

T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESİF BELİRTİ
SIKLIĞININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Önder KARAŞİN

Samsun / 2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESİF BELİRTİ
SIKLIĞININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Önder KARAŞIN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şennur DABAK

Samsun / 2016

TEŐEKKÖR

Tez çalıőmam sűrecinde destek ve yardımlarını esirgemeyen Halk Saęlıęı Anabilim Dalı űęretim űyeleri; tez danıőmanım Prof. Dr. Őennur Dabak'a, Anabilim Dalı baőkanımız Prof. Dr. Yıldız Pekően'e, Prof. Dr. Cihad Dűndar'a, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a, Prof. Dr. Ahmet Tefvik Sűnter'e, Yrd. Doç. Dr. Őzlem Terzi'ye, tűm asistan arkadaőlarım ve bu sűreci benimle birlikte yaőayan eőime ve kızım Zeyneb'e en içten teőekkűrlerimi sunarım.



<u>İÇİNDEKİLER</u>	<u>SAYFA NO</u>
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gençlik Dönemi	4
2.1.1. Gençlik Döneminin Özellikleri	7
2.1.1.1. Fiziksel ve Cinsel Özellikler.....	7
2.1.1.2. Psikososyal Özellikler ve Kişilik Gelişimi	8
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Genç Nüfus.....	9
2.1.3. Gençlere Verilmesi Gereken Sağlık Hizmetleri	12
2.1.4. Üniversite Gençliği.....	14
2.2. Ruh Sağlığı.....	16
2.2.1. Tanım.....	16
2.2.2. Epidemiyoloji	17
2.2.3. Ruh Sağlığı Sorunlarını Etkileyen Faktörler	21
2.2.4. Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Yönünden Ruh Sağlığı	22
2.2.5. Ruh Sağlığı Sorunlarından Korunma	22
2.2.6. Ruhsal Bozuklukların Ekonomik ve Sosyal Maliyeti	24
2.2.7. Temel Sağlık Hizmetleri Kapsamında (TSH) Ruh Sağlığının Yeri ve Önemi	24

2.2.8. Gençlerde Ruh Sağlığı Sorunları ve Önemi	25
2.3. Depresyon	27
2.3.1. Epidemiyoloji	29
2.3.2. Etiyoloji	30
2.3.3. Klinik Belirtiler	31
2.3.4. Sınıflandırma	33
2.3.5. Tedavi	35
2.3.5.1. Psikososyal Terapiler	35
2.3.5.2. Farmakoterapi	37
2.3.6. Gençlerde Depresyon	40
3. GEREÇ-YÖNTEM	44
3.1. Araştırma Grubu.....	44
3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	44
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	45
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	45
3.3. İstatistiksel Analiz.....	46
4. BULGULAR	48
4.1 Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	48
4.2. Öğrencilerin Bazı Özellikleri	51
4.3. Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıkları	53
4.4. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara ve Alkol Kullanımı.....	55
4.5. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	57
4.6. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Okudukları Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	62

4.7. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	64
4.8. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	68
4.9. Öğrencilerde Olası Depresyon Varlığını Etkileyen Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Bulguları.....	73
5.TARTIŞMA	74
5.1. Öğrencilerde Depresif Belirti Düzeyi	74
5.2. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	74
5.3 Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Okudukları Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	78
5.4. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	79
5.5. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	81
5.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	85
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	86
7. KAYNAKLAR	89
8.EKLER	101
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu.....	101
EK-2 Beck Depresyon Ölçeği	103

TABLO LİSTESİ.....SAYFA NO

Tablo I. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo II. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=870).....	49
Tablo III. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=870).....	51
Tablo IV. Öğrencilerin Bazı Sağlık Davranış ve Alışkanlıklarının Dağılımı (n=870)...	53
Tablo V. Öğrencilerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı.....	55
Tablo VI. Öğrencilerin Anne-Babasının Sağ Olma Durumuna Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı.....	56
Tablo VII. Öğrencilerin Anne-Babasının Medeni Durumu ve Eğitim Seviyesine Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı.....	57
Tablo VIII. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı...	58
Tablo IX. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	58
Tablo X. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	59
Tablo XI. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	60
Tablo XII. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	61
Tablo XIII. Öğrencilerin Okuduğu Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	63
Tablo XIV. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	65
Tablo XV. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	67
Tablo XVI. Öğrencilerin BKİ, Sigara, Alkol Kullanımı ve Kendi Sağlığını Değerlendirmesine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı...	69
Tablo XVII. Öğrencilerin Spor Yapma, Uyku Düzeni ve Beslenme Durumuna Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	70

Tablo XVIII. Öğrencilerin Daha Önce Psikiyatrik Yardım Alma, Ruhsal ve Başka Kronik Hastalığı Olma ve Ailede Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	72
Tablo XIX. Olası Depresyon Varlığını Etkileyen Risk Faktörlerinin Dağılımı	73



<u>SEKİL LİSTESİ</u>	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Nüfus Piramidi, Türkiye 2015.....	10
Şekil 2. Seçilmiş Ülkelere Göre Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 2013....	11
Şekil 3. Genç Nüfus ve Genç Nüfusun Toplam İçindeki Oranı, Türkiye 1935-2075.....	11
Şekil 4. Depresyon Süreci.....	42



