir. Reddedilme korkularından dolayı diğer insanlara fazla talepkar davranabilirler, bu da daha fazla reddedilmelerine neden olur (37).

Konuşma ve ilişki kurma:

Konuşma: Depresifler, yavaş ve çaba sarfederek konuşurlar. Sık sık iç geçirirler ve seslerinin tonu düşüktür, ayrıca ses tonlarında değişme yoktur, monoton ses tonuyla konuşurlar, uzun sessizlikler çok görülür. Hastadan yanıt almak güçtür. Çok ağır depresyonda hiç konuşmama (mutizm) olabilir (37).

Duygulanım: Duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma vardır. Buna depresif ya da düşük duygudurum denir. Sık ağlama görülür. Kimi hastalarda üzüntü ile birlikte ağır bunaltı (anksiyete) da olabilir. Bunaltılı hastalarda tedirginlik yerinde duramama görülebilir. Bu duruma bunaltılı depresyon denir. Birçok hastada bunaltı öncelikle sabah erken saatlerde çok belirgindir. Sabah bunaltısı ağır depresyonların tanısında önemli bir bulgudur. Birçok hasta bu sabah bunaltısını dayanılmaz bir duygu, göğsünde ateş varmış gibi bir yanma biçiminde algıladıklarını belirtir. Daha seyrek olarak çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme, derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri görülür. Hastada genel isteksizlik, eskiden istekle ve zevkle yaptığı, ilgilendiği şeylere karşı isteksizlik ve zevk alamama en önemli belirtilerdendir.

Bilişsel Yetiler: Hastanın bilinci açıktır. Çok ağır depresyonlarda bilinç, bulanık gibi bir izlenim bırakabilir. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Çok seyrek olarak suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme varsanıları tanımlayan hastalar olabilir. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınır fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık yakınması, ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Örneğin hasta günlük işlerini yaparken birçok şeyleri unutabilir, yemeğini yakabilir, randevularını kaçırabilir. Kimi hastalarda unutkanlık çok belirgin olduğundan bir yalancı bunama izlenimi verebilir. Zaman, yer ve kişilere karşı yönelim bozukluğu yoktur. Ancak hastanın zamanı algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişir. Zaman çok zor geçer ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzar. Kimi hastalarda kendini ve çevreyi değişik algılama belirtileri olabilir.

Düşünce akımı ve içeriği: Düşünce yavaşlamıştır. Hareket ve düşüncedeki bu yavaşlamaya psikomotor yavaşlama denir. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile çok yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Düşünce içeriği, geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz anılarla doludur. Gelecek karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ve düşünceleri hastanın ruhsal yapısına egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Örneğin çocuklarına iyi bir anne, kocasına iyi bir eş olamamış, birçok yanlışlıklar yapmış, onların mutsuzluğuna neden olmuştur. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Hastanın öz saygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Değersizlik ve küçüklük düşünceleri, bazen küçüklük sanrıları derecesine varabilir. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlama, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Artık her türlü kötülüğü hak etmiş hisseder ve intihar düşünceleri gelişir. Bunaltılı hastalarda hipokondriyak uğraşlar ve birçok bedensel yakınmalar bulunur. Özellikle orta yaş depresyonlarının başlangıç dönemlerinde hastalar bedensel yakınmalarla hekim hekim dolaşabilir

Hareket: Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya koşut olarak harekette de yavaşlama belirgindir. Konuşması, yürümesi, iş yapması zorlukla olur. Ancak ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşın tedirginlik görülebilir. Hareket yavaşlığı ve azlığı büyük oranda hastadaki isteksizliğe ve enerji eksikliğine bağlıdır.

Fizik ve fizyolojik belirtiler: Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir. Yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir. Daha seyrek olarak kimi hastalarda aşın yeme ve kilo alma görülebilir. Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınır. Hastaların çoğunda uyku bozulur. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Öncelikle bunaltılı depresyonlarda sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların en çok tedirgin oldukları bir belirtidir. Bu belirti hatalığın biyolojik göstergelerinden biridir. Depresyonda toplam uyku süresi kısalmır, uyku derinliği azalır. Hızlı göz küresi hareketleri (REM) uykusu normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer. Kimi hastalarda uyku bozukluğu uykuya aşın eğilim biçiminde görülebilir. Mevsimsel depresyon nöbetleri geçiren hastalarda aşın yeme, kilo alma ve aşın uyku daha sık görülmektedir.

Hastanın sindirim sisteminde iştah azalması yanı sıra genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür. Cinsel isteksizlik olur. Buna cinsel güçsüzlük demek yanlıştır. Depresyon bütün dünyada yaygın olarak görülen, önemli düzeyde iş-güç yitimine ve yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi cinsel istek ve eylemde azalım ve zevk alamama da rahatsızlığın olağan bir parçasıdır (36).

3.2.2 Depresyonun Epidemiyolojisi:

Yeti yitimine yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yapılan alan araştırmalarında psikiyatrik düzeyde yardım gerektiren ruhsal bozukluklar arasında depresif tipte olanların en fazla olduğu saptanmıştır. Erişkinlerin yaklaşık beşte birinin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon geçirme riski bulunduğu öne sürülmektedir (38). Birçok araştırmacı özellikle daha genç yaşlardaki prevalans artışına dikkati çekerek melankoli çağına girdiğimizden söz etmektedir. İleriye dönük toplum araştırmalarında son yirmi beş yılda depresyonun 10–20 kat arttığı bildirilmektedir (36, 39).

Araştırma sonuçlarının ötesinde, hemen herkes en azından geçici süreler için hüznün! Keder yönünden duygudurum dalgalanmalar yaşamakta ya da depresyonu olan bir arkadaşına veya yakınına tanık olmaktadır. Üzüntü, keder, ilgisizlik, isteksizlik benzeri olumsuzluk yüklü duygudurum değişimleri bu hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Bunlar özellikle yaşantımızdaki kayıplara karşı doğal duygusal tepki olarak gelişen ruhsal durumlardır. Ancak her ne kadar depresif bozukluklar ile bu günlük duygudurum dalgalanmaları ve diğer komşu bozulduklar (örneğin anksiyete bozuklukları) arasındaki sınırları ayırmada güçlükler varsa da, depresyonun tüm insanlığı etkileyen bir klinik bütünlük olduğu yönünde görüş birliği söz konusudur. Bugün dünyada ve ülkemizde depresif bozukluklar ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Bildirilen depresyon oranları tanı ve çalışmaya alma ölçütlerine göre büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir. Ayrıca değişik epidemiyolojik araştırmalarındaki prevalans hızlarını karşılaştırarak özellikle olgu tanımlama tekniklerindeki yöntem farklılıkları nedeniyle güçtür. Genel olarak depresif belirtilerin toplum içinde nokta prevalansının %13–20 arasında değiştiği, bipolar bozulduğa bağlı olmayan klinikte tanı alacak şiddette depresif bozukluğun nokta prevalansının sanayileşmiş ülkelerde erkekler için %3, kadınlar için %4–9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde ise toplum içinde klinik düzeyde depresyon

prevalansının %10 dolayında olduğu gözlenmiştir. Depresyonun somatik belirtileri, ruhsal belirtilerinden iki kat fazla prevalans hızına (%20 ye karşılık % 10) sahiptir. Bu alan araştırmaları yanında bazı alt gruplarda (üniversite öğrencileri, mahkûmlar, işçiler gibi) yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde klinik derecede depresyon için %2–28 arası değişen nokta prevalans hızları bildirilmektedir (38). Dünya sağlık örgütü eşğüdümünde 14 ülkede yapılan uluslararası bir araştırmanın Ankara'ya ilişkin verilerine göre 1992 yılında Gölbaşı sağlık ocağına başvuran hastalar arasında depresyon prevalansı %11.6 bulunmuştur (31).

Genel bilgi olarak majör depresyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülür. Oran erkeklerde %3, kadınlarda % 5–9 olarak verilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8–12 kadınlar için % 20–26 olarak bulunmuştur. Son 30- 40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre depresyonlarda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı görülmektedir. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyo-ekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir (31).

Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 18–44' dür. Kadınlarda en çok 35–45 yaşlar arasında, erkeklerde 55 yaşından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır. Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda ilk epizodun başlama yaşam 20' li yaşların başlarına kaydığı görülmüştür (31, 35). Pek çok çalışma depresyonun sosyo-ekonomik düzeyi düşük kesimlerde daha sık işini kaybetmiş, evlilik sorunları olan ve sosyal destek sistemleri zayıf olan erkekler gözlendiğini ortaya koymuştur. Fakat bazı kaynaklarda da sosyo-ekonomik düzey ile depresyon arasında bir ilişki bulunmadığından bahsedilmektedir(31, 35). Evlilik sorunları olmayan ve güçlü sosyal desteklere sahip erkeklerden daha fazla depresyon riski altındadır. Ayrıca doğum sonrası 2–3. haftalarda sinsi başlayan bedenle ilgili yorgunluk yakınmalarının ön planda olduğu postpartum depresyonlara rastlanmakta, yine fiziksel hastalığı olan kişilerde de depresyon belirti ve sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir (35).

3.2.3 Etiyoloji:

Günümüzde depresif bozuklukların etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte etyolojiyi açıklamaya çalışan çeşitli kuramlarda nörobiyolojik, genetik ve psikososyal etmenler ele alınmaktadır. Her hangi bir etmenin tek başına depresyonun

etyolojisini açıklayabileceği düşünülmemelidir(33). Kişinin ruhsal yapısı, kişiliği, genetik yapısı, çocukluk yaşantıları, psikososyal stresörler ve nörobiyolojik etkileşimleri sonucu oluşur. Bu etkenler her bireyde hastalığa farklı ölçüde katkıda bulunurlar, ancak sonunda affektif hastalıklar nörolojik sistemlerde fonksiyonel değişiklikler oluştururlar(35) .

3.2.3.1. Biyolojik etkenler:

Kalıtım: Özellikle unipolar ve bipolar hastalıkta kalıtsal faktörler önemlidir. Aile çalışmaları ağır depresyonu olan hastaların birinci derece akrabalarında (toplumda gözlenen %1–2 ye karşılık) depresyon riskinin %10–15 olduğunu ortaya koymuştur. Evlat edinme ve ikiz çalışmaları da ağır depresyonlarda genetik etkenlerin önemli olduğu görüşünü desteklemektedir (40).

Bipolar depresyonlarda kalıtımın rolü daha fazla gibi görünmektedir. Örneğin unipolar bozukluk, tek yumurta ikizlerinde %54 oranında konkordans gösterirken, bu oran bipolar hastalıkta %79' a yükselmektedir (41). Evlat edinme çalışmaları ve aile çalışmalarında özellikle bipolar hastalık söz konusu ise affektif hastalığın ortaya çıkma riskinin yüksek olduğunun saptanması da (unipolar bozuklukta birinci derece akrabalarda affektif hastalık riski yaklaşık %10, bipolar bozuklukta ise %20 dir.) bu bulguları desteklemektedir. Moleküler genetik çalışmalarında 5. kromozomdan, J 1. kromozomun kısa kolundaki bir gen lokalizasyonundan, x kromozomundan söz edilmiş, ancak kanıtlanamamıştır (35).

B)Biyokimyasal kuramlar:

Depresyonun biyolojik temelleri ile ilgili hipotezler nörotransmitter sistemlerindeki anormalliklere odaklanmıştır. Nörotransmitterlerin spesifik nöron yolaklarına seçici biçimde dağılması ve diğer sistemlerle bağlantısı araştırmacılara nöron aktivitesi ve onun emosyonel, fenomenolojik, davranışsal etkileri arasındaki en gözlenebilir bağlantılar olduğunu düşündürmektedir. Anormallikler nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerden veya etki ettikleri reseptörlerin işlevlerinde ya da sayılarındaki değişikliklerden kaynaklanır. Sonuçta ya haberci olarak rol oynadıkları sistemlerde ya da etkilerinin daha dolaylı olduğu sistemlerde aktivite azalması ya da aşırı aktivite ortaya çıkacaktır.

Depresyon etyolojisinde en önemli rolü monoaminlerin (Dopamin, noradrenalin

ve serotonin) oynadığı düşünülmektedir. Bu hipotez, bazı ilaçların depresyon yapıcı ya da antidepresan etkileri olduğu gözleminde yola çıkarak geliştirilmiştir. Örneğin antihipertansif bir ajan olan rezepin beyindeki monoamin düzeylerini azaltmakta ve kan basıncını düşürmenin yanı sıra depresif bir atağı da ortaya çıkarabilmektedir. Monoaminerjik nöronlar beyin sapındaki oldukça az sayıda çekirdekten salınmakla birlikte hemen hemen tüm beyin bölgelerine yayılır ve pek çok sayıda farklı reseptörü, dolayısıyla birçok yapısal ve fonksiyonel nöron sistemlerini etkiler. Monoamin sistemlerinin depresyondaki rolünü aydınlatmaya yönelik pek çok çalışma yapılmıştır (35).

Dopamin: Dopaminerjik nöronlar genellikle subkortikal alanlarda bulunur ancak limbik sistemin korteksine de yayılırlar. Limbik yapılan uyarıcı hücreler orta ventral tegmental alandadır. Bazal gangliyonlara ise veriler substantia nigradan ulaşır. Genel olarak dopamin depresyon ilişkisi belirsizdir. Örneğin depresyon Parkinson hastalığı ile ilişkilidir ancak bunun dopamin azlığına mı yoksa diğer nörotransmitter sistemlerindeki anormalliklere mi bağlı olduğu belirsizdir. L-Dopamin antidepresif etkisi bildirilmemiştir. Ayrıca depresif hastalarda dopamin metabolizmasının yıkım ürünü olan HVA (homovalinik asit)in beyin omurilik sıvısındaki düzeyi azalmamıştır. Ancak dopaminin bazı depresyon tiplerinde daha önemli bir rolü olabileceği düşünülmektedir.

Noradrenalin: Noradrenalin içeren aksonlar locus ceruleus'tan kaynaklanır ve serebral kortekse yayılır. Çeşitli alt grupları ile birlikte alfa ve beta reseptörleri tüm beyinde bulunur. Yıllarca depresyon noradrenalin ilişkisinden şüphe edilmiştir. Noradrenerjik sistemler uyanıklıkla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca trisikliklerin ve monoamino oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) sinaptik noradrenalin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Bazı çalışmalarda bir noradrenalin metaboliti olan MHPG'nin (3- metoksi 4- hidroksi fenil glikol) depresif hastalarda düzeyinin düştüğü bildirilmişse de bu tutarlı bir bulgu değildir. Bazı nöroendokrin testlerde de noradrenerjik sistemin depresyonda anormal olduğuna ilişkin bulgular saptanmıştır. Örneğin depresyonda klonidine büyüme hormonu yanıtı körelmiştir. Bu da postsinaptik alfa reseptörlerinde muhtemel bir bozukluğu akla getirmektedir. Antidepresanların noradrenerjik mekanizmalar üzerinden başlangıçta noradrenerjik aktivite artsa da tedavi uzadığında normale döner. Etki edip etmediği sorusunun yanıtı belirsizdir. Trisiklikler ve MAOI'

leri sinaptik aralıkta noradrenalinini arttırırlar ve tedavi süresince beta adrenarjik reseptörlerde sayı azalması oluşur. Ancak bu ilaçlar başta serotoninerjik sistem olmak üzere diğer transmitter sistemlerini de etkilemektedirler. Trisiklikler sağlıklı kontrollere verildiğinde başlangıçta noradrenarjik aktivite artsa da tedavi uzağında normale döner.

Serotonin: Depresyonla en çok ilişkilendirilen monoamin serotonin ya da 5 hidroksitriptamindir (5-HT). Bağırsakta yoğun olmak üzere tüm vücutta bulunur. Ayrıca trombositlerde bulunur ve salındığında trombosit agregasyonunu uyarır. Barsaklarda ise düz kasları kasar. Beynin işlevlerinde önemli bir rolü olmasına karşın merkezi sinir sistemindeki serotonin vücutta bulunan serotoninin %2' sinden azını oluşturur. Merkezi sinir sisteminde serotonin içeren hücrelerin çoğu raphe çekirdeğinde bulunur ve en az 8 reseptör alt grubunu etkileyerek tüm beyne yayılır. Bu nedenle depresyonun yanısıra anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları, bağımlılıklar, yeme bozuklukları ve agresyon gibi pek çok davranış ve bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Ancak bunların çoğunda nedensel bir bağlantı olduğu konusunda pek fazla kanıt bulunamamıştır.

Serotonin sistemindeki anormallikleri depresif bozuklukla ilişkilendiren kanıtların çoğu dolaylıdır. Ancak son yıllarda bir ilişki olduğu konusunda oldukça fazla sayıda veri elde edilmiştir. Serotoninin merkezi sinir sisteminde modülatör bir rol oynadığı düşünülmektedir. Raphe çekirdeğindeki hücrelerin bir tür düzenleyici aktivitesi olduğu bilinmektedir. Örneğin suprakiazmatik çekirdekdeki serotoninerjik nöronların sirkadyen ritmlerin bir tür içsel saati olduğu düşünülmektedir. Doğrudan serotoninerjik sisteme etki eden Serotonin geri alın inhibitörleri (SSRI) depresif hastaların önemli bir bölümünde oldukça etkilidirler. Bunu doğrudan serotonin üzerindeki etkileri ile mi yoksa serotoninin düzenleyici etkisi aracılığıyla diğer sistemler üzerine etki ederek mi gerçekleştirdikleri bilinmemektedir. Hem trisikliklerle hem de SSRI' larla tedavi sırasında artan serotonine bağlı olarak 5HT2 reseptörlerinde sayı azalması ortaya çıkarken, 5 HTI reseptörlerinin bağlanma kapasitesi artar. Bazı SSRI larla 5-HT sisteminde aktivite artışı noradrenarjik sistemde aktivite artışı ile sonlanır. Serotoninerjik sistem noradrenarjik, dopaminerjik, gabaerjik ve kolinerjik sistemlerle etkileşir. Bu sistemlerde benzer biçimde geri bildirimle serotoninerjik sistemi etkiler.

Depresyon oluşumunda adrenarjik- kolinerjik dengenin kolinerjik sistem lehine

bozulmasının önemli olduğunu ileri süren araştırmacılar da vardır. Tüm antidepresanlarla beyinde nörotransmitter değişiklikleri hızlı olmasına karşın antidepresif etkinin geç ortaya çıkması birçok sistemin yukarıda söz edildiği gibi karmaşık biçimde birbirlerini etkilemelerine bağlanabilir.

Melatonin: Melatonin salınımı hem B-adrenarjik işlevlerin hem de sirkadyen ritmin belirleyicisi olarak araştırılmaktadır. Bazı depresif hastalarda melatonin salınımının azaldığını bildiren çalışmalar varsa da sonuçlar tartışmalıdır (42).

C)Uyku değişiklikleri: Depresif hastalarda yapılan bazı tetkikler uyku değişikliklerinin depresyona özgü olduğunu ortaya koymuştur. Majör depresyonu olan kişilerde uykunun sürekliliği bozulmuş, süresi uzamış ya da kısalımış, derin uyku (3 ve 4. evreler) süresi azalmıştır. Hızlı göz küresi hareketleri (REM) uykunun latansında azalma, uykunun ilk yansındaki REM uykusunun oranında artma saptanmıştır. REM latansında azalmanın hasta iyileştikten sonra da devam ettiği ve hastanın rölapsa yatkınlığının bir göstergesi olduğu ileri sürülmektedir (43).

Son yıllarda uyku profillerinin hastaların tedaviye vereceği yanıtın bir verdiklerini ileri sürmektedir (35). Belirleyicisi olarak kullanılabileceği bildirilmektedir. Thase ve arkadaşları (1997), anormal bir uyku profilinin, merkezi sinir sisteminde uyanıklık halinde belirgin bir bozukluğu yansıttığını ve bu hastaların psikoterapi ve farmakoterapiye daha iyi yanıt verdikleri ileri sürülmektedir (35).

D)Beyin görüntüleme alışmaları: Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) yöntemleri ile yapılan çalışmalar duygudurum bozukluğu olan hastalarda yan ventriküllerde genişlemeler olduğunu göstermiştir (44). Daha sonra yapılan çalışmalar bu bulgunun daha çok geç başlayan depresyonlar da belirgin olduğunu düşündürmektedir (45). Bazı MRI çalışmalarında depresif hastalarda temporal ve frontal loblarda hacim azalması saptanmıştır. Geç başlayan depresyonlarda genetik faktörler önemsiz görünmektedir. Bu hastalarda sulkuslarda atrofi ve genişlemenin yanısıra MRI da subkortikal alanlarda sıklıkla yoğunluk artışı saptanmaktadır. Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında depresyonlu yaşlı hastaların sol dorsolateral prefrontal korteksinde serebral kan akımının ve metabolizmanın azaldığını ortaya konmuştur. Bu nedenle özellikle geç başlayan depresyonların emosyonları düzenleyen nöroanatomik yapılarda gözlenen aterosklerotik

değişikliklere bağlı olarak ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (46). Bu tip depresyonlar için "aterosklerotik depresyon" terimi önerilmekte ve bu hastalarda anhedoni (haz alamama) ve yeti yitim riskinin daha fazla olduğu, bilişsel işlev bozukluğu, retardasyon, içgörü yokluğu ve depresif düşünce içeriğinin ise yoğun olmadığı bildirilmektedir (47).

3.2.3.2 Psikososyal etkenler:

A)Yaşam olayları: Olumsuz yaşam olayları ve sosyal sorunlar depresyonla ilişkilidir. Bunun en iyi örneği matemdir. Olumsuz yaşam olaylarından çok, bireyin bunları nasıl algıladığı önemlidir. Birisi için küçük bir terslik olan bir olay, diğeri için çok olumsuz olabilir. Çocukluk çağındaki yaşam olaylarının depresyon oluşumunda önemli olabileceği ileri sürülmektedir. Çocukluk çağında fiziksel ve psikolojik suistimale ve önemli kayıplara maruz kalmış kişilerde erişkin yaşamda depresyon riskinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür (48). Neden bazı kişilerin stresöre maruz kalınca depresyona girdiğini açıklamak için psikodinamik ve bilişsel depresyon modelleri kullanılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, anne babanın evlilik sorunları nedeniyle ayrılmasının depresyona zemin hazırladığını göstermiştir. Hastanın ebeveynlerinin ilişki kurma biçiminin kişinin nörotizmini artırarak ya da benlik saygısında düşmeye katkıda bulunarak dolaylı biçimde depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir. Sosyal destek sisteminin yetersiz olmasının da depresyona zemin hazırladığı kabul edilmektedir. Benlik saygısı az olan bireylerde, olumsuz çevre koşulları ve yaşam olayları ile depresyon riski artar.

Tıbbi hastalık stresör bir etken olmasının ötesinde doğrudan etkilerle de depresyon oluşumuna katkıda bulunabilir. Örneğin; Cushing sendromlu hastaların yaklaşık yarısında depresyon ortaya çıkar (35).

B)Hastalık öncesi kişilik özellikleri: Bazı kişilik özellikleri depresyona özellikle zemin hazırlar. Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır; Aşırı sorumluluk duyma eğilimi, bağımlılık, özseverlik (narsisizm), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlama eğilimi. Öztürk, depresyon geçirmeye yatkın olan kişilerde oldukça belirli kişilik özellikleri kümesi bulunduğu görüşündedir (31). Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşın duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşın bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına

düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu, yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir. Bu erdemler yüzünden bu kişiler genellikle sevilirler, sayılırlar ve başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin karşılanmaması gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alma meziyetleri eziyet haline gelir. Kişi kendini ezilmiş, yenik düşmüş, birçok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissetmeye başlar. Ancak kişilik yapısı nasıl olursa olsun, hastaların bir bölümünde hastalık nöbetleri belirgin bir psikososyal etken olmadan başlayabilir ya da yinelenabilir (31).

c) Psikodinamik kuramlar:

Psikoanalitik kuram: Freud yas ve depresyon arasındaki benzerliğe dikkati çekmiş ve bu iki durumu karşılaştırmalı olarak incelemiştir (31). Yas tutan kişinin yitirdiği gerçek bir sevgi nesnesi vardır. Kişiden kişiye ve yitirilen nesneye olan bağlılığın derecesine göre bu yitimin ardından değişik şiddet ve sürede yas tutma olur. Bu sırada kişide derin üzüntü, sıkıntı, ağlamalar, uyku bozukluğu, durgunluk, isteksizlik, bir şeyden zevk almama, dünyayı bomboş algılama gibi belirtiler görülür. Birkaç haftadan birkaç aya kadar süren bir zaman içinde yas belirtileri yavaş yavaş azalır ve söner. Arada bir anıların tazelenmesi ile duygulanım artmaları olabilir ise de kişi normal yaşama döner. Depresiflerde ise gerçek sevgi nesnesi yitimi olabilir veya olmayabilir. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini vurgulamıştır. Yani hastanın sevdiği tarafından artık terk edilmiş gibi bir yitim duygusu olması gerekir. Bu yitim duygusunun gerçek dayanakları olabilir, ya da olmayabilir. Yitim duygusu tümüyle bilinçdışı etkilerle ortaya çıkabilir. İşte depresifler de gerçek ya da gerçek dışı yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygı yitimi oluyorsa ki, çok sevdiği bir yakını yitiren yaşlı kişide "ben sevilmiyorum, ben kötüyüm" duygusu, yani özsaygının yitimi olmaz. Yas ile çökkünlükler arasındaki dinamik açıdan en önemli ayırıcı özellik budur (31).

Psikoanalitik kuramın bilinçdışı, ikil-duygu, süper ego yapısı kavramlarını, içe atım ve başka savunma düzeneklerini bilmeden depresyonu bu açıdan anlamak olanaksızdır. Bu karmaşık bilinçdışı etkenler ve düzenekler özetle şöyle sıralanabilir;

1. Kişinin üst benliği katı, acımasızca cezalandırıcıdır.
2. İlişkilerinde ikili-duygular (ambivalans) egemendir yani sevgi ve nefret yan yana bulunur ancak nefret bilinçdışıdır
3. İçte atılmış olarak kişinin benliğinde yaşatılan sevgi nesnesine karşı güçlü ikili duygular vardır.
4. Belki gerçek bir duruma, ya da düşüncede olan bir değişime bağlı olarak bireyde bir yitim duygusu olur. Sevdiği kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu gelişir, ya da gerçekten yitirmiştir.
5. Bu yitim duygusu ikili duygular, yani sevgi ve özlemle birlikte bilinçdışı kin ve nefreti uyanır.
6. Katı üst benlik yüzünden kin ve nefret bireyin kendisine yönelir.
7. Bireyin ve nefreti kendine yöneltince özsaygı düşer. Kişi kendini değersiz, küçük ve suçlu görür yaşam anlamını yitirir. Artık ölümü bile hak etmiştir. Böylece ruhsal çökkünlük oluşmuştur. Burada görülüyor ki temelde sevginin yanı sıra kin ve nefret, yani saldırgan dürtülerin bulunuşu depresyon için zorunludur. Bu dürtüleri dışa vuramayan ego, katı üst benliğin diktası ile saldırgan dürtüleri bireyin kendisine yöneltir (31).
8. Özmen'e göre Edward Bibring, depresif hastalıkta düşük benlik saygısının çok önemli olduğunu, kişinin ego idealleri (iyi, güçlü, sevilen olmak) ile gerçek arasındaki uyumsuzluğu fark ettiğinde depresyona girdiğini ileri sürmüştür. Heinz ve Kohut, kişinin benliğini bütün ve güçlü hissedebilmesi için çevresindekilerin bazı gereksinimlerini karşılanması gerektiğinden, bunun karşılanmadığı durumlarda benlik saygısının düştüğünden söz eder. Charles Brenner'da depresyonun çocukluk çağındaki olumsuzlukların her birine bağlı olarak ortaya çıkabildiğinden bahseder. Kişi çeşitli durumlarda sevilmediğini, kastre edildiğini, cezalandırıldığını düşünürse kendini depresif hissetmektedir (35).

Bilişsel görüş: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincildir. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk

dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür. Örneğin; evlilikte bir şeyin bozuk gitmesi hemen çocuklukta yerleşmiş olumsuz kavramlar zincirleme uyarır ve kişi artık evliliğinde her şeyin kötüye gideceği, kendisinin değersiz ve sevilmeyen bir kişi olduğu, geleceğin karanlık, dünyanın bomboş olduğu yargılarını harekete geçirir. Yine örneğin, böyle bir kişinin eşi ve çocukları diyelim ki uçakla bir geziye giderken, uçağın düşeceği, kötü haber geleceği duygulanımları önde gelir. Varılan yerden yapılması gereken telefon konuşması gecikse, telefon hatlarının arızalı olabileceği düşüncesi akla gelmez, öncelikle bir felaket olabileceği düşüncesi kişiyi kemirir. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu ortaya çıkar (31)

Davranışçı görüş: Davranışçı kurama göre, depresif bireyler sosyal becerilerden yoksundur. Bireyin çevreden olumlu pekiştireçler alamadığı durumlar disfori (hoş olmayan duygudurum) ile sonuçlanır.

Seligman öğrenilmiş çaresizlik olarak adlandırılan tablonun (hayvan deneylerinde hayvanları kontrol edemedikleri ceza niteliğindeki uyarılara maruz kaldıklarında ortaya çıkan depresyon benzeri durum) depresyonla benzerliğine dikkat çekmiştir. Buna göre kişi ne yaparsa yapsın sonucu değiştiremeyeceğine dair güçlü bir içsel yorum geliştirmiştir (35). Bu görüşe göre, depresyon çocuklukta beri acılı uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.

3.2.4 Sınıflama: Depresif durumları sınıflamak için değişik sistemler geliştirilmiştir. Özmen depresyon el kitabında sınıflamayı aşağıdaki gibi derlemiştir :

Psikotik depresyon terimi İngilizler tarafından psikotik belirtiler olsun olmasın majör depresyonu tanımlamak için kullanılırken, Amerikalı yazarlar psikotik belirtiler varsa kullanmaktadır.