ÖZET

Giriş-Amaç: Depresif bozukluklar, gençlik döneminde sık görülmeleri, genellikle tekrarlamaları, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluklarına sebep olmaları, intihar girişimi ve madde kullanımıyla sonuçlanabilmeleri ve erişkinlikte de devam edebilmeleri gibi özelliklerinden dolayı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Gençlik döneminde görülen depresif bozuklukların sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve sunulması yönünden önemlidir. Bu çalışma ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılmıştır. Çalışma grubu, öğrenciler öğrenim gördüğü programa (lisans/ön lisans) göre tabakalandırıldıktan sonra fakülte, yüksekokul ve meslek yüksek okulları öğrenci sayılarına göre ağırlıklandırılarak, tabakalı rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 870 öğrenciden oluşmaktadır. Çalışma verileri öğrencilerden 20.11.2015 – 01.01.2016 tarihleri arasında gözlem altında anket yöntemiyle toplanmıştır. Sözlü onamları alınan öğrencilere, sosyodemografik özelliklerini ve depresif belirti oluşturabilecek bazı durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 37 soruluk bilgi formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde Pearson Ki-kare Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda olası depresyon oranı %27,3 iken, BDÖ puan ortalaması $12,43 \pm 8,24$ 'tür. Erkek ve kız öğrencilerde depresif belirti düzeyi açısından fark bulunmamıştır. Öğrencilerde sigara içme 2,26 kat, genellikle kendini yalnız hissetme durumu 3,65 kat, okuduğu bölümü istemeyerek tercih etme 1,82 kat, Samsun'da yaşamaktan memnuniyetsizlik 2,17 kat ve ruhsal hastalık dışında kronik hastalık varlığı 2,03 kat fazla olası depresyon riski oluşturmaktadır. Ayrıca derslerinde başarısız olan öğrenciler başarılı olanlara göre 3,43 kat ve evde tek başına kalan öğrenciler ailesi veya arkadaşıyla evde kalanlara göre 4,72 kat daha fazla olası depresyon riski taşımaktadır.

Sonuç-Öneriler: Çalışma sonucunda, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde olası depresyon oranı (BDÖ ≥ 17) %27,3 bulunmuş olup; bu oran toplumdaki genel depresyon prevalansından yüksektir. Sigara içmenin, kendini yalnız hissetmenin, okuduğu bölümü istemeyerek tercih etmenin, okuduğu şehirden

memnuniyetsizliğin, kronik hastalık varlığının, derslerde başarısızlığın ve evde tek başına ikamet etmenin üniversite öğrencilerinde olası depresyon için risk faktörleri olduğu ortaya çıkmıştır. Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi depresyon gibi ruh sağlığı bozukluklarıyla mücadele etmede de en etkin yol koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencileri, Depresif Belirtiler, Beck Depresyon Ölçeği



ABSTRACT

Introduction-Aim: Depressive disorders are serious public health problems due to the features like being common in youth, usually repeating, causing marked distresses and dysfunctions, ending up with suicide attempt and substance abuse and continuing in adulthood. It is important to determine the frequency and affecting factors of depressive disorders in youth, in terms of planning and submission of mental health services. In this study, it is aimed to assess the frequency and affecting factors of depressive symptoms among Ondokuz Mayıs University students in Samsun.

Materials-Methods: This cross-sectional research was conducted in Ondokuz Mayıs University in Samsun. Study group consisted of 870 students which were selected by stratified random sampling method. Stratification was made according to their education program (bachelor's degree/associate degree), then weighting was done according to the number of students in faculties, junior colleges and vocational colleges. The study data was collected from students by the questionnaire method under observation between the dates 20.11.2015 – 01.01.2016. An information form of 37 questions which was prepared by the researcher to determine their sociodemographic status and some conditions that might cause depressive symptoms and Beck Depression Inventory (BDI) were applied to the students from whom verbal consents were taken. Pearson's Chi-Square Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test and logistic regression analysis were used for statistical analyses.

Results: While the probable depression ratio of the research group was 27,3%, the mean of BDI point was $12,43 \pm 8,24$. No difference was found about depressive symptom level between male and female students. Smoking caused 2,26 times, feeling loneliness generally 3,65 times, choosing the department they were training unwillingly 1,82 times, dissatisfaction because of living in Samsun 2,17 times and having a chronic disease except mental illness 2,03 times risk of probable depression in students. Also unsuccessful students had 3,43 times comparing to the successful ones, and the students who were living alone had 4,72 times of probable depression risk comparing to the ones who were living with their families or friends.

Conclusion-Recommendations: As the ratio of probable depression ($BDI \geq 17$) of Ondokuz Mayıs University students in Samsun was found as 27,3%; this ratio was higher than the general depression prevalence in community. It was determined that smoking, feeling lonely, choosing the department they were training unwillingly, dissatisfaction because of living in the city educating, presence of a chronic disease, failure in lessons and living alone at home were risk factors for probable depression in university students. Like in all health problems, the most efficient way struggling against mental health problems like depression is to give priority on preventive health services.

Key Words: University Students, Depressive Symptoms, Beck Depression Inventory

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gençlik, “Buluğ çağına erme sebebi ile biyolojik ve psikolojik bakımdan çocukluğun sonu ile toplum hayatında sorumluluk alma dönemi olan, çocukluk ve genç yetişkinlik arasında kalan 12-24 yaşları arasındaki gruptur.” (Kulaksızoğlu, 2000).