Melankoli, anhedoni, mizaçta gün içi değişiklikler, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, erken uyanma, anoreksi ya da ağır kilo kaybı olan depresyonlar için

kullanılmaktadır. Hiç manik hecme geçirmemiş, en az üç depresif hecme geçirmemişse unipolar, en az bir manik hecme geçirmişse bipolar olarak sınıflanabilir.

Tek başına ya da bir psikiyatrik veya fiziksel hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyonları tanımlamak üzere primer/sekonder depresyondan söz edilmişse de klinik ve nörobiyolojik bir farklılık saptanamamıştır (35).

Paykel(1971) depresyonu 4 gruba ayırarak sınıflamayı önermiştir; psikotik depresifler, anksiyeteli depresifler, hostile depresifler, kişilik bozukluğu olan genç depresifler.

Siklotimi; Daha az şiddetli mizaç bozukluğu olan, mizaçta kronik ve ısrarlı biçimde oynamalarla şekillenen hecmeleri tanımlamak için kullanılır.

Distimi; Kronik, ağır olmayan depresyonları tanımlamak için kullanılır. Sıklıkla üzerine majör depresyon eklenir. Distimi, remisyona girmeyen kronik majör depresyon ve depresif kişilik özellikleri arasındaki sınırlar tartışmalıdır.

Stresör olayları izleyen ilk 3 ay içinde ortaya çıkan sağlıklı tepkiler uyum bozukluğu olarak adlandırılır. Depresif mizaçlı uyum bozukluğu terimi depresif belirtilerin baskın olduğu uyum bozuklukları için kullanılır. Organik nedenlere bağlı duygudurum bozukluğu tanısı ise spesifik bir organik etyolojik faktör saptanan, diğer organik beyin sendromu belirtilerinin eşlik etmediği duygu durum bozuklukları için kullanılır.

Majör depresyon ölçütlerini doldurmayan ancak distimi kadar da uzun sürmeyen, sık intihar girişiminde bulunan hastaları da içeren bir grubu tanımlamak için minör depresyon terimi önerilmektedir.

Mevsimsel özellikli depresyon terimi sonbahar ve kışın gün ışığı azaldığında ortaya çıkan ve ilkbahar ve yaz aylarında kaybolan depresif hecmeleri tanımlamak için kullanılır. Hipersomni, hiperfaji ve psikomotor yavaşlama özellikle belirgindir. Anormal melatonin metabolizması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yine hastalıkların uluslararası sınıflandırma sistemi onuncu versiyonuna (ICD-10) göre hafif, orta, ağır derecelendirmeleri ve tek nöbet, yineleyici depresyon ayrımı önerilmiştir.

Genel olarak kabul edilen DSM IV tanı ölçütlerine göre de depresif

bozukluklar, Majör depresif bozukluk, Distimik bozukluk ve Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere 3 bölümde incelenir (49). Buna göre;

Majör depresif bozukluk: Bir ya da birden fazla majör depresif epizodla belirlidir (yani en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanı sıra depresyon semptomlarından en az dördünün bulunması).

Distimik bozukluk: En az iki yıl boyu depresif duygu durumunun bulunmasının yanı sıra bir majör depresif epizodun tam ölçülerini karşılamayan diğer depresif semptomların bulunması ile belirlidir.

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk: Majör depresif bozukluk, Distimik bozukluk, Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozukluklar için tanımlanmıştır.

3.2.5 Tam ölçütleri: Depresyonlar, karmaşık davranış biçimleridir ve terapistler bazen tanı koyabilmek için çeşitli sınıflandırma sistemlerine başvururlar. Bunlardan biri Amerikan Psikiyatri Birliğinin (DSM) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) standart sınıflandırma sistemidir (ICD–10).

Tipik depresif nöbette hasta, çökkün duygu durumu, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakınır. Enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Hastanın biraz güç harcamasından sonra ortaya çıkan belirgin yorgunluk sık görülür. Sık görülen diğer belirtiler şunlardır:

- 1) Depresif duygudurum
- 2) İlgi kaybı ya da zevk alamama
- 3) İştahta azalma ya da artma (kilo alma ya da verme)
- 4) Uykusuzluk (insomni) ya da aşırı uyku (hipersomni)
- 5) Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- 6) Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı
- 7) Değersizlik ya da suçluluk duygulan
- 8) Yoğunlaşma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık
- 9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri

Depresif nöbet tanısı koyabilmek için, şiddeti ne olursa olsun en az iki haftalık süre gereklidir, ancak eğer belirtiler çok şiddetli ve ani başlangıçlı ise daha kısa sürelerde tanı koymak için yeterli sayılabilir. Bu belirtilerin organik bir etkene ve sevilen bir kişinin kaybına bağlı olarak ortaya çıkmamış olması ve belirgin işlev bozukluğuna neden olması gerekir (43, 50).

Depresif nöbetler hafif, orta şiddetli ve ağır depresif nöbet biçiminde seviyelere ayrılmaktadır. Hafif depresif nöbet için yukarıdaki belirtilerden en az ikisi varsa, orta depresif nöbet için bunlara ilaveten üç veya dört belirti varsa, ağır depresif nöbet için bunlara ilaveten diğer belirtilerden dört tane varsa bu seviye ayrımını yapabiliriz.

Depresyon tanısı koyabilmek için bu kriterlerin yanı sıra psikolojik ölçeklerden de yararlanır. En çok kullanılan, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Depresyonla Başa Çıkma Ölçeği gibi ölçeklerin yanı sıra DSM IV' e göre yapılandırılmış klinik görüşme formundan da yararlanır (50, 51, 52, 53).

3.2.6 Ayırıcı Tanı:

Yas: Bir yakını kaybetmiş kişide yas döneminin bir aşamasında depresyonun tüm belirtileri gözlenir ve bu belirtiler 6 ay ya da bir sene kadar sürebilir (35). Yas önemli ayrılıklara, romantik hayal kırıklıklarına, göç ya da katastrofik olaylara bağlı olarak da ortaya çıkabilen normal bir tepkidir. Klinik düzeyde bir majör depresyondan belirtilerin şiddeti ve depresyonlarda tipik olan suçluluk duygularının bulunmaması ile ayrılır. Şiddetli suçluluk duygularının eşlik ettiği, yas sürecinin uzadığı ya da kişinin duygudurum bozukluğuna yatkın olduğu durumlarda tedavi gerekebilir.

Demans: Demanslı hastalarda yakın bellek kusuru, disfazi, apraksi, agnozi gibi nörolojik belirtiler görülebilir. Hasta yeti yitimini kapatmak için büyük bir çaba içerisindedir.

Anksiyete Bozuklukları: Hasta daha çok yardım ister. Elem, ilgi kaybı, halsizlik, suçluluk hisleri, benlik saygısında azalma ve intihar düşüncesi yoktur.

Madde kullanımına bağlı depresyon: İlaç ya da madde kullanımı depresif belirtilerle başvuran her hastada araştırılmalıdır.

Kişilik bozuklukları: Katı savunmaları olan kişilerde, stresör yaşam olaylarından sonra, yetersiz başa çıkma yöntemleri ve esnek olmamaları nedeniyle daha kolay depresyon oluşur. Ancak burada temel sorun kişilik bozulduğu olduğundan tedavinin bu sorunu hedefleyerek düzenlenmesi gerekir.

Şizoaffektif bozukluk: Duygudurum belirtilerine şizofreni belirtileri eşlik eder. Prognoz şizofreni ile duygudurum bozuldukları arasında bir yerdedir.

Somatoform bozukluklar: 30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren, bedensel bir hastalığa bağlanamayan, yineleyen ve sık sık değişen bedensel belirtiler saptanır.

Şizofreni: Bazen şizofreni başlangıcında depresif belirtiler çok belirgindir. Aile öyküsü, özgeçmiş gibi noktalar ayırıcı tanıda önemlidir. Özellikle mizaçla uyumlu olmayan psikotik belirtili hecmeler şizofreni ile çok karışabilir.

Tıbbi hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar: Cushing sendromu, beyin tümörü, metabolik hastalık, HIV ensefalopatisi gibi hastalıklarda ortaya çıkan belirtiler depresyon olarak değerlendirilebilir. Örneğin bazen AIDS tanısı konmadan önce HIV ensefalopatisi ortaya çıkabilir ve hastada saptanan sosyal çekilme, apati, psikomotor retardasyon, konsantrasyon ve bellek işlevlerinde bozulma yanı sıra depresyon olarak değerlendirilebilir (35).

3.2.7 Hastalığın seyri:

Tedavi edilmeyen bir majör depresif hecme ortalama 10 ay sürer. Sıklıkla semptomlar tam olarak geriler ve kişi önceki işlevsellik düzeyine geri döner. Bazen hecme iki yıl kadar sürer. Kişide yarattığı yeti yitimi değişkenlik göstermekle birlikte hemen her zaman bireyin sosyal ve iş yaşamını etkiler. Yeti yitimi ağırsa hasta sosyal ve iş yaşamını, bazen kişisel bakımını sürdüremez, beslenemez ve giyinemez (35). Depresyonlu hastaların yeti yitimlerinin artrit, diyabet ve hipertansiyondan daha fazla olduğu bilinmektedir (44). İzleme çalışmaları depresyonun kronik ve tekrarlayan bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır. Nükslerin büyük bölümü remisyonu izleyen iki yıl içinde ortaya çıkmaktadır (54).

Depresyon geçiren hastaların %15-17'si intihar etmektedir. Hafif depresyon geçirenlerin bile %10-15'inin hastalıklarının 2 seneden fazla sürdüğü, diğer bir %15 lik grupta da bir hecme sonrasında depresyonun kronikleştiği bildirilmektedir. Sürdürme

tedavisi yapılmayanlarda, unipolar depresyonda, aile öyküsünde depresyon saptananlarda ve kadınlarda kronikleşme oranı daha yüksektir. Nörötizm, emosyonel güçsüzlük de depresyon geçirme ve kronikleşme riskini arttırmaktadır.

Depresyon hastalarında uzun sürede başka ruhsal bozukluklar ve madde bağımlılığı ek olarak gelişebilir (55) .

Yaşlıda depresyonun prognozunun olumsuz olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca sürekli sosyal ve fizik sorunları olan hastaların depresyonlarının ve prognozlarının daha ağır olduğu bilinmektedir.

Depresif hecmenin aktif tedavisi ve sosyal destek sisteminin varlığı olumlu prognoz göstergesidir. Epidemiyolojik çalışmalar klinik belirtilerin yanı sıra psikososyal etkenlerinde prognozu belirlediğini göstermiştir. İyileşemeyenlerde depresif hecme zaten ağır başlamıştır ve daha fazla kronik sosyal ve fiziksel sorunlar vardır (35).

Depresif hastaların bir biçimde birinci basamaktaki doktorlara başvurdukları bilinmektedir. Kısıtlı zamanı ve olanakları olan birinci basamaktaki doktorların bu rahatsızlığı tanımaları ve uygun tedavi başlatmaları sağlık hizmetlerine önemli bir katkı sağlayacaktır (55).

3.2.8 Tedavi yaklaşımları:

3.2.8.1 Genel ilkeler: Öztürk'e göre tedavinin genel ilkeleri şöyle sıralanabilir (31).

a) Önce hastanın genel fizik durumunu, depresyonunun ağırlığını, intihar tehlikesinin olup olmadığını değerlendirmek zorunludur. Hasta yemiyor içmiyorsa, fizik durumu kötüye gidiyorsa, konuşmuyorsa, ağır sanrılan varsa, intihar düşünceleri ya da girişimleri olduğu anlaşılıyorsa hastaneye yatırmak gerekebilir.

b) Yemeyen içmeyen, beslenme yetersizliği belirtileri gösteren hastalarda damar ya da burun yoluyla gerekli besin ve sıvı verilebilir. Ağır ajitasyonu yatıştırmak için antipsikotik ilaç ya da benzodiazepinler gerekebilir. Hastanın uykusuzluğunu öncelikle gidermek için çoğu kez antidepresan ilaçlar yeterli olursa da bunlara benzodiazepinler ya da başka hipnotikler eklenebilir.

c) Aile ile işbirliği yapılabiliriyorsa, ağır intihar riski ya da beslenme sorunu yoksa hastaların çoğu evde ayaktan tedavi görebilir. Bu hastalara ruhsal depresyon ve tedavi

hakkında bilgi verilir. Hastalığın iyileşeceği, fakat bunun bir süre alacağı anlatılır. Bu süre içinde hem hastalığın gereği, hem de ilaçların yan etkileri nedeni ile hastanın iş, gezme, konuk ağırlama, cinsel ilişki, herkesi hoşnut etmeye çalışma gibi beklentilerini askıya alması, ertelemesi, kendini zorlamaması tavsiye edilir. Çünkü hasta bu tür işleri yapmaya zorlandıkça ve yapamayınca kendini daha yetersiz, değersiz görerek suçluluk duygusu artabilir, çökkünlük derinleşebilir (31).

3.2.8.2 Farmakoterapötik yaklaşım:

Depresyonun akut tedavisi ilaçla yapılır ve hastaların 2/3 ünde etkilidir. Genellikle ilk olarak ilaç tedavisi uygulanır (35). Farmakoterapötik yaklaşım depresyondaki bir hastanın bir ay içinde düzelme olasılığını yaklaşık iki kat artırır (56). Yaklaşık otuz yıldır depresyon tedavisi için yeni yeni ilaçlar piyasaya sürülmektedir. Bunlar arasından hangisinin seçileceği konusu bazen sorun olabilir. İlaç seçimini depresyonun türüne göre yapabilmek için elde henüz yeterli bilgi yoktur, bazı genel ilkeleri şöyle sıralayabiliriz:

a)Hastanın fizik durumu incelenmeli, herhangi bir başka hastalık (kalp, akciğer, mide-barsak, böbrek, hipertiroidi, glokoma, vs.) olup olmadığı araştırılmalıdır. İlaç seçimi büyük oranda yan etki ve toksisite profiline göre yapılır. Yaşlı hastalarda fizik muayeneye özellikle önem verilmelidir.

b)Antidepresan ilaçların çoğunun başlangıçta hasta çok tedirgin edebilecek nitelikte yan etkileri vardır. Bu yan etkilerin çoğu genellikle ilk 10–15 günde görülürler ve zamanla geçerler. İlacın iyileştirici etkisi 2–3 haftadan önce pek belli olmaz. Bu bilgiler hastayı ürkütmeden açıklanmalı ve önlemler belirtilmelidir.

c)İlaçların etkili oluşu ve yan etkileri bireyden bireye büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Eğer hastanın daha önceki bir nöbet için kullandığı ilaç etkili olmuşsa genellikle bu ilacı yeğlemek uygundur.

d)Kullanılan ilaçların uygun etkili dozda ve uygun süre kullanılması gerekir. Bir nöbet düzelir düzelmez ilaçlar çok azaltılır ya da kesilirse, rahatsızlık hemen yeniden ortaya çıkabilir. Eğer yineleyen türden bir depresyon varsa ilacı uzun süre kullanmak gerekir. Son yıllarda yapılan araştırmalar sürdürüm dozunun fazla düşük olmaması gerektiğini göstermektedir.

e) Yan etkiler nedeni ile ilaçların çoğunda, özellikle trisiklik antidepresanlar da, tam doza çıkılması 7–10 gün içinde yavaş yavaş arttırılarak yapılmalıdır. Birdenbire verilen tam doz ilacın çabucak bırakılmasına neden olabilir.

f) Hastanın uzun süre tedaviyi sürdürebilmesi için uykusuzluğunun ve bunaltısının kısa sürede giderilmesi gereklidir. Bunaltı, ajitasyon ve uykusuzluk varsa yatıştırıcı ve bunaltı giderici etkisi daha yüksek olan ilaçlar tercih edilir ya da benzodiazepinler eklenebilir. Psikomotor yavaşlama, ağır isteksizlik, hep yatma eğiliminin belirgin olduğu hastalarda uyarıcı ve kalkındırıcı diye bilinen ilaçların (örn; Amineptin, serotonin geri alım inhibitörleri MAOI'leri) tedavide daha etkili olduğu söylenemezse de hastayı daha fazla yatağa bağlanmama açısından bunlar tercih edilebilir.

g) Aynı zamanda birden fazla antidepresan ilaç tedavi amacıyla normal dozlarda birlikte verilmemeli, antikolinerjik etkisi fazla olan başka ilaçları birlikte kullanmaktan kaçınılmalıdır (31).

Ülkemizde depresyonların tedavisinde en sık kullanılan ilaç grupları şunlardır (31):

1) Trisiklikler

2) Trisiklik olmayanlar

a) Tetrasiklik ve başka yeni kuşak antidepresanlar

b) Serotonin geri alım inhibitörleri

c) MAO inhibitörleri

1) Trisiklikler:

Tablo I: Depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik ilaçların listesi

İlacın jenerik adı	ticari adı	satış biçimi	ortalama doz
İmipramin	Tofranil	10-25 mg drj 25 mg amp	150-200 mg
Amitriptilin	Triptililin	10-25 mg tablet	150-200 mg
Laroxyl		10-25 mg drj 25 mg amp	
Klomipramin	Anafranil	10-25 mg drj 75 mg srm	150-200 mg
Opipramol	İnsomin	50mg tablet	150-200 mg
	İnsidon	50 mg drj	
	Deprenyl		

Trisiklik ilaçların sık görülen yan etkileri şunlardır:

Yorgunluk, halsizlik, uyku hali, ağız kuruluğu, kabızlık, hipotansiyon, terleme, taşikardi, görme bulanıklığı, idrar tutukluğu "cinsel isteksizlik, cinsel boşalımın gecikmesi, iştah artması ve kilo alma.

Seyrek görülen yan etkiler: Deri alerjileri, konfuzyon, bellek bozukluğu, kareliyotoksik yan etkiler, adet düzensizliği

2) Trisiklik olmayanlar:

a) Tetrasiklik ve başka yeni kuşak antidepresanlar

Tablo II: Depresyon tedavisinde kullanılan Tetrasiklik ve diğer yeni kuşak antidepresanlar.

İlacın jeneri adı	ticari adı	satılış biçimi	ort.doz
Maprotilin	Ludiomil	25-75 mg tb	100-150 mg
Mainserin	Tolyon	10-30 mg tb	60-120 mg
Trazodon	Desyrel	200-300 mg tb	200-300 mg
Amineptin	Survector	100 mg tb	200 mg

Maprotilin,(ludiomil, maprotil) tetrasiklik olarak bilinirse de yapı, etki ve yan etki bakımından trisikliklere benzer. Sedatif etkisi belirgindir. Yüksek dozlarda tremor, ekstrapiramidal belirtiler ve konvülsiyona neden olabilir. Mianserinde (Tolvon) tetrasiklik olarak bilinir. Antikolinergik etkisi düşük, sedatif etkisi yüksektir. Kalbe toksik etkisi yoktur. Konvülsiyona eşliğini düşürebilir. Nadir de olsa agranülositoz ve aplastik anemiye neden olabileceği bildirildiği için uygulamada düzenli kan kontrolleri gerekir. Amineptin(survector) amfetamin benzeri uyancı etkisi nedeniyle akşamları verilmez. Antikolinergik yan etkisi düşüktür. Kalbe toksik etkisi yoktur. Trazodon (Desyrel) antikolinergik etkisi düşük, sedatif etkisi yüksektir. Kalbe toksik etkisi zayıftır. Nadir de olsa ağrılı penis sertleşmesine (priapismus) neden olabilir.

Tablo III: Depresyon tedavisinde kullanılan Serotonin geri alım inhibitörleri.

b) Serotonin geri alım inhibitörleri

İlacın jenerik adı	Ticari adı	Satılış biçimi	Ortalama doz
Fluoksetin	Pruzac	20 mg kapsül	20 mg
Fluvoksamin	Faverin	50 mg tablet	150–200 mg
Sertralin	Lustral	50 mg kapsül	50 mg

Serotonin geri alım inhibitörlerinin kalbe toksik etkileri yoktur. Antikolinergik etkileri çok az ya da hiç bulunmadığından kalp hastalarında ve yaşlılarda yeğlenen ilaçlardır. Ayrıca toksiteleri düşük olduğu için intihar amacıyla kullanıldıklarında trisiklik ilaçlara göre çok daha tehlikesiz ilaçlardır. Bu ilaçların en sık görülen yan etkileri bulantı, kusma, ishal, aşırı sıkıntı, deri döküntüleridir.

e)MAO İnhibitörleri:

Bir MAO-A inhibitörü olan moklobemid'in (Aurorix) 100, 150 mg tabletleri vardır. Günlük ortalama dozu 300-600 mg dır. MAO' ya geri dönüşsüz bağlanan eski tip MAOI' lerinden farklı olarak 11oklobemid MAO' ya geri dönüşlü bağlanmaktadır. Tiramın içeren yiyeceklerle zehirlenme yapmamaktadır. Antikolinergik yan etkisi yoktur. Bulantı, sıkıntı, uykusuzluk ve alerjik deri döküntüsü seyrekte olsa görülebilir.

3.2.8.3 Psikoterapötik yaklaşım:

Terapistin hastadan eşduyumlu olarak bilgi edindiği ve hastanın güvenini kazandığı, destekleyici terapötik bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi depresyon tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Böyle bir yaklaşımda diğer önemli noktalar hastanın kendisi ya da başkalarıyla ilgili yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olma, hastaya hastalığı ve belirtileriyle ilgili akılcı açıklamalar getirme ve iyileşme için kabul edilebilir. Bir süre belirleme, hastanın hastalığı, prognom ve tedavisi ile ilgili eğitim, bilgi, geribildirim sağlama, hastaya kişilerarası ilişkiler, iş, ev ortamı ve hastalığı dışındaki diğer tıbbi sorunlarında yardımcı olma, hastalığından doğan, işi ve diğer sorumluluklarıyla ilgili aksamalarda hastaya yardımcı olma, hastanın depresif durumda iken yaşamıyla ilgili kararlar almasını engelleme, hastanın çevresindeki kişilerin hastayı desteklemelerini sağlama, gerektiğinde hastanın çevresindekilere de yardımcı olma, gerçekçi, elle tutulur ve ulaşılabilir hedefler belirleme, hastanın dış dünyayla ilişkisini arttıracak, küçük de olsa başarı duygusu yaşatacak girişimlerini destekleme şeklinde sıralanabilir (56).

Depresyonların psikoterapisinde göz önünde tutulacak temel ilkeler şöyle özetlenebilir;

a) Depresif hasta başlangıçta uzun konuşmalara ve çözümlenmelere dayanamaz. Konuşmaya zorlanmakla hasta gereksiz yere yüklenilmemelidir. Fakat hastayı

dinlemek, onun istediklerini anlatabilmesi için zaman vermek gereklidir.

b) Depresif nöbet sırasında hastaların günlük iş ve uyum beklentilerini en düşük düzeye indirmeleri için yardımcı olmak gerekir. Beklentiler yüksek tutulup da gerçekleştirilmedikçe yetersizlik, güçsüzlük, suçluluk duygulan artar ve depresyon derinleşir.

c) Klasik psikanalitik kurama göre depresyonlarda varsayılan ambivalan duyguların ve bilinçdışı nefretin deşilmesi ya da yorumlanması hastayı daha çok suçluluk duygularına itebilir ve bu nedenle de depresyon belirginleşebilir.

d) Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalı, iyileşme olduktan sonra depresyona yatkınlık doğuran kişilik özellikleri ele alınmalıdır. Bu hastalar herkesi hoşnut etmeye çalışan, aşırı verici, hayır diyemeyen, başkalarının dertlerini yüklenen, aşırı sorumluluk duyguları olan, öfkeyi belli etmekte güçlük çeken, ileri derecede duyarlı ve bağımlı kişilerdir. Bu eğilimlerin depresyon ile bağlantıları hastaya gösterildikçe bunların azaltılması, bırakılması için yol gösterilmeye çalışılır. Hiç öfke tepkisi gösteremeyen bir kişi duygularını daha rahat açığa vurmayı, hakkını savunmayı, hayır diyebilmeyi öğrenebilmelidir. Geçirdiği depresyondan bir şeyler öğrenen ve iç görü kazanan hasta genellikle sonraki uyumunda daha güçlü olur.

e) Bilişsel açıdan hastanın çocukluktan beri kendi benliğine, dünyaya, geleceğe karşı geliştirmiş olduğu olumsuz ve karamsar değerlendirmeleri değiştirebilmesi için bunları görmesine ve değiştirebilmesine yardımcı olmak için bilişsel terapi yaklaşımı uygulanmalıdır.

f) Aile içinde önemli stres kaynakları olabilir. Ailede biri depresyon geçiriyorsa bu çoğu kez o ailede bir şeylerin iyi gitmediğinin belirtisidir. Bunları aile bireyleri ile tartışmalı ve onların tedavisine katkıları sağlanmaya çalışılmalıdır.

g) Orta yaş sonrası depresyonlarda yaşlanma, emekli olma, yaşamdan beklenenlerin gerçekleşmemesi ile ilgili sorunlar, yaşamı anlamlı ve daha dolu yapacak konular bulunarak hastaya yol gösterilmeye çalışılır (31).

3.2.8.4 Elektro-Konvulsif Terapi(EKT)

Halk arasında şok tedavisi diye bilinen bu tedavi üzerinde yıllardan beri tartışmalar sürmesine karşın, günümüzde öncelikle ağır depresyonlarda kısa sürede olumlu sonuç sağlayan, yan etkisi az bir tedavi olarak kabul edilmiştir. Ancak yapılış biçimi, geçici bellek zayıflığı yaratması, özel uygulama koşulları ve teknolojisi halk arasında hatta hekimlerde EKT' ye karşı olumsuz tepkiyi ve duyarlılığı sürdürmüştür. Batı ülkelerinde EKT' nin genel olarak anestezi altında uygulanışı olumsuz izlenimleri ve korkuları azaltmış olmakla birlikte EKT' nin tıbbi bir yöntem olarak kullanılmasına karşı olanlar tartışmalarını sürdürmektedirler.

Yine de intihar riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT halen kullanılan gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8–10 EKT ile olumlu sonuç alınır (31).

Ayrıca mevsimsel özellikli depresyonlarda hastayı yapay parlak gün ışığına günde 2–6 saat maruz bırakarak, uygulanan ışık tedavisinin yararlı olduğu bildirilmektedir. Yine uyku baskılanmasının hastaların %59'unda antidepresan etki yaptığı gösterilmiştir (30). Hastayı haftada bir veya birkaç kez 24 saat süre ile uykusuz bırakmak için sürekli oyalamak ve hastanın bu konuda kesin işbirliğini sağlamak suretiyle uygulanmaktadır. Sonuçlar tartışmalıdır (31).

3.2.9 Korunma:

Depresyonun etyolojisinde tek bir neden olmadığından korunma için de belli bir yöntem belirtmek zordur. Bazı nedenlere engel olabilmek mümkün değildir. Ancak depresyonun oluşmasına neden olan dış koşulları ortadan kaldırarak korunma sağlanabilir. Çocukluk yaşantılarında kişiyi travmatize edici ortamlar etkisizleşmelidir. Gençler daha fazla anlaşılmaya çalışılmalı, sosyal aktiviteleri arttırılarak depresyona neden olan faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Zor durumda olanlara sosyal destek verilerek yardım olunmalıdır.

Kişilerin depresyon konusunda daha bilinçli olmaları için eğitim çalışmaları yapılmalı, hastalığın başlangıcında kişi tedaviye yönlendirilerek depresyonun yaşamını etkilemesi en aza indirilmelidir.

3.2.10 Beck Depresyon Ölçeği:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemede azdan çoğa doğru giden (0–3) dört seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0–63 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler, depresyonun belirtilerine ilişkin olup, depresyonun etyolojisiyle ilgili herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler sırasıyla; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumсуuzluk, suçluluk duygulan, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık" bedensel imaj'ın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (15).

BDÖ 'nin üniversite öğrencilerinde hangi kesme noktasında klinik depresyonu yakalamaya yardımcı olabileceği Hisli'nin (1989) çalışmasında incelenmiş ve bu ölçekte alınacak 17 ve üstündeki puanların normalin üzerindeki bir depresyona işaret edeceği söylenmiştir (15). Öte yandan Burns'un (1984) çalışmasında üniversite öğrencileri için önerdiği puan aralıkları: Depresyonsuz grup için 0–9, hafif düzeyde depresyon için 10–23, orta derecede depresyon için ise 24–63 tür. Yine Burns (1980) de puan aralıklarını; 0–10 puan normal, 11–16 puan hafif depresyon, 17–20 puan sınırda depresyon, 21–29 puan orta şiddette depresyon 30–40 puan şiddetli depresyon, 40 ve üzeri çok şiddetli depresyon olarak kabul etmiştir(57).

Daha önce de belirtildiği gibi Hisli'nin çalışmasında Türk üniversite öğrencileri arasında BDÖ' inde 17 ve üstünde puan alanların bir risk grubu oluşturabileceği belirtilmektedir. Aynı ölçeğin geçerlik çalışması Aydın ve Demir (1987)ve Hisli (1989)tarafından, güvenilirlik çalışması da Teğin (1980) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (15, 55).

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesinde okuyan ve özel yetenek sınavı ile üniversiteye giren öğrenciler ile diğer fakültelerde ki öğrencilerin depresyon durumlarını belirlemek ve bu iki grubun depresyon durumlarını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

4.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesinde, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Güzel Sanatlar Fakültesi, Eğitim Fakültesi Güzel Sanatlar Bölümü, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi ve Eğitim Fakültesi öğrencileri üzerinde, Sivas il merkezi Cumhuriyet Üniversitesi kampüsündeki bu fakülte ve yüksekokullarda yapılmıştır.

4.3Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Güzel Sanatlar Fakültesi, Eğitim fakültesi Güzel Sanatlar Bölümünde 1. 2. 3. 4'ncü sınıflarda okuyan 240 öğrenci ile Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi ve İlahiyat Fakültesinde 1. 2. 3. 4'ncü sınıflarda okuyan 330 öğrenci olmak üzere toplam 570 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışma evrenin tamamında yapılmıştır.