Gençlik dönemi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden birçok değişimin yaşandığı, kişi ve çevresi için oldukça sıkıntılı ve çalkantılı bir dönemdir. Bu dönem belirgin fiziksel değişimlerle karakterize olup fizyolojik, psikolojik ve ruhsal olgunluğa hazırlık dönemi olarak tanımlanabilir (Pekcan, 2012).

Genel olarak gençlik döneminde beyin, nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim görülüp, fiziksel büyüme ve üreme sisteminde farklılaşma gibi önemli değişiklikler meydana gelir. Bu dönem fiziksel ve duygusal olgunlaşmanın sebep olduğu, fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişme ile başlayan, kişinin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, başlama ve bitiş zamanı kişiden kişiye değişiklik gösteren bir dönemdir (Parlaz ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 10-19 yaş arasını “adölesan”, 15-24 yaş arasını “genç”, 10-24 yaş arasını da “gençlik” olarak tanımlamıştır (WHO, 2014).

Gençler hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kişiliğin tam oturmamış olması ve aileye bağımlı olmasından dolayı psikiyatrik sorunlar yaşamaya daha meyillidirler. Psikiyatrik rahatsızlıklar gençlik döneminin önemli morbidite ve mortalite sebepleri arasında olup bu dönemde başlayan sorunların yetişkinlik dönemine taşınması bireyin aile, sosyal ve okul yaşamını olumsuz etkilemektedir (Küçük ve Bayat, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; “Sağlık, kişinin sadece sakat ve hasta olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden kendisini iyi hissetmesi halidir”. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi; sağlık kavramı bir bütündür, beden ve ruh sağlığı birlikte değerlendirilmelidir (Oğuz ve ark., 2011).

Ruh Sağlığı, “Bireyin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanır (Oğuz ve ark., 2011).

Günümüzde psikiyatrik hastalıklar, yüksek oranda görülmeleri ve tedavideki güçlükleri sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Tokuç ve ark., 2009). Dünyada her dört kişiden biri yaşamı boyunca en az bir defa ruhsal ve davranışsal bozukluklar yaşamakta olup, yeti yitimi ve erken ölüme yol açan on hastalıktan beşi ruhsal

sorunlardan kaynaklanmaktadır. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre, Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, ruhsal hastalıklar %19 oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada, Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları (Years Lost with Disability - YLD)'na göre incelendiğinde ise ilk sırada yer almaktadır. Ruh sağlığı sorunları yalnız psikolojik, ruhsal ve ekonomik yüğe sebep olmayıp, beraberinde fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır. Bu sebeple psikiyatrik hastalıklarla ilgili risk faktörlerine yönelik önlemleri artırmak ve koruyucu tedaviye yönelik çalışmalar yapmak önemli hale gelmiştir (Gültekin, 2010; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Depresyon; bellek, bilişsel işlevler ve duygudurum bozulmalarına eşlik eden, duyguları, düşüncüyü, iştahı, uykuyu ve eylemleri etkileyen çökkünlük halidir. Dünyada en sık görülen hastalıklardan olan depresyon, uykuyu ve iştahı bozmakta, cinsel isteği azaltmakta, düşünceleri olumsuz etkilemekte, kişiyi daha huzursuz, üzgün, kararsız ve değişken yapmaktadır (Mayo Clinic, 2004).

Depresyon, görülme sıklığı ve sebep olduğu yeti yitiminden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur ve birinci basamağa müracaat eden hastalarda en sık rastlanan tanılardandır (Özyurt ve Deveci, 2010). Genel olarak sıklığı kadın ve erkeklerde sırasıyla %21,3 ve %12,7'dir (Noble, 2005).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre Türkiye'de en sık rastlanan ruhsal bozukluk major depresyondur (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1998). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre ise, Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları (YLD)'nın sebeplerine göre, erkeklerde unipolar depresif bozukluklar %6,4 ile ikinci, kadınlarda ise %10,7 ile ilk sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Depresyonun 2020 yılında kalp hastalıklarından sonra en önemli sağlık sorunu olacağı tahmin edilmekte olup; çoğu kişide tanı ve tedavisi yeterince yapılamamaktadır (Köroğlu, 2013).

Gençlik dönemi gelişimsel olarak duygusal dalgalanmalara ve kişide depresyon belirtilerine yol açabilen bir dönemdir (Taşğın ve Çuhadaroğlu Çetin, 2006). Bu dönemde en önemli ruh sağlığı sorunu depresyon olup; görülme sıklığı %5-20 arasında değişmektedir (Şireli ve ark., 2015). Depresyonun görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Depresyon, gençlerde en sık görülen ve en sık fonksiyonel kayıp oluşturan duygudurum bozukluğu olup; genel olarak kızlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık

görülür. Ergenlik döneminde başlayan depresyon yetişkinlikteki depresyon riskini %30-63 oranında artırmaktadır (Taşğın ve Çuhadaroğlu Çetin, 2006).

Gençlik döneminde, gerek görülme sıklığının fazla olması, gerekse yüksek yeti yitimine neden olması ve erişkin dönem ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemesi bakımından depresyonun risk etmenlerinin belirlenmesi, tanı ve tedavisinin zamanında yapılması önemlidir.

Bu çalışma ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gençlik Dönemi

Birey, çocukluktan yaşlılığa kadar olan süreçte birbirinden farklı gelişim dönemlerinden geçer ve bu dönemlerde farklı fizyolojik ve psikolojik bazı özellikler gösterir. Bu sebeple bireyin hayatı genel olarak; çocukluk, ergenlik/gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi dönemlere ayrılarak incelenebilir (Koç, 2004).

Adölesan, genç, gençlik gibi terimler birbirlerinin yerine kullanılabilmeyle beraber her biri belli bir yaş aralığını temsil etmektedir. Aynı zamanda ülkeler arasında da farklı tanımlanabilmektedirler. DSÖ; 10-19 yaş arasını “adölesan”, 15-24 yaş arasını “genç”, 10-24 yaş arasını da “gençlik” olarak tanımlamıştır (WHO, 2014). Bu sınıflandırmaya göre gençlik çağı adölesan dönemini de içine alan bir dönemdir. Adölesan çağ, kişide bedenen büyümenin yanı sıra, cinsel, sosyolojik, psikolojik ve bilişsel gelişmenin meydana geldiği, erken adölesan dönemle başlayan ve bedence büyümenin sona ermesiyle biten özel bir dönemdir. Gençlik ise ergenliği de içine aldığı için gençlik tanımının “ergenlik” yerine kullanılmasında bir sakınca yoktur (Kulaksızoğlu, 2000).

Birleşmiş Milletler Örgütü’nün tanımına göre “Genç, 15 ile 24 yaşları arasındaki kişilerdir.” (UN, 2008). Türkiye’de ise genel olarak 12-24 yaşları arası gençlik dönemi olarak adlandırılmaktadır. Zaten toplumlara ve devirlere göre değişen yaş sınırlaması oldukça genel bir nitelik olmakla beraber sınırlamalarda yetişkinliğin başlangıcı ile gençlik döneminin bitişi kesin değildir. Yaş sınırlaması ise sadece pratik bir kabullenmedir (Özyurt ve Doğan, 2002).

Gençlik, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, gelişme, ruhsal olgunlaşma ve hayata hazırlık dönemidir (Yörükoğlu, 2000). Büyüme, ergenlikle hızlıca başlar ve gençlik çağının sonunda bedensel, cinsel ve ruhsal açıdan olgunlukla sona erer. Genel olarak ergenlik belirtileriyle başlayan gençlik çağı, büyümenin durmasına kadar devam eder (Yörükoğlu, 2000). Ergenlik genellikle biyolojik ve psikolojik değişmeyi karakterize ederken; gençlik, toplumsal olgunluğu da içine alan daha geniş bir tanımdır. Kişiyi toplumsal olgunluğa hazırlayan bir geçiş dönemi olarak tarif edilebilir (Özyurt ve Doğan, 2002).

Genç, cinsel anlamda olgunlaşmış, fakat bağımsızlığını kazanıp erişkinler arasına katılmamış bireydir. Gençlik, biyolojik, ruhsal ve toplumsal bir kavram olarak

tanımlanabilir. Buna göre, bireyin üretici duruma geçtiği ya da kendi evini kurup çalışmaya başladığı dönem, gençliğin bitip erişkinliğin başlangıcı olarak kabul edilebilir. İlkel toplumlardaki gibi bir gencin erişkinliğe katılabilmesi için yapılan törenler çağdaş toplumlarda olmadığından dolayı çoğu ülkede 18 yaşında bir genç yasalara göre erişkindir. İsterse anne babasından ayrı yaşayabilir, dilediği kişiyle evlenebilir, sözleşme imzalayabilir veya askere gidebilir (Yörükoğlu, 2000).

Genç, hayatında yeni olaylarla karşılaşınca tepki konusunda eski çocukluk alışkanlıklarından sıyrılmak için zorlanmaktadır. Bu da hayattan yeteri kadar lezzet alması hususunda zorlanması anlamına gelip, belli durumlarla mücadele etmesi gerekmektedir (Özyurt ve Doğan, 2002).

Gençlik, sadece olumsuzlukların toplandığı bir çağ değil, kişinin kendini, benliğini, kimliğini arayış çağıdır. Hayallerin, arzuların ve idealizmin filizlendiği, sıkı dostlukların, ilk sevgilerin yaşandığı dönemdir. Yeniliğe, geleceğe ve olgunluğa yönelik atılımların yapıldığı, benliğini kanıtlama ve kendi kimliğini arayıp bulma gayretinin yoğunlaştığı bir dönemdir (Yörükoğlu, 2000).

Gençlik döneminin insan hayatında özel bir dönem olmasının yanında bazı durumlarda acı ve elem verici olmasının sebebi, bu dönemde bireye aklımdan ziyade duygu ve hissiyatlarının hakim olmasıdır (Özyurt ve Doğan, 2002).

Gençler; tutkulu, heyecanlı, huysuz ve öfkeli olabilirler. Çoğu zaman dengeli ve aklını kullanarak değil de tutku ve isteklerine göre hareket ederler. Bu arzu ve isteklerinin önüne çıkan en küçük engelle bile tahammül edemezler; hayata karşı tecrübesizdirler. İnsanlara çabuk güvenir, çabuk bağlanırlar, çabuk terk edebilirler. Büyük amaçları ve hayalleri vardır. Daha hayatın bazı zorluk ve olanaksızlıklarını görmemiş olup; olaylara daha iyimser yaklaşırlar (Yörükoğlu, 2000).