4.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına Cumhuriyet Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Güzel Sanatlar Fakültesi, Eğitim Fakültesi Güzel Sanatlar Bölümü, Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde 2005–2006 öğretim yılında 1.2.3.4'ncü sınıflarda okuyan öğrenciler alınmıştır. Araştırma bu öğrencilerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

Bu araştırmada öğrencilerin depresyon durumları ile ilgili elde edilen veriler kullanılan Beck Depresyon Ölçeği'nin ölçtükları ile sınırlıdır.

4.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

4.5.1 Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri Sosyodemografik bilgi formu (Ek 1), Beck Depresyon Ölçeği (Ek 2), ile toplanmıştır.

4.5.2 Beck Depresyon Ölçeği

Genel Bilgi

Asıl Formu: İngilizce (Beck Depression Inventory).

Geliştiren: A.T. Beck

Kaynak: Measuring Depression; The Depression Inventory T.A.Williams ,M.M. Katz and J.A. Shield (Eds) Reserch Advances in the Psychobiology of the Depressive Illnesses .Washington;Government Printing Office ,1972.s;299,301.

Türkçe Formu: Beck Depresyon Ölçeği

Uyarlayan: Buket Teğın

Kaynak: Depresyonda bilişsel bozukluklar; Beck modeline göre bir inceleme, Yayınlanmamış Doktora tezi. Ankara Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü,1980.

4.5.3 Teknik Değerlendirme

Asıl formun geliştirilmesi, normları, güvenilirliği, İngilizce formun çeviri işlemi Teğın tarafından Türkçeye çevrilen ölçek, Miller ve Seligman'ın (1973,Teğın 1980) üç ay ara ile iki kez uygulanmıştır. Bu ölçeğın maddeleri klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Psikoterapi gören depresif hastaların, tutum ve davranışları belirtiler açısından değerlendirilmiş, depresyon tanımıyla tutarlı olan tipik belirtilerin dökümü yapılmış, bu şekilde 21 belirti kategorisi seçilmiştir (Teğın 1980).

Ölçtüğü Davranış/Nitelik: Depresyon düzeyi ve depresyonla ilgili diğer psikopatolojik durumların ayırt edilmesi.

Ölçek Türü: Kağıt, kalem testi. Grup olarak uygulanabilir.

Kimlere Uygulanabildiği: Yetişkinlere.

Uygulama Süresi: Zaman sınırlaması yok. Yaklaşık 10–15 dakikada yanıtlanabilir.

Kapsamı: Ölçek 21 depresif belirti kategorisini içerir.

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1- Duygu durumu | 12- Sosyal içedönüklük. |
| 2- Kötümserlik. | 13- Kararsızlık. |
| 3- Başarısızlık durumu. | 14- Bedensel imge. |
| 4- Doyumsuzluk. | 15- Çalışabilirliğin ketlenmesi. |
| 5- Suçluluk duygusu. | 16- Uyku bozuklukları. |
| 6- Cezalandırılma durumu. | 17- Yorgunluk, bitkinlik. |
| 7- Kendinden nefret etme. | 18- İştahın azalması. |
| 8- Kendini suçlama. | 19- Kilo kaybı. |
| 9- Kendini cezalandırma arzusu. | 20- Somatik yakınmalar. |
| 10- Ağlama nöbetleri. | 21- Cinsel dürtü kaybı. |
| 11- Sinirlilik. | |

Bu kategorilerden her biri 4 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşur (45).

Materyali: Sosyodemografik bilgi formu, Soru formu.

4.5.4 Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasına başlanmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünden, envanterin uygulanması için gerekli izin alınmıştır. Veri toplama envanteri öğrencilere gerekli açıklamalar yapıp, araştırmacının kendisi tarafından dağıtılmış ve formları öğrencilerin kendi kendilerine doldurmaları sağlanmıştır. Formların doldurulması süresince araştırmacı öğrencilerin yanında bulunmuş, formların doldurulma işlemi bittikten sonra araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır.

4.5.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Beck Depresyon Ölçeği ile elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilecektir. Elde edilecek veriler istatistiksel yönden; ortalama, varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tukey önemlilik testi ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

4.5.7 Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Puanlaması: Her maddenin yanında yazılı olan sayı (0 ile 3 arasında değişir.), o maddeye verilecek olan puanı gösterir. 21 sorudaki puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21x3) 63' tür.

Puanların yorumlanması: Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (45).

5.BULGULAR

Araştırmamıza Cumhuriyet Üniversitesinden 570 öğrenci alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrenciler Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilenler (%58) ile Özel yetenek sınavı ile yerleştirilenler (%42) olmak üzere iki grup olarak alınmıştır. Bu iki gruptaki bireylerin depresyon puanlarının dağılımı ve incelenmesi görülmektedir. (Tabla IV).

Tablo IV. Her iki gruptaki bireylerin depresyon puanlarının dağılımı ve incelenmesi

Gruplar	Depresyon Puanı	
	(\bar{x})	S.D
Merkezi sınav	12.40	8.90
Özel yetenek	12.19	8.46

$t=0.61$ $p=0.543$

Her iki grup arasında Beck Depresyon Ölçeğine göre bulunan değerler bakımından fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo V. Öğrencilerin fakülte ve yüksekokullara göre dağılımı ve ortalama depresyon puanları

Fakülte / Yüksekokul	Sayı	(\bar{x})	S.D	Min	Max
Fen Edb. Fakültesi	85	14.61	10.20	1	45
Mühendislik Fakültesi	90	12.13	8.66	0	44
Eğitim Fakültesi	68	13.48	9.84	0	48
İktisadi ve İdari Bil. Fak.	60	11.73	7.20	0	32
Diş Hekimliği Fak.	4	7.75	3.30	4	12
Tıp Fakültesi	19	9.89	5.77	0	24
İlahiyat Fakültesi	4	7.75	2.06	5	10
Beden Eğt. ve Spor Y.Okulu	108	12.33	8.23	0	38
Güzel Sanatlar Fak.	70	13.34	9.32	0	45
Eğitim Fak. Güzel Sanatlar Böl.	62	11.03	7.79	0	41
Toplam	570	12.55	8.71	0	48

Araştırmaya alınan öğrencilerin okudukları fakülte ve yüksekokullara göre dağılımı, ortalama depresyon değerleri ve bölümlerde alınan minimum ve maksimum değerler görülmektedir (Tablo V). Değerlendirmede araştırmaya katılan öğrencilerin ortalama depresyon düzeyi 12.55 olarak bulunmuştur. Depresyon ortalaması en yüksek fakülte 14.61 ile Fen Edebiyat Fakültesi iken en düşük fakülteler ise 7.75 ortalama ile Diş Hekimliği ve İlahiyat Fakülteleri olmuştur.

Tablo VI. Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif durumları

Gruplar	16 ve altı		17 ve üstü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Merkezi Sınav	243	73.6	87	26.4	330	100.00
Özel Yetenek	181	74.4	59	24.6	240	100.00
Toplam	424	74.4	146	25.6	570	100.00

$\chi^2=0.23$ $p=0.631$

Gruplardaki Öğrencilere uygulanan Beck Depresyon ölçeğine göre bulunan değerler iki şekilde değerlendirilmiştir. Birinci değerlendirmede kesme noktası 17 puan alınmıştır, buna göre depresif olanların oranı % 25.6 dır (Tablo VI).

Öğrencilerin Beck Depresyon ölçeğine göre aldıkları puanların 17 puan kesme noktasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$)

Tablo VII. Gruplardaki öğrencilerin Beck Depresyon ölçeği puanlarının Burn's sınıflamasına göre dağılımı

Depresyon Durumu					Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Normal (0–10 Pan)	157	47.6	120	50.0	277
Hafif Dep. (11–16 puan)	86	26.1	61	25.4	147
Sınırdaki Dep. (17–20 puan)	35	10.6	16	6.7	51
Orta Şid. Dep (21–29 puan)	34	10.3	31	12.9	65
Şiddetli Dep (30–40 puan)	11	3.3	10	4.2	21
Çok Şidd. Dep(41 puan ve üstü)	7	2.1	2	0.8	9
Toplam	330	100.0	240	100.0	570

$\chi^2=5.15$ $p=0.397$

Diğer değerlendirmede ise kesme noktası 11 olarak alınmış ve Burn's ün sınıflamasına göre depresyon durumu değerlendirilmiştir. Buna göre merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerin % 47.6'sı özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerin ise %50'si normal olarak kabul edilirken, merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerin %26.1'i hafif %10.6 sı sınıf, %10.3 orta, %3.3'ü şiddetli, %2.1 çok şiddetli depresyon saptanmıştır. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilenlerden ise %25.4 hafif, %66.7'si sınır, %12.9 orta, %4.2 şiddetli, %0.8'de çok şiddetli depresyon saptanmıştır

Gruplardaki öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların Burns'un sınıflamasına göre karşılaştırmasında iki grup arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$) (Tablo VII).

Tablo VIII. Merkezi sınav sis. ve özel yetenek sınavı ile yerleştirilen kız ve erkek öğrencilerin puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Merkezi Sınav			Özel Yetenek		Sonuç
	(\bar{x})	S.D	Sayı	(\bar{x})	S.D	
Erkek (201)	12.7	8.92	(127)	11.34	7.76	t=0.85 p=0.391
Kız (129)	13.62	8.82	(113)	13.35	9.11	t=0.23 p=0.813
Sonuç		t=1.45 p=0.148		t=1.84 p=0.067		

Gruplardaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre incelediğimizde merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen erkek öğrencilerde depresyon puanlarının ortalaması 12.17 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen erkek öğrencilerde ise 11.34 bulunmuştur. Kız öğrencilerde ise her iki gruptaki puan ortalamaları erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen kızlarda 13.62 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 13.35 bulunmuştur (Tablo VIII).

Kız ve erkek öğrencilerin depresyon puanlarının karşılaştırılmasında gruptaki kız ve erkek öğrenciler arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo: IX. Gruptaki öğrencilerin yaş gruplarına göre puanlarının incelenmesi.

Yaş	Merkezi Sınav			Özel Yetenek			Sonuç
	Sayı	(\bar{x})	S.D	Sayı	(\bar{x})	S.D	
17–20	147	12,04	8.44	61	12.06	8.90	t=0.01 p=0.985
21–24	169	13,47	9.20	143	11.63	8.21	t=1.84 p=0.066
25+	14	11,28	8.90	36	15.27	9.15	t=1.36 p=0.180
Sonuç		f=1.21			f=2.72		
		p=0.298			p=0.068		

Öğrencilerin depresyon puanlarını yaş gruplarına göre incelediğimizde 17–20 yaş grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının her iki grupta da birbirine çok yakın olduğunu görüyoruz. Bu gruptaki merkezi sınav sistemi ile yerleştirilenlerde 12.07 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 12.06 bulunmuştur. 21–24 yaş grubunda ise merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde ortalama 13.62 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 13.35 bulunmuştur. 25 ve üzeri yaş grubunda ise merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 11.28 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 15.27 olarak bulunmuştur. Tüm yaş grupları arasındaki karşılaştırmada en yüksek ve en düşük değer 25 ve üzeri yaş grubunda görülmüştür (Tablo IX).

Gruptaki öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo X. Gruplardaki öğrencilerin depresyon puanlarının öğrencilerin bazı sosyo demografik özellikleriyle karşılaştırılması

Baba Eğitim Düzeyi	Sayı	Merkezi sınav		Sayı	Özel Yetenek	
		(\bar{x})	S.D		(\bar{x})	S.D
Okur Yazar Değil	10	8.30	$\bar{+} 4.39$	4	14.00	11.34
İlk Okul	148	12.89	9.52	95	12.65	9.05
Lise	107	12.46	8.15	103	12.29	8.61
Üniversite (Y.Okul)	65	13.52	9.08	38	11.21	6.20
		F=1.04 p=0.372			F=0.315 p=0.814	
Anne Eğitim Düzeyi						
Okur-Yazar Değil	65	13.60	9.37	36	13.94	9.25
İlkokul	197	13.04	9.23	144	11.77	7.89
Lise	52	10.69	6.70	46	12.95	9.48
Üniversite (Y.Okul)	16	12.25	8.75	14	11.21	8.87
		F=1.23 p=0.305			F=0.81 p=0.491	
Baba Mesleği						
İşsiz	14	16.85	12.83	5	16.60	15.30
Memur	69	13.13	8.67	46	11.30	7.99
İşçi	55	10.61	6.44	51	11.62	7.61
Emekli	123	13.16	9.25	97	12.53	8.60
Serbest Meslek	69	12.46	9.06	41	13.12	8.86
		F=1.66 p=0.158			F=0.67 p=0.61	
Anne Mesleği						
Ev Hanımı	289	13.04	9.04	198	12.52	8.51
Memur	18	12.00	9.55	17	10.05	8.51
Emekli	16	9.75	4.49	19	12.78	8.99
Serbest	7	9.00	7.70	6	9.33	4.63
		F=1.170 p=0.321			F=0.71 p=0.549	

Aylık Gelir Düzeyi						
Düşük	103	13.89	9.20	55	12.18	9.28
Orta	148	12.15	7.88	127	12.81	8.35
İyi	79	12.34	10.19	58	11.24	7.94
		F=0.74 p=0.47		F=0.77 p=0.46		
Aile İkamet Yeri						
İl	205	12.63	9.05	185	12.39	8.50
İlçe	91	12.34	8.70	41	11.14	6.65
Köy	34	14.47	8.47	14	14.28	12.23
		F=0.74 p=0.474		F=0.77 p=0.460		
Sos. Güv. Kurumu						
S.S.K.	131	12.74	8.88	110	11.94	8.90
BAĞKUR	55	12.34	9.26	34	11.08	7.72
E. Sandığı	99	12.83	8.87	68	12,39	7.98
M. Sosyal	10	13.90	11.22	15	13.80	7.10
Hiç biri	35	12.77	8.22	13	16.07	10.26
		F=0.72 p=0.99		F=0.98 p=0.41		
Kardeş Sayısı						
1	6	14.33	8.91	5	16.20	9.67
2	91	11.45	8.24	62	10.11	7.15
3	73	12.32	7.93	71	12.66	8.22
4	74	14.25	10.24	45	12.86	9.28
4+ (üzeri)	86	13.04	9.07	57	13.40	9.11
		F=1.12 p=0.34		F=1.64 p=0.16		
Ö.S.S ye Giriş Sayısı						
1	103	12.27	7.83	49	12.38	8.99
2	140	12.62	8.59	74	11.54	8.11
3	62	13.29	10.78	72	11.75	7.30
4+ (4 ve üzeri)	25	12.72	10.02	45	14.28	10.38
		F=0.09 p=0.96		F=1.13 p=0.33		

Öğr. Kaldığı Yer						
Ev	144	12.90	8.62	67	12.95	8.68
Devlet Yurdu	83	13.60	10.39	30	10.96	6.48
Özel Yurt	45	11.13	7.44	17	12.11	9.26
Akraba Yanı	4	11.00	9.01	6	5.66	8.23
Ailemle	54	12.46	8.33	12	12.60	8.63
	F=0.62 P=0.64			F=1.25 p=0.28		
Sivas'ta Okuma Memnuniyeti						
Evet	158	11.12	8.61	150	11.10	7.90
Hayır	172	14.22	8.92	90	14.26	9.03
	F=3.20 p=0.001			F=2.83 p=0.005		
Bölümde İsteyerek Okuma						
Evet	234	11.52	8.29	214	12.00	8.59
Hayır	96	15.71	9.63	26	14.61	7.86
	t=3.97 p=0.00			t=1.48 p=0.139		
Sosyal Aktiviteye Katılma						
Evet	202	11.57	8.52	194	11.66	7.92
Hayır	128	14.54	9.23	46	14.93	10.14
	t=2.98 p=0.0003			t=2.04 p=0.046		
Ruhsal Rahatsızlıkta Doktora Gitme						
Evet	85	11.88	8.09	80	11.37	7.74
Hayır	245	13.04	9.16	160	12.75	8.79
	t=2.98 p=0.0003			t=2.04 p=0.046		

Uğraşılan Aktiviteler

Spor	17	13.05	9.30	21	10.71	7.15
Kitap Okuma	30	13.93	8.84	17	13.23	8.04
Sanat	28	14.35	8.42	35	12.51	7.40
Bilgisayar	17	15.23	12.32	3	20.33	21.73
İki aktivite	71	12.52	7.71	77	11.98	8.38
Üç aktivite	78	11.42	8.46	61	12.60	9.14
Dört aktivite	89	12.62	9.54	26	11.88	8.07
Toplam	330	12.74	8.90	240	12.29	8.46
		F=0.76 p=0.60			F=0.64 p=0.69	

Tablo X'da her iki gruptaki öğrencilerin B.D.Ö puanlarını bazı sosyo-demografik özelliklere göre incelediğimizde;

Her iki gruptaki öğrencilerin B.D.Ö puan ortalarını baba eğitim düzeyine göre öncelediğimizde en düşük ortalamanın 8.30 ile eğitim düzeyi okur-yazar olmayan merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde bulunurken, en yüksek ortalama ise %14.00 ile aynı eğitim düzeyindeki özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde bulunmuştur.