Gençlik çağı birkaç evreye ya da alt döneme ayrılabilir. Hızlı büyüme ve cinsel uyanışın olduğu 12–15 yaşlar arası “ergenlik” ya da “ilk gençlik” olarak bilinir. Olumsuz davranışlar ve tepkilerin yoğun olduğu evredir. 15–17 yaşlar arası çekingenliğin ve kendine güvensizliğin belirgin olduğu delikanlılık evresidir. 21 ile 25 yaşlar arası da “uzamış gençlik” ya da “yükseköğretim gençliği” olarak tanımlanır (Yörükoğlu, 2000).

Olgun bir genç, ana babası, yakın çevresi ve diğer erişkinlerden duygu, düşünce ve davranışta bağımsızlık geliştirmiş olmalıdır. Ailesi ve yakın çevresi dışında sosyal

ilişkilere girebilmeli, özellikle kendi yaşlılarıyla arkadaşlık kurup sürdürebilmelidir. Gençlikten yetişkinliğe geçişe doğru cinsel kimliği ve rolünü iyice benimsemiş ve evliliğin sorumluluğunu hissedebilmiş olmalıdır. Zihinsel yeteneklerini ve becerilerini geliştirmiş, toplum yaşamı için gerekli olan bilgi, ahlak, görgü ve ruhsal olgunluğa erişmiş olmalıdır. Kendine has değerlere, düşüncelere, yaşam anlayışına sahip olmalıdır. Bir hedefe doğru yönelebilmeli, çevresiyle bütünleşirken kendi öz benliğinin bilincine varmalı, kendi kimlik duygusunu geliştirmiş olmalıdır (Yörükoğlu, 2000).

Kişi bu dönemde sosyal ilişkilerde daha fedakar ve kendi kararlarında daha cesur olabilir. Ancak bu fedakarlık ve cesaretini yararlı işlerde kullanması gerekmektedir. Genç birey toplumda fark edilmek, rol almak ve kendini kanıtlamak düşüncesiyle bazı görevler almak isteyebilir. Ancak altından kalkabileceği görevler verilmeli, onun erişkin birey olma yolunda önemli olan “rol alma” isteği kırılmamalıdır (Abalı, 2004).

Gençlik dönemi, sahip oldukları bedensel ve bilişsel özelliklerine göre ve toplumda buldukları konumlarına göre şu şekilde sınıflandırılabilir (Abalı, 2004):

A – OKULLU GENÇLİK

- 1) İlköğretim ikinci kademesindeki (ortaokul) gençlik
- 2) Ortaöğretim (lise) gençliği
- 3) Yükseköğretim gençliği

B – OKUL DIŞI GENÇLİK

- 1) Çalışan gençlik
- 2) İşsiz gençlik
- 3) Gecekondu gençliği
- 4) Köy gençliği
- 5) Asker gençlik
- 6) Yurtdışında yaşayan gençlik

C – ÖZEL EĞİTİME MUHTAÇ GENÇLİK

- 1) Zihinsel olarak engelli gençlik
- 2) Bedence engelli gençlik
- 3) Görme veya işitme engelli gençlik

- 4) Kurum bakımına muhtaç gençlik
- 5) Suçlu gençlik
- 6) Üstün yetenekli gençlik

2.1.1. Gençlik Döneminin Özellikleri

2.1.1.1. Fiziksel ve Cinsel Özellikler

Ergenlik dönemi süresince genç bireyin vücudu yetişkinlik ölçülerine ve üreme kapasitesine ulaşır. Seksüel fonksiyonlarla ilişkili fiziksel özellikler, “birincil seks karakterleri” (kızlarda overler, uterus ve vajina; erkeklerde penis, skrotum ve testis) ve “ikincil seks karakterleri” (kızlarda meme gelişimi, hem kız hem erkeklerde koltuk altı ve pubik kıllanma) meydana gelir (Berk, 2009).

Kızlarda öncelikle yağ dokusu artar ve pelviste değişiklikler neticesinde kalça sınırlarında genişleme görülür. Bundan sonra meydana gelen erken pubertal değişiklikler meme gelişimi (telarş) ve pubik kıllanma (adrenarş ya da pubarş) ortalama olarak 11 yaşında (8-13 yaşları arasında) olur; bu değişiklikler Tanner evrelendirmesinde 2. evreyi gösterir. Göğüs gelişiminin ve pubik kıllanmanın tamamlanması yaklaşık dört yıl sürer. Menstruasyon başlaması (menarş) pubertede gözlenen fiziksel değişiklikler arasında genellikle daha geç oluşur. Kızlarda hızlı gelişen boy sıçramasının zirve noktası, meme gelişimi olan telarşın 3. evresinde ve menarştan önce meydana gelir. Menarş ile göğüs gelişiminin başlaması arasında da yaklaşık iki yıl vardır (Behrman ve Kliegman, 2003; Ercan, 2008).

Erkeklerde testislerin büyümesi (>2,5 cm) Tanner evrelendirmesinde evre 1'den evre 2'ye geçişi gösterir ve ortalama 11,5 yaşında başlar. Skrotum derisinde incelmeye bu dönemde gerçekleşir. Bundan sonra penis tabanında pubik kıllanma (adrenarş) akabinde aksiller kıllanma ve penis büyümesi görülür. Hızlı büyüme evresi kızlara göre daha geçtir; kişiye göre değişmekle beraber 10,5 yaş ile 16 yaş arasında başlayabilir ve 13,5 yaş ile 17,5 yaş arasında tamamlanır. Bunların dışında koltuk altı kıllanması, ses kalınlaşması ve akne oluşumu erkeklerde pubertenin diğer fiziksel değişiklikleridir (Behrman ve Kliegman, 2003; Neyzi ve Ertuğrul 2002).

2.1.1.2. Psikososyal Özellikler ve Kişilik Gelişimi

Ergenlik dönemi biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin meydana geldiği, bireyin bağımsızlığını, kimliğini ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir dönemdir. Psikolojik gelişim, bilişsel ve kimlik gelişimi özellikleriyle belirlenirken; sosyal değişim ise genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu bir süreçtir. Bu sosyal süreçte birey toplumda yaşamını sürdürebilmesi için minimum öğrenmeyi rekabet ve taklit ile talep etmektedir. (Ercan, 2008).

Kişilik, bireyin sosyal ve psikolojik tepkilerin bütünü olmakla beraber kişiyi diğer insanlardan farklı kılan kendine has özelliklerine verilen isimdir. Başka bir tanımda kişilik, kişinin sosyal, ahlaki, zihinsel ve fiziksel özelliklerinin dinamik bir bütünleşmesidir (Kulaksızoğlu, 2000).

Kişilik gelişimi üzerine genetik ve çevresel faktörler etkili olmaktadır. Genetik etkenler arasında anne babanın zeka düzeyleri ve kişilik yapısı etkili olurken, çevresel etkenler arasında da beslenme, yaşanan ortam, beş duyu ile kazanılan deneyimler ve kişinin ailesi gelmektedir.

Kişilik gelişimini, Freud bireyin cinsel gelişimi üzerinden dönemlere ayırırken, Erikson sosyal gelişime göre sınıflandırır ve yaşam boyu devam ettiğini belirtir. Erikson, bireyin diğer insanlarla ilişki içinde geliştiğini iddia etmiş ve kişinin sosyal çevresindeki ebeveyn, öğretmen ve arkadaşlarının psikososyal gelişiminde gerekli olduğunu ifade etmiştir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Erikson'un ergenlikteki psikososyal gelişim kuramına göre her bir gelişim döneminin kendine özgü çatışmaları ve kazanımları vardır. Her dönem kendisinden önceki gelişim dönemlerinin etkisiyle şekillenir ve sonraki dönemi için basamak oluşturur. Ergenlik döneminde daha önceki gelişim basamaklarında kazanılması gereken temel güven duygusu, özerklik, girişimcilik, çalışma ve yapıcılık gibi kazanımlar olmadan tutarlı bir kimlik duygusu geliştirmek zordur. Bu dönemde, kimlik duygusunun oluşması sürecinde çocuklukta yaşanmış olan çatışmalar yeniden oluşur, kazanılan özdeşimler ergenin yeni değerlerine ve rollerine uygun nitelik kazandırılarak kabul edilir. Neticede ergenliğin başından beri yaşanan duygular, kazanılan beceriler, kurulan özdeşimler sentezlenir ve bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur. Kimlik duygusu, ergenin "Ben kimim?", "Ne olacağım?" sorularına bilinçli bir şekilde, farklılık göstermeden yanıt verebilmesi, benliğini tanımlayabilme ve kabullenme durumunda

olabilmesidir. Bu duygunun sağlıklı gelişiminin göstergesi, bireyin kendisinin kabul ettiği ve hissettiği aynılık ve süreklilik duygusunun diğer insanlar tarafından da benzer şekilde algılanmasıdır. Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleki bileşenleri tamamlanmayan ergenlerde kimlik kargaşası oluşur. Bunun neticesinde bu kişiler, diğer insanlarla yakın ilişkiler kurma, uygun iş ve eş seçme, toplumda belli bir role sahip olma ve toplumun belli kültürel yapısına uyum içinde yaşamada zorlanırlar (Derman, 2008).

Gençlik döneminde cinsiyete göre davranmaya yönlendirici çevresel faktörlerin etkisiyle toplumsal cinsiyet rollerinin içselleştirilmesiyle bireyin cinsel kimlik oluşumu tamamlanır. Bununla beraber sıkı dostluklar önem kazanırken kendi cinsinden arkadaş ve gruplarla vakit geçirir. Bu birliktelik ergenin ilgi alanlarını, değer yargılarını, ahlaki standardını, kişilik yapısını ve giyimini de etkiler (Derman, 2008). Bu dönemdeki derin bocalamanın etkisi altında kalan ergende, ailesinden uzaklaşma eğilimi ortaya çıkar. Bir yandan bağımsız olmaya, ailesinden kopmaya çalışırken bir yandan da küçüklükten beri var olan bağımlılığın etkisi altındadır. Bu ikilemin şiddeti önceki dönemleri sağlıklı geçirmesine, biyolojik yapısına, ailenin ve yaşadığı toplumun tutumuna bağlıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