Her iki gruptaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını baba eğitim düzeylerine göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını anne eğitim düzeyine göre incelediğimizde en düşük ortalamanın 10.69 ile anne eğitim düzeyi lise olan ve merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde görmekteyiz. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerin grubunda ise en düşük oran 11.21 ile anne eğitim düzeyi üniversite (Yüksekokul) grubunda görülmüştür.

Öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını anne eğitim düzeylerine göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Öğrencilerin B.D.Ö. puanlarını baba mesleğine göre incelediğimizde en yüksek ortalamaların her iki grupta da babası işsiz olan öğrencilere ait olduğunu görmekteyiz.

Öğrencilerin puan ortalamalarını baba mesleğine göre incelediğimizde gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Her iki gruptaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını anne mesleğine göre incelediğimizde merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerin grubunda en yüksek ortalama 13.04 ile anne mesleği ev hanımı olan öğrencilerde bulunmuştur. Özel yetenek grubunda ise 12.78 ile en yüksek ortalama anne mesleği emekli olan grupta bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin puanlarını anne mesleğine göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını aylık gelir düzeyine göre incelediğimizde merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde en yüksek puan ortalaması 13.89 ile düşük gelir grubunda bulunurken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise en yüksek ortalama 12.81 ile orta gelir düzeyinde görülmüştür.

Gruplardaki öğrencileri aylık gelir durumlarında B.D.Ö. puan ortalamaları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Her iki gruptaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını aile ikamet yerine göre incelediğimizde her iki grupta da en yüksek ortalama 14.47 ile aile ikamet yeri köy olan öğrencilerde görülmüştür.

Öğrencileri B.D.Ö. puan ortalamalarını aile ikamet yerlerine göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Gruplardaki öğrencileri sosyal güvenlik durumlarına göre puan ortalamalarını incelediğimizde en yüksek ortalamanın merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde mediko-sosyal grubunda 13.90 bulunurken, özel yetenek sınavı ile yerleştirilenlerde ise 16.07 ile hiçbiri cevabı veren öğrencilerde bulunmuştur.

Gruplar sosyal güvenlik durumları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Gruplardaki öğrencileri kardeş sayısına göre incelediğimizde her iki grupta da en düşük ortalamanın kardeş sayısı 2. olan öğrenciler de bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını kardeş sayısına göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin puan ortalamalarını üniversite sınavına giriş sayısına göre incelediğimizde en düşük ve en yüksek ortalamalar 11.54 ve 14.28 ile özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalaması üniversite sınavına giriş sayısına göre karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puanlarını öğrencilerin kaldıkları yere göre incelediğimizde merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrenci grubunda en yüksek ortalama 13,60 ile devlet yurdunda kalan öğrencilerde görülürken özel yetenek grubunda ise en yüksek ortalama 12.95 ile ev’de kalan öğrencilerde görülmüştür.

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını öğrencilerin kaldıkları yer bakımından karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Sivas’ta okuma memnuniyeti bakımından öğrencileri B.D.Ö. puan ortalamalarını incelediğimizde her iki grupta da ortalamalar birbirlerine çok yakın bulunmuştur. Memnun olanlar merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 11.12 bulunurken, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 11.10 bulunmuştur. Memnun olmayanların ortalaması ise merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 14.22, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise 14.26 bulunmuştur.

Sivas’ta okuma memnuniyeti bakımından gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda her iki grupta da fark önemli bulunmuştur. ($p<0.05$)

Kazandığı bölümde isteyerek okuma bakımından öğrencilerin puan ortalamalarını incelediğimizde en düşük ortalama 11.52 ile merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde evet cevabı verenlerde görülürken, en yüksek ortalama yine bu gruptaki hayır cevabı veren öğrencilerde bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını kazandığı bölümde istenerek okuma bakımından karşılaştırdığımızda merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde fark önemli bulunurken, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Sosyal aktiviteye katılma bakımından B.D.Ö. puan ortalamalarını incelediğimizde gruptaki ortalamalar birbirlerine yakın bulunmuştur. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin ortalaması 11.57, katılmayan öğrencilerin ise 14.54 bulunmuştur. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise sosyal aktiviteye katılanların ortalaması 12.00, katılmayanların ortalaması ise 14.93 bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını sosyal aktiviteye katılma bakımından incelediğimizde her iki grupta'da fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Gruplardaki öğrencileri ruhsal bir rahatsızlıkta doktora gitme durumuna göre incelediğimizde her iki grupta'da en düşük ortalamalar doktora giderim diyen öğrencilerde bulunmuştur. En yüksek ortalamalar ise hayır doktora gitmem diyen öğrencilerde bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencilerin puan ortalamalarını ruhsal bir rahatsızlıkta doktora gitme durumuna göre karşılaştırdığımızda her iki grupta da fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencileri katıldığı aktiviteleri bakımından B.D.Ö. puan ortalamaları incelediğimizde en düşük ortalamanın 10.71 ile özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrenci grubundaki spor yapan öğrencilerde bulunurken en yüksek ortalama her iki grupta'da aktivite olarak bilgisayar ile uğraşan öğrencilerde bulunmuştur.

Gruplardaki öğrencileri uğraştıkları aktivite bakımından B.D.Ö. puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gençlik çağı biyopsikososyal yönden bir risk dönemidir. Gençlik çağındaki birey kimlik, beden algısı, arkadaş ilişkileri, öğretim, ekonomik sorunlar, meslek edinme, iş bulma gibi alanlarda önemli sorunlarla karşılaşır. Fizyolojik değişikliklerin yanı sıra ruhsal ve toplumsal değişiklikler genci zorlar. Zorlamalara her gencin tepkisi aynı olmayıp, bu tepkilerin bir grubu da depresyon belirtileridir. Kimi zaman bu belirtilerin klinik depresyonla mı, yoksa gençlik çağının doğal tepkileriyle mi ilgili olduğunun ayırımı güç olabilir (58). Depresyon ölçekleri bu konuda her zaman yeterli olmaz. Bu nedenle klinik değerlendirme sonuçlarıyla birlikte karar vermek daha uygundur. Yapılan çeşitli araştırmalar, üniversite öğrencilerinde rastlanan depresyon ile klinik depresyon arasında en önemli farkın belirtilerin yoğunluğunda ve geçici olup olmamasında yattığına işaret etmektedir (4). Üniversite öğrencilerinde BDÖ kullanılarak yapılan çeşitli araştırmalar öğrencilerde rastlanan depresif belirtilerin geçici niteliğine dikkat çekmekte, Beck Depresyon Ölçeği'nin birkaç hafta arayla yürütülen iki uygulaması arasında bazı farklılıkların ortaya çıktığını, puanlar aldığını ileri sürmektedirler. Diğer yandan yapılan bazı araştırmalar Beck Depresyon Ölçeği ile ölçülen depresif belirtilerin öğrencilerdeki kaygı düzeyi ile yüksek korelasyon gösterdiğine işaret etmektedir (4, 46). Bu nedenle anketin uygulanma zamanı da sonuçları değiştirebilir.

Araştırmamızda BDÖ'ne göre Cumhuriyet üniversitesi öğrencilerinde depresyon puan ortalaması merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 12.40 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise 12.19 bulunmuştur (Tablo IV). Tüm grubun BDÖ puan ortalaması 12.55'dir (Tablo V). Gruplardaki öğrencilerin depresyon prevalansı merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde % 25.6, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise %24.6 olarak bulunmuştur (Tablo VI). Yapılan ki-kare testinde ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde bir anlamlılık bulunamamıştır.

BDÖ ile yapılan alan çalışmalarının bir kısmında sonuçlar oran olarak verilirken bir kısmında da tüm grubun aldığı puan ortalaması alınarak değerlendirme yoluna gidilmiştir (4, 59).

Çalışmamızda her iki tür sonuç ile karşılaştırma yapabilmek için, hem depresyon oranları yüzde olarak belirlenmiş, hem de grup ortalamaları alınarak depresyon durumları değerlendirilmiştir.

Türkiye de çeşitli üniversitelerde BDÖ ile yapılan çalışmalarda %13.8 ile %69 arasında değişen oranlarda depresyon bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi intern doktorları ile yapılan çalışmada bu oran %13.8 bulunurken (61), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde %34.7 bulunmuştur (4). Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) yapılan çalışmada ise %35.4' dür. BDÖ puan ortalaması ise 14.5'dir (23). Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) öğrencileri ile yapılan çalışmada depresyon oranı %16.4, BDÖ puan ortalaması 13.9 bulunmuştur (61).Yine Ankara Üniversitesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada oran %69'dur (58). İran da 405 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 10.8 bulunurken (62), Kanada'da 432 psikoloji öğrencisiyle yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 8.2 olarak bulunmuştur (65). ABD'de 17–25 yaş arası üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 7.6'dır (59). Bu örnekler arttırılabilir. Bizim çalışmamızdaki değer ise 12.55 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi yurt dışındaki çalışmalarda depresyon puan ortalamaları daha düşüktür. Bu yurt dışında okuyan öğrencilerin, ekonomik ve sosyal koşullarının daha iyi olmasına bağlanabilir. Türkiye'de de farklı üniversitelerde değişik sonuçlar bulunmuştur. Bu durum değişik nedenlere bağlı olabilir. Bu nedenler arasında gençlerin ekonomik güçlükleri, okullarıyla ilgili hoşnutsuzlukları, iş bulma endişeleri, çoğunun ailesinden uzakta olması sayılabilir. Ayrıca bu çalışmaların çoğunda tek bir sınıflamanın kullanılmadığı, her araştırmada kesme noktası olarak değişik bir puanın ölçüt olarak saptandığı görülmektedir. Kesme noktası olarak alınan puan araştırmaların çoğunda 10 olarak belirtilmekteyse de bazı araştırmalarda 17, bazı araştırmalarda ise 21 puanın kesme noktası olarak alındığı görülmektedir (61).

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ puanlarına bakıldığında merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde ortalamalar erkeklerde 12.70 bayanlarda 13.62 bulunmuştur. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ortalamalar erkeklerde 11.34 bayanlarda ise 13.35 bulunmuştur (Tablo VIII). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde cinsiyetle depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde, ODTÜ de, Hacettepe Üniversitesi intern doktorları arasında yapılan çalışmada depresif belirtilerle cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır (4, 60, 61). Teri ve Sullivan'da yaptıkları çalışmalarda cinsiyet farkı bulunamamışlardır (48). Fakat GATA'da ve Kanada Üniversitesi'nde yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılığı bulunmuştur (23, 63). Klasik bilgi depresyonun kadınlarda daha fazla görüldüğüdür (56). Oysa Murphy'e göre depresyonda kadın erkek farkı giderek kapanmaktadır. Bumbery ve arkadaşları depresyon yaygınlığı yönünden üniversite öğrencilerinde cinsiyet farkının önemsiz olduğunu ileri sürerken, Mitchel ve Abbot ile Oneil ve arkadaşları kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğünü belirtmektedirler (4). Oysa üniversite eğitimi almayı başarmış kadınlar kendilerini daha iyi ifade edebilmekte ve daha fazla haklara sahip olabilmektedir. Bu yüzden üniversite popülasyonunda cinsler arasında depresyon açısından fark olmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre B.D.Ö. puan ortalamalarına bakıldığında merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde en yüksek ortalama 13.47 ile 21-24 yaş grubunda en düşük ortalama ise 11.28 ile 25 ve üzeri yaş grubunda görülmektedir. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise en yüksek ortalama 15.27 ile 25 ve üzeri yaş grubunda görülürken en düşük ortalama 11.63 ile 21-24 yaş grubunda görülmektedir (Tablo IX). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Hacettepe üniversitesinde yapılan çalışmada 25 yaş ve üzerinde daha az sıklıkta bulunmuştur (60). GATA 'da yapılan çalışmada yaş arttıkça depresif belirtiler görülme oranının yükseldiği görülmüştür (23). Sivas cumhuriyet üniversitesinde yapılan çalışmada ise yaşla depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (4). Her ne kadar çalışmamızda yaşla depresyon arasında istatistiksel bir anlam bulunamasa da 23 yaş ve üstünün son sınıflara denk gelmesi nedeniyle yaş arttıkça depresyon puanlarının artmasını, okulu bitirmeye yakın gelecek kaygılarının artmasına bağlayabiliriz.

Anne- babanın eğitim düzeyi, meslekleri ve ikamet ettikleri yer ile öğrencilerde görülen depresif belirtiler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da böyle bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (23, 60, 61).

Gruplardaki öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeyine bakıldığında en alt gelir düzeyinde merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerin depresyon puan ortalaması 13.89

ile bu grup içerisindeki en yüksek ortalamaya sahip olurken aynı gelir düzeyinde özel yetenek grubunda ise 12.18 olmuştur. Aile gelir düzeyi en yüksek öğrencilerin depresyon puanı ortalaması her iki grupta da diğerlerinden düşük bulunmuştur (Tablo X). Yapılan varyans analizinde gelir durumu ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. GATA da yapılan çalışmada ise gelir durumu ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur (23). Biz de gelir durumu düşük kişilerde depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü düşüncesindeyiz. Yukarıda bir ilişki çıkmaması rakamsal olarak gelirin sorulmasından kaynaklanmış olabilir. Gelirin yeterli olup olmaması göreceli bir durumdur. Rakamsal olarak sorulduğunda herkes için yeterli olan para diğeri için yeterli olarak görülmeyebilir. Öğrencilerin kendi değerlendirmelerine göre gelirlerinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda daha farklı sonuçlar çıkabilir.