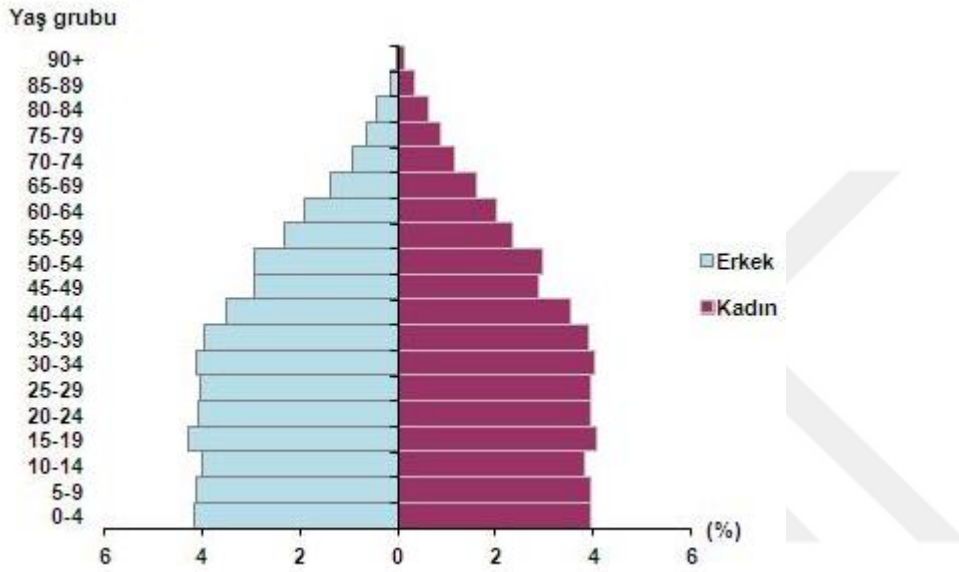
Anne-babalar bu dönemde çocuklarını anlayamadıklarını ifade ederler. Gerçekten de genç, bu dönemde değişken fikir ve eylemler ile dalgalanan duyguların etkisiyle anlaşılması güç bir bireydir. Bazı ruhsal bozuklukların bu dönemde ortaya çıkması doğal olmakla beraber sorunun bu çağa özgü mü yoksa daha derin bir psikiyatrik hastalık mı olduğunun belirlenmesi gerekmektedir (Özdemir ve ark., 2012).

Sonuç olarak gençlik döneminde, psikososyal ve kişilik gelişiminde genetik ve biyolojik etkenler, kültürel etkenler ve bireyin bulunduğu sosyal sınıfa bağlı etkenler önemli rol oynamaktadır. Birey, duygu, düşünce ve davranışlarında, ailesi ve diğer sosyal çevresi ile bütünleşirken kendi öz benliğinin farkına varabilmeli ve tam bir bağımsızlık kazanabilmelidir (Kulaksızoğlu, 2000; Hatipoğlu, 2013).

2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Genç Nüfus

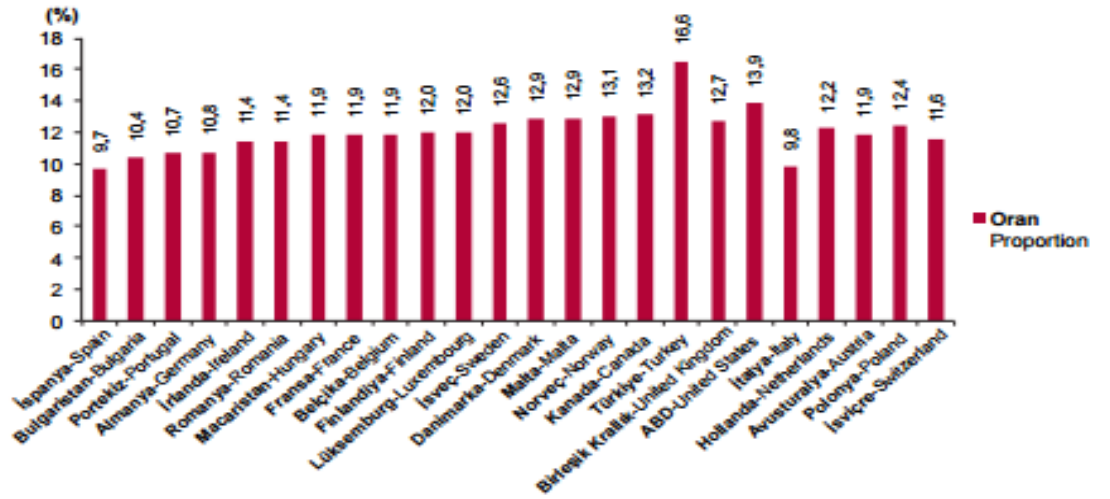
Dünya nüfusu 2013 itibariyle 7 milyarı geçmiştir ve bunun yaklaşık %25’ini 10-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır (Census Bureau, 2013).

2015 verilerine göre Türkiye nüfusu 78.741.053 kişidir. Dünya nüfus sıralamasında ülkemiz yaklaşık %1,1 pay ile 18. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2015; Census Bureau, 2015). Türkiye nüfusunun %16,5'ini genç nüfus oluşturmaktadır (TÜİK, 2015). 2015 yılı Türkiye nüfus piramidi Şekil 1'de verilmiştir (TÜİK, 2015).