Gruplardaki öğrencilerin aile ikamet yerlerine göre depresyon ortalamalarına bakıldığında her iki grupta da en yüksek ortalamanın ailesi köy de yaşayan öğrencilerde olduğu görülmüştür. Merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde bu değer 14.47 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 14.27 bulunmuştur. Yine her iki grupta da en düşük ortalama ailesi ilçe de ikamet eden öğrencilerde görülmüştür. (Tablo X). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Fakat her iki grupta da en yüksek ortalamanın ailesi küçük bir yerleşim biriminde yaşıyor olması öğrencilerin aileden uzak olması ve okuduğu yere göre daha küçük bir sosyal çevreden geliyor olması ve yeni çevreye uyum güçlüğü gibi sorunlarla tek başına mücadele etmek zorunda olmaları nedeniyle depresif belirtiler taşıma olasılıkları yüksektir. GATA' da yapılan çalışmada da en çok yaşanan yer ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, aynı ilişki Hacettepe Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada bulunamamıştır (23, 60).

Öğrencilerin sağlık hizmeti aldıkları kurum ile depresyon puanlarını incelediğimizde gruplar arasında fark bulunamamıştır. Fakat merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde üniversitenin mediko-sosyal merkezlerinden sağlık hizmeti alan öğrencilerin puan ortalaması 13.90 olup bu grup içerisindeki en yüksek ortalamadır. Aynı şekilde özel yetenek grubunda da bu merkezden faydalanan öğrencilerin puan ortalamaları da 13.80 bulunmuştur. Bu grupta ki en yüksek ortalama ise 16.07 ile hiçbiri cevabı veren öğrencilerde görülmüştür (Tablo X). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Üniversitedeki mediko sosyal merkezin öğrencilere yeterli derecede

psikolojik destek verememesinden yada bu öğrencilerin mediko-sosyal merkezinde psikolojik danışmanlık verildiğini bilmemelerinden kaynaklanabilir.

Öğrencilerin kardeş sayısı ile depresyon arasında bir ilişki olup olmadığına bakıldığında tek çocuk olanların puan ortalamaları her iki grupta da en yüksek değerlerdir. Merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde bu oran 14.33 iken özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 16.20 olarak bulunmuştur (Tablo X). Bu farklılık dikkat çekici olup, varyans analizinde istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır.

Öğrencilerin Ö.S.S. sınavına giriş sayısı ile depresyon puanlarını incelediğimizde Merkezi sınav ile yerleştirilen öğrencilerde ortalamalar birbirine yakın bulunmuştur fakat 3. girişinde yerleştirilen öğrenciler 13.29 ile diğer ortalamaların biraz üzerinde yer almışlardır. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise en yüksek ortalama 14.28 ile 4 ve üzeri girişinde yerleştirilen öğrencilerde görülmüştür (Tablo X). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır.

Kalınan yer ile B.D.Ö. puanını incelediğimizde merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde en yüksek ortalama 13.60 ile devlet yurdunda kalan öğrencilerde görülmektedir. Özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise 12,95 ile kiralık evde kalan öğrencilerde bulunmuştur. Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo X). Hacettepe Üniversitesinde yapılan çalışmada da kalınan yer ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (4). Bu bizim çalışmamızla uyumludur. Fakat başka bir çalışma da nörotizm açısından en olumsuz yaşam ortamlarının sırasıyla akraba yanı ve devlet yurtları olduğu saptanmıştır (4). Bunun nedeninin devlet yurtlarındaki fiziki yetersizliklerden ve konulan kurallar nedeni ile öğrencilerin özgürlüklerinin kısıtlanması depresyon düzeyini arttırmaktadır.

Öğrencilerin Sivas'ta okuma memnuniyeti ile depresyon puanlarını incelediğimizde her iki grupta da en yüksek ortalamalar Sivas'ta okumaktan memnun olmayan öğrencilerde görülmüştür. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 14.22 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 14.26 bulunmuştur (Tablo X). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde bir anlamlılık bulunmuştur. Öğrencilerin istemedikleri bir şehirde yada üniversitede okuyor olmaları depresyon düzeyini arttırdığını söyleyebiliriz.

Öğrencilerin B.D.Ö. puanlarını yerleştiği bölümde isteyerek okuma bakımından incelediğimizde okuduğu bölümden memnun olmayanların her iki grupta da depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğunu görmekteyiz. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 15.71 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise 14,61 olarak bulunmuştur (Tablo X). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde bir anlamlılık bulunmuştur. Bu gruptaki farklılığı yaratan etkenin eğitim sistemindeki ve Ö.S.S sınavındaki yanlışlıklardan dolayı öğrencilerin istediği bölümde okuyamaması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Öğrencilerin B.D.Ö. puanlarını bir sosyal aktiviteye katılma istekleri bakımından incelediğimizde en yüksek ortalamalar her iki grupta da sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerde bulunmuştur. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 14.54 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 14.93 olarak bulunmuştur (Tablo X). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde bir anlamlılık bulunmuştur. Sosyal bir aktiviteye katılmayan öğrencilerin buldukları ortamın dışına çıkmamalarından ve yeni sosyal ilişkiler kurmamalarından dolayı yalnız kaldıklarını ve bunun da depresyon puanını artırdığını düşünmekteyiz.

Ruhsal bir rahatsızlıkta doktora başvurma istekleri ile öğrencilerin B.D.Ö. puan ortalamalarını incelediğimizde, merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde evet doktora başvururum diyenlerin ortalaması 11.88 hayır başvurmam diyenlerin ortalaması ise 13.04 bulunmuştur. Özel yetenek grubunda ise evet başvururum diyenlerin ortalaması 11.37 hayır diyenlerin ortalaması ise 12.75 bulunmuştur (Tablo X). Yapılan varyans analizinde merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde bir anlamlılık bulunmuştur.

Öğrencilerin uğraştıkları aktiviteler ile depresyon puanlarını incelediğimizde her iki grupta da en yüksek ortalamalar bilgisayar yanıtı veren öğrencilerde görülmüştür. Merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde 15.23 özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde ise 20.33 bulunmuştur. En düşük ortalamalar ise merkezi sınavla yerleştirilen öğrencilerde 11.42 ile üç aktivite ile uğraşan öğrencilerde görülürken, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde 10.71 ile spor aktivitesi ile uğraşan öğrencilerde bulunmuştur (Tablo X). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunmamıştır. Bilgisayar cevabı

veren öğrencilerde depresyon puanının yüksek çıkmasının nedeni boş vakitlerini bilgisayar ile geçiren öğrencilerin sosyal ilişkilerden ve uğraşlardan uzaklaşmasına bunda depresyon puanını arttırdığını düşünmekteyiz. Aktivite sayısı arttıkça depresyon puanının düşmesi sosyal aktivitenin depresyon üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir.

Çalışma sonuçlarına göre;

1. Cumhuriyet Üniversitesinde depresyon puan ortalaması 12.55 depresyon prevalansı ise % 25.4' tür. Bu değerler normal değerlerin üzerindedir.
2. Merkezi yada özel yetenek sınavı ile üniversiteye yerleşmek öğrencilerin depresyon puanlarını etkilememektedir. Buna rağmen okudukları fakülte ve yüksekokullardan depresyon puanları etkilenmektedir. Bunun nedeni verilen eğitimin zorluk bakımından fakülte ve yüksekokullarda farklılık göstermesidir.
3. Kesme puanı 17 olarak alındığında çalışmaya aldığımız öğrencilerde oran %25.6 bulunmuştur. Buna göre her dört öğrenciden birisi depresyonla ilgili sorunlar yaşamaktadır. Bu da üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Çünkü bu oran avrupa ülkelerine göre çok yüksektir.
4. Sınıflanan depresyon puanına göre öğrencilerin dağılımı incelendiğinde hafif ve sınırdaki depresyon oranları merkezi sınavla yerleştirilenlerde %36.7, özel yetenek ile yerleştirilenlerde %32.1 olarak bulunmuştur. Bu oranlarda göz ardı edilemeyecek derecede yüksektir. Danışmanlık hizmeti ve psikiyatrik destek verilmediği sürece bu bireyler sonuçta depresyon düzeyi yüksek olanlar grubunda yer alacaktır.
5. Cinsiyete göre depresyon puanı farklılık göstermemektedir. Buna göre hem kız hem de erkek öğrenciler aynı koşullarda karşılaştıkları olaylara benzer tepkiler göstermektedirler.
6. Yaş gruplarına göre depresyon puanı her iki grupta da farklılık göstermemektedir. Çalışma grubumuz öğrenci bireyleri kapsadığından bireyler değişik sınıflarda olsalar bile aynı sorunları yaşadıklarından aldıkları puanlar birbirine yakın dağılım göstermiştir.

7. Baba ve anne eğitim düzeyi hem merkezi sınavla hem de özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde farklılık göstermemektedir. Öğrencilerin üniversite hayatında ailelerinden büyük bir çoğunlukla uzakta olduklarından kendi sorunlarını kendileri çözmeye çalıştıklarından anne ve babadan destek almaları zordur. Bu nedenle eğitim düzeyi öğrencinin depresyon durumunu etkilemektedir.
8. Baba ve anne mesleğinin öğrencilerin depresyon puanları üzerinde etkisi bulunmamıştır.
9. Aylık gelir düzeyine göre öğrencilerin depresyon puanları farklılık göstermemektedir. Burada öğrencilerin aile gelirleri hakkında doğru cevap verme oranlarının saptırılmış olduğu düşünülmektedir. Öğrencilerin maddi yetersizlik nedeniyle çoğu ihtiyaçlarını karşılayamaması depresyon puanını yükseltmektedir.
10. Aile ikamet yerinin depresyon puanı üzerine etkisi önemli bulunmamıştır. Öğrenciler ister köy ister ilçe yada ilde olsun üniversiteler ve yüksekokullar genellikle il merkezlerinde yer almaktadırlar. Çalışmamızda da öğrencilerin büyük bir bölümü ikamet yeri olarak ili göstermiştir.
11. Sosyal güvenlik durumunun depresyon puanı üzerine etkisi yoktur. Öğrencilerin sosyal güvencesi olsa bile karşılaştıkları çeşitli sorunlar bireylerin hastanelerden kolay ve çabuk hizmet almalarını engellemektedir. Bu sorunları hastanelerden kaynaklanan sorunlar ve bireyin toplumdaki psikolojik rahatsızlıklar hakkındaki olumsuz görüş ve önyargılardan kaynaklanan sorunlar olarak açıklayabiliriz.
12. Kardeş sayısı bireylerin depresyon puanını etkilememektedir. Dört ve daha fazla kardeşi olanlarda depresyon puanı diğer kardeş sayılarına göre daha yüksektir.
13. Ö.S.S'ye giriş sayısı depresyon puanını etkilememektedir. Çünkü çalışma grubumuzdaki öğrenciler şu an üniversitede eğitim gören kişilerdir. Depresyon düzeylerinin Ö.S.S' giriş sayısından değil o andaki koşullardan etkilenmektedir.

14. Öğrencilerin kaldığı yere göre depresyon puanları farklılık göstermemektedir. Öğrencilerin büyük bir bölümü evde kalmaktadır. Bunun nedeni ise devlet yurtlarının fiziki yetersizliğindedir.
15. Hem merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerde hem de özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerde Sivas'ta okuma memnuniyetine göre depresyon puanları farklılık göstermektedir. Her iki grupta da hayır diyenlerin puanları daha yüksektir. Bulunduğu ilde ihtiyaçlarını karşılayamaması depresyon puanını etkilemektedir.
16. Bulunduğu bölümde isteyerek okuma durumuna göre puanlar incelendiğinde merkezi sistemle girenlerin depresyon puanları arasındaki fark anlamlıdır. Bölümde istemeyerek okuduklarını söyleyen bireylerin depresyon puanları daha yüksektir. İstemeyerek bir şey yapma bireyi depresyona itmektir. Özel yetenek sınavı ile girenlerde ise bölümde isteyerek okuma yönünden depresyon puanları arasında fark yoktur. Bunun nedeni ise o bölümde okumak için kendilerinin başvurusu sonucunda özel yetenek sınavı ile yetenekleri doğrultusunda yerleştirilmelerinden kaynaklanmaktadır.
17. Her iki grupta da sosyal aktiviteye katılma depresyon puanını etkilemektedir. Sosyal aktiviteye katılmayanların depresyon puanı daha yüksektir. Belirli bir aktiviteye katılmak bireyleri psikolojik olarak olumlu yönde etkilemektedir.
18. Ruhsal rahatsızlıkta doktora gitme durumuna göre her iki grupta depresyon puanları farklılık göstermektedir. Her iki grupta doktora gidenlerin depresyon puanları daha düşüktür. Bireyler psikolojik destek aldıklarında depresyondan uzaklaşmaktadırlar. Bu nedenle öğrencilere mediko-sosyal merkezlerce danışmanlık hizmetleri verilerek bilgilendirilmeli ve uzman desteği almaları sağlanabilmelidir.
19. Uğraşılan aktiviteler yönünden depresyon puanları arasında fark bulunmamıştır. Fakat uğraşılan aktivite sayısı arttığında depresyon puanı azalmaktadır.

7. ÖZET

Üniversite öğrencilerinde en sık rastlanan ruhsal sorun depresyon olarak tespit edilmiştir. Kişinin verimliliğini kaybetmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan depresyon bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır.

Çalışmamızda Cumhuriyet Üniversitesine merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrenciler ile özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerin depresyon düzeylerini karşılaştırmak ve bunu etkileyen sosyo demografik faktörlerle ilişkisini saptamayı amaçladık. Araştırma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerden 330 (% 58), özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerden 240 (% 42) olmak üzere toplam 570 öğrenci katılmıştır. Çalışmaya alınan öğrenciler tabakalı ve rasgele örnekleme yöntemi ile fakülte, bölüm, sınıf ve cinsiyete göre orantılı olarak alınmıştır. Veriler anket uygulaması ile toplanmış, depresyon düzeyini belirlemek için beck depresyon ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmamızın sonucunda Cumhuriyet Üniversitesindeki öğrencilerin % 25.6 'da depresyon saptanmıştır. Cumhuriyet üniversitesine merkezi sınav sistemi ile yerleştirilen öğrencilerin %26.4 'de, özel yetenek sınavı ile yerleştirilen öğrencilerin ise %24,6'nda depresyon saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin ortama depresyon puanı 12.55 bulunmuştur. Depresyon ile yaş, cinsiyet, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, baba mesleği, anne mesleği, aile gelir düzeyi, aile ikamet yeri, sosyal güvenlik durumu, kardeş sayısı, öğrencinin kaldığı yer, ruhsal rahatsızlıkta doktora başvurma isteği ve uğraştığı aktivite bakımından istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur. Sosyal aktiviteye katılma isteği, yerleştiği bölümde isteyerek okuma ve Sivas'ta okuma memnuniyeti yönünden fark önemli bulunmuştur.

8. SUMMARY

The most often seen psychological problem is found as a depression in university students. It causes to lose his fertility, to lose quality of his life. In addition this must be under debate as a public health problem.

We aimed in our works to compare depression level of students who are settled in Cumhuriyet University with Central Exam System with students who are settled in Cumhuriyet University with Private Ability Exam. Also we aimed to explain the relation with socio demography depression level of students and their form of settling in the University. It is a descriptive work. 570 students joined this work. 58% (330) of them are students who were settled in with Central Exam System and %42 (240) of them are students who were settled in with Private Ability Exam. These students are selected from faculty, department, class, gender comparatively with stratum and passing sampling method. The data was collected with survey application and the beck depression scale was used to crystallize depression level.

At the end of studies, we determined %25.6 students of Cumhuriyet University have depression. We determined depression on %26.4 students who came to University with Central Exam System and %24.6 students who came with Private Ability Exam. The average depression mark is found 12,55 on students that joined to the investigation. Age, gender, education level of father and mother, job of father and mother, economical level of family, dwelling place of family, social insurance, number of sibling, dwelling place of student, wanting to see the doctor when he / she felt physiological problem, activities, are found unimportant as a statistic. The different about study in Sivas, desire to join social activities, desire to study in settled department are found important.

9. KAYNAKLAR

- 1- Çuhadaroğlu, F : Üniversite Gençlerinde Kimlik Bocalamaları: Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları, B.Ü Psikolojik Danışma Ve Araştırma Merkezi 22-24 Kasım, Ankara, 1989.
- 2- Hamburg, B.A, Wortman, R.N : Adolescent Development and Psychopathology, Psychiatry/2 in Michels r(ed). J.B Lippincott Company, Philadelphia, 1989: 1-14.
- 3- Bayhan, V.: Genç Kimliği; Üniversite Gençliğinin Sosyolojik profili; İnönü Üniversitesi Yayınları; Malatya; 2003; s. 27-41.
- 4- Doğan, O. Doğan, S. Çorapçıoğlu, A. Ve ark.; Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi; C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi; 1994; 16(2); s. 148-151.
- 5- Öztürkçigil Çorapçıoğlu, A.; Bir Mediko- Sosyal Merkez Genel Sağlık Sorunları İle Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlardan Bazı Sosyodemografik Özellikler.; Türk Psikiyatri Dergisi; 1999; 10(2); s. 115-122.
- 6- Çorapçıoğlu A: Bir Mediko-Sosyal Merkeze Genel Sağlık Sorunları İle Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler, Türk Psikiyatri Dergisi; 1999; 10(2); 115-22.
- 7- Özbay G.; Üniversite Öğrencilerinin Problem Alanlarını Belirlemeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması.; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.; 1997; KATÜ; Trabzon.
- 8- Doğan O.: Yüksek Öğretimde Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Merkezinin Gerekliliğine İlişkin Görüşler . Yüksek Öğretimde Rehberlik ve Psikolojik Danışma Toplantısı, 20-28 Mayıs 1987, A.Ü Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 1989.
- 9- Nugent F.A: An introduction to the Profession of Conseling, Meril Ub. Com. Columbu, Ohio, 1990.

- 10- Johnson W.R, Ellison A.R, Heikinen A.C: Psychology Symptom of Counseling Center Clients; Journal of Counseling Psychology, Sayı 36(1), 1989, s. 110-114.
- 11- Surtees P.G, Phaorah P.D.P, Wainwright N.W.J, ve ark.: A Follow up Study of New Users of a University Counselling Service, Br. J. Guid. Councl, 1998, 26(2),s. 255-272.
- 12- Evans S.W: Mental Health Services in Schools; Utilization Effectiveness and Consent , Clin Psychology Rev.;1999, 19(2), s. 165-178.
- 13- Bumbery W.: Validation of the BDI in a University Population Using Psychiatric Estimate as the Criterion. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 46(1), s. 150-155.
- 14- Sherer M.: Depression And Suicidal İdeation İn College Students. Psychological Reports;1978; 57, s. 1061-1062.
- 15- Hisli N.: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği. Psikoloji Dergisi. 1989; cilt 7, sayı 23, s. 3-13.
- 16- Doğan O., Gülmez, H., Ketenoglu, C. ve ark.: Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Dilek Matbaası; Sivas; 1995.
- 17- Güleç C.: Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 2. Baskı,1997; Ankara, Güneş Kitabevi, s. 442-454.
- 18- Who., The World health Report: Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization. 2001, Genava, Switzerland.(<http://www.who.int/whr/2001>.)
- 19- Öztürk M.O.:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. Basım, Ankara, 2001, Feryal Matbaası.
- 20- Sartorius N., Üstün T.B.,Silva JAC. Ve ark.: An İnternational Study of Psychological Problems in Primary Care. Arch Gen Psychiatry . 1993, 50, s. 819-824.
- 21- Rush A.: Cognitive Therapy: Theory and Research, Short Term Psychotherapies for Depression, Guilford Press, New York, 1982, s. 143-181.

- 22- Aydın G.: Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı İlişkisi, Psikoloji Dergisi, 1988, cilt VI, sayı 22, s. 6-12.
- 23- Bakır B., Yılmaz R., Yavaş, I.: Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sorun Alanları ve Sosyo-Demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması. İstanbul, 1997.
- 24- Kızılçelik, S., Erjem. Y.; Açıklamalı Sosyoloji Sözlüğü , Saray Kitabevleri, İzmir, 1996
- 25- Yörükoğlu. A.; Gençlik Çağı, Özgür Yayın Dağıtım, İstanbul , 1990
- 26- Yörükoğlu A.; gençlik çağının ruhsal özellikleri, XXI. Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongre kitabı, 1985, s: 19-20.
- 27- Özbay H., Öztürk E.: Gençlik, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, Ankara, 1995; 24-25.
- 28- Karataş İ.: Gençlerin önemli sosyal sorunları, III. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı. 1993; s:25-33.
- 29- İmamoğlu O., Gültekin Y.: Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları. 1982-1992 Döneminde Yayımlanan Araştırmalara İlişkin Bir Değerlendirme, Yorum Ve Öneriler. Türk Psikoloji Dergisi, 1993; 8(30), s:27-41.
- 30- Köknel Ö.: Türkiyede Depresyon Epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayısı, 1989; S:1-5.
- 31- Öztürk O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6. Basım, Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 1995.
- 32- Öztürk O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1992.
- 33- Özmen E.: Depresyon Genel Bir Gözden Geçirme, Depresyon Dergisi 1996; 1(1;), S:3-14.
- 34- Hirschfeld A.M.R., Goodwin K.F.: Mood Disorders, Textbook Of Psychiatry, Chapter 13, Rr Donnelly And Sons, 1998.
- 35- Özmen M.: Depresyon El Kitabı, İstanbul 1998.

- 36- Hagnel O., Lanke J., Rorsman B., Ojeajo L.: Are We Entering An Age Of Melancholy? Depressive İllness İn A Prospective Epidemiological Study Over 25 years ; The Lundby Study, Sweden, Psychology Medicine, 1982; 12; page; 279-289.
- 37- Trembley E.L.: Understanding And Alleviating Depression, Boston; 1979.
- 38- Küey L., Üstün T.B., Güleç C.: Türkiyede Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. Toplum ve Hekim, 1987; sayı 44; Ruh Sağlığı Özel Sayısı.
- 39- Klerman G.L., Armond M., Nichol MP.: Affective Disorders . The Harward Guide to Modern psychiatry. Cambridge, Belknap Press, 1978; p: 253-3281.
- 40- Gershon E.S.: Mood disorders: Pschosocial Treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry / V (eds) H.I. Kaplan : B.J: Sadock, Baltimore; Williams and Wilkins. 1989.
- 41- Gershon E.S.: Single Gen Findings in Manic-depressive İllness. Current Opinion in Psychiatry, 1991; 4; p: 51-55.
- 42- Thomson C., Franey C., Arendt J., Checkley S.A.: A Comparison of Melatonin Secretion in Depression and Jormal Subjects. British Journal of Psychiatry .1988; 147; p: 914-919.
- 43- Giles D.E., Biggs M.M., Rush A.J., Rofwarg H.P.: Risk Factors in Families of Unipolar Depression. Psychiatric İllness and Reduced REM Latency. Journal of Affective Disorders .1988; 14; p: 51-60.
- 44- Robbins T.W., Joyce E.M., Sahakian B.J.: Neuropsychology and İmaging. Handbook of Affective Disorders.(ed. Paykel ES).289-309. Churchill Livingstone, Edinburg , 1992.
- 45- Alexopulos G.S., Meyers B.S., Young R.C, ve ark.: Clinically Defined Vaskular Depression. American Journal of Psychiatry, 1997, (154),p:562-565.

- 46- Wayne C.D.: Geriatric Depression : Brain İmaging Correlates and Pharmacologic Consideration. Journal of Clinical Psychiatry , 1994; (55:9), p: 71-81.
- 47- Krishnan K.R.R., Hays J.C., Blazer D.G.: MRI – Defined Vaskular Depression. American Journal of Psychiatry. 1997; (154); 497-501.
- 48- Brown G.W., Harris T.O., Eales M.J.: Aetology of Anxiety and Depressive Disorders in an İnner City Population 2. Comorbidity and Adversty. Psychological Medicine, 1993; (223); 155-165.
- 49- Koroğlu E.: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1998.
- 50- Who.: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
- 51- Durak A., Palabıykoğlu R.: Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması.Kriz Dergisi, 1994; (C:2,S: 2); Sayfa : 311-319
- 52- Güney M.: Çocukların Deprese-Mutsuzluk- Üzüntü Duygularıyla Başağıkma Yollarının Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Kriz dergisi, 1993;(c: 1, s: 3); sayfa: 150-157.
- 53- Karaca S., Aşkın R.: Depresyonla Başetme Ölçeği Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. 3. baskı, cilt: 8, İstanbul, 1995.
- 54- Lee A.S. ve ark.: The Long-Term Outcome Of Moudsley Depresives. British Journal of Psychiatry . 1988, (153); 741-751.
- 55- Göğüş A.: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Hacettepe Tıp Dergisi1995; 26(1), 9-11.
- 56- Koroğlu E.: Psikiyatri Temel Kitabı .Cilt: 1(ed. Koroğlu E., Güleç C.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
- 57- Burns D.D.: Feeling good : The New Mood Therapy. New York Morrow,1980.

- 58- Güney M.: Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon Ve Problem Alanlarının Akademik Başarı İle İlişkileri. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, No: 92,1985.
- 59- Oliver J.M.,Paul J.C.: Self- Esteem And Self Efficacy; Perceived Parenting And Family Climate And Depression İn Üniversty Students, Journal Of Clinic Psychology . 1995;(51-4), 467-481.
- 60- Tayşi B.N., Azizoğlu F., Perçinel S., Hasan S.H.: 1992-1993 Öğretim Yılı İtern Doktorlarında Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Prevelansı, Toplum Ve Hekim, 1994; (56), 68-74.
- 61- Aydın G., Demir A.:ODTÜ Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Yaygınlığı. İnsan Bilimleri Dergisi, 1989;(8/1), 27-40.
- 62- Tashakkori A., Barefoot J., Mehryar H.A.: What Does The Beck Depression Inventory Measure İn College Students: Evidence From A Non- Western Culture ,Journal of Clinacal Psychology, 1989: (45-4), 595-602.
- 63- Dion K.L.,Goirdano C.: Ethnicity And Sex As Correlates Of Depression Symptoms İn A Canadian Üniversty Sample, The İnternational Journal Of Social Psychiatry, 1990;(36-1), 30-41.

10.EKLER

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Fakülte / Yüksekokul :
2. Bölüm :
3. Sınıf :
4. Cinsiyet : Kız Erkek
5. Yaş : 17-20 21-24 24 +
6. Baba eğitim düzeyi :
- Okur-Yazar Değil İlkokul Lise Üniversite(Y.Okul)
7. Anne eğitim düzeyi :
- Okur-Yazar Değil İlkokul Lise Üniversite(Y.Okul)
8. Baba mesleği :
- İşsiz Memur İşçi Emekli Serbest Meslek
9. Anne Mesleği :
- Ev Hanımı Memur İşçi Emekli Serbest Meslek
- 10.Ailenizin Aylık Geliri :
- Düşük Orta İyi
11. Aileniz Nerede İkamet Ediyor ? :
- Köy İlçe İl
- 12.Kaç Kardeşiniz ?
- 1 2 3 4 4+

13.Sosyal Güvenlik Kurumunuz?

S.S.K Bağ-kur Emekli sandığı Mediko-sosyal Hiçbiri

14.Üniversiteyi Kaçınıc Girişinizde Kazandınız? :

1 2 3 4+

15.Nerede Kalıyorsunuz?

Ev Devlet Yurdu Özel Yurt Akraba Yanı Ailemle

16.Üniversite Eğitiminizi Sivas'ta Yapmaktan Memnun musunuz?

Evet Hayır

17. Bu Bölümde İsteyerek mi Okuyorsunuz?

Evet Hayır

18. Herhangi bir sosyal aktivite ile Uğraşıyor musunuz?

Evet Hayır

19. Uğraştığınız Aktiviteler Hangileri?

Kültür-Sanat Kitap Okuma Bilgisayar-Teknoloji Spor

20. Kendinizi Ruhsal Olarak Rahatsız Hissettiğinizde Doktora Gidermişiniz?

Evet Hayır

BECK DEPRESYON SORU LİSTESİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bu gün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. **Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.** Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.

3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim

1 Gelecekte karamsarım.

2 Gelecekte hiçbirşey beklemiyorum.

3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbirşey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

0 Kendimi başarısız bir insan gibi görmüyorum.

1 Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.

2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3 Kendimi tümüyle başarısız olarak görüyorum.

0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1 Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.

2 Artık hiçbirşey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3 Her şeyden sıkılıyorum.

Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

- 0 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 1 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 2 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 0 Kendimden hoşnutum.
- 1 Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1 Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
- 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm anlar oluyor, fakat yapamıyorum.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- 0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3 Eskiden ağlayabilirdim Őimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 0 Őimdi her zaman olduğundan fazla sınırlı değilim.
- 1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
- 2 Őimdi hep sinirliyim.
- 3 Bazı zamanlar beni sinirlendiren Şeyler Őimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 0 Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- 1 Başkalarıyla ile eskisinden daha az görüşmek, konuşmak istiyorum.
- 2 Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybettim.
- 3 Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.

- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
- 3 Artık hiç karar veremiyorum.

- 0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaŐlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Grnüşümün çok deęiŐtięini ve daha irkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2 Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3 Hiçbirşey yapamıyorum.

0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2 Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2 Yaptığım herşey beni yoruyor.

3 Kendimi hiçbirşey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0 İştahım her zamanki gibi.

1 İştahım eskisi kadar iyi değil.

2 İştahım çok azaldı.

3 Artık hiç iştahım yok.

0 Son zamanlarda kilo vermedim.

1 İki kilodan fazla kilo verdim.

2 Dört kilodan fazla kilo verdim.

3 Altı kilodan fazla kilo verdim.Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.Evet Hayır

- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- 2 Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmem zorlařıyor.
- 3 Saęlıęımdan o kadar endiřeliyim ki bařka Hiçbirřey dūřünemiyorum.

- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.
- 1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen ilgimi kaybettim.