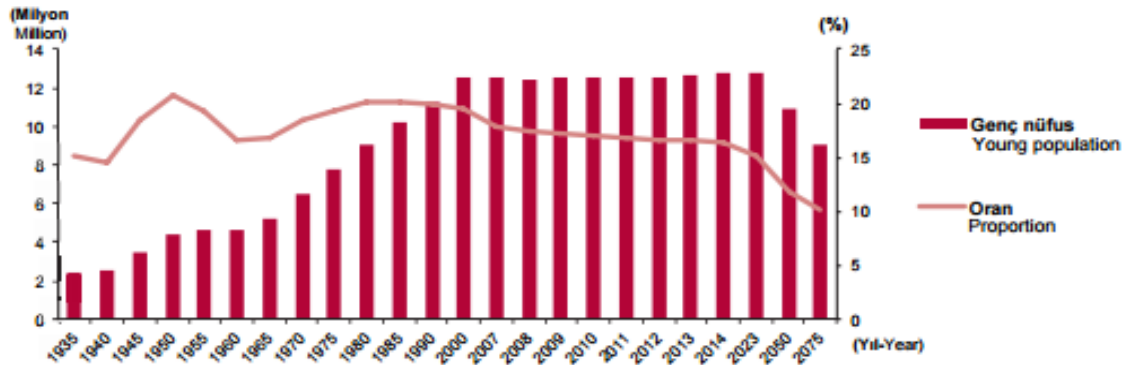
Şekil 1. Nüfus Piramidi, Türkiye 2015

Seçilmiş ülkelerde genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı genel olarak benzer olmakla beraber Türkiye'de bu oran nispeten yüksektir. Genç nüfus oranının en düşük olduğu ülke ise İspanya'dır (Şekil 2; TÜİK, 2014).



Şekil 2. Seçilmiş Ülkelere Göre Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 2013

Türkiye de genç nüfus ve genç nüfusun toplam nüfustaki oranı yıllara göre incelendiğinde; 1935 yılından 1990 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte genel olarak bir artış söz konusudur. 2000 yılından 2013 yılına kadar yaklaşık 2,8 puanlık bir azalma olduğu görülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre bakıldığında 2023 yılından 2075 yılına kadar genç nüfusta hızlı bir şekilde azalma olacağı tahmin edilmektedir (Şekil 3; TÜİK, 2014).



Şekil 3. Genç Nüfus ve Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, Türkiye 1935-2075

2.1.3. Gençlere Verilmesi Gereken Sağlık Hizmetleri

Gençlik çağı genel olarak sağlıklı bir dönem olmasından dolayı gençler düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmaya gerek duymamaktadırlar. Bundan dolayı adölesan dönemde başlayan birçok sağlık sorunu, teşhisi gecikerek ilerleyen süreçte daha yüksek mortalite veya morbiditeye sebep olabilmektedir. Bu sorunların çoğu önlenebilir niteliktedir. Gençlere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ulaşılmasının kolay olmasının yanında yaşına ve gelişim düzeyinin gereksinimlerine uygun olmalıdır (Parlaz ve ark., 2013).

Gençlere yönelik öncelikle güvenli çevre oluşturulması, sağlık danışmanlığı hizmetlerinin verilmesi, sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme yapılması, sağlık problemlerinin tarama, tedavi ve uygun yerlere sevk edilmesi gibi hizmetler sunulmalıdır. Aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunda destekleyici politikaların geliştirilmesi ve gençlerin de bu hizmetlerin geliştirilmesinde katkıda bulunması sağlanmalıdır (Özcebe, 2002).

Sunulan sağlık hizmetleri özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olup bunun amacı da sağlıklı bir şekilde fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişmeyi destekler nitelikte olmalıdır. Bu zamanda gençlerde oluşan hastalık ve ölümlerin çoğu koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle önlenebilmektedir. Amerikan Tıp Birliği'nin "Adölesan Koruyucu Hizmet Rehberi" nde gençlere yönelik sağlık hizmeti önerileri aşağıda sıralanmıştır (Özcebe, 2002):

- 1) 11-21 yaş arasındaki adölesanlar yılda bir defa koruyucu sağlık hizmeti almalıdır.
- 2) Koruyucu sağlık hizmetleri bireye, yaş grubuna ve gelişimsel düzeye uygun olacak şekilde verilmelidir.
- 3) Sağlık kurumlarında olan görüşmelerde gizliliğe önem verilmeli, ailenin de olduğu görüşmelerde belli kurallar olmalıdır.
- 4) Aileler de erken, orta ve geç ergenlik dönemlerinde en az bir kez danışmanlık hizmeti almalıdır.
- 5) Adölesanlar fiziksel büyüme, psikososyal ve psikoseksüel gelişim ve kendi sağlıklarını koruma konusunda rehberlik hizmeti almalıdır.
- 6) Adölesanlara her yıl fiziksel yaralanmalardan korunma, alkol kullanmama, güvenli trafik davranışları, şiddet olaylarından ve silah kullanmaktan uzak

durma ve fiziksel kondisyonu artırma gibi konularda danışmanlık hizmeti verilmelidir.

7) Adölesanlara dengeli ve sağlıklı beslenme ve uygun kilo kontrolü gibi konularında rehberlik edilmelidir.

8) Adölesanlar fiziksel egzersizin önemi ile ilgili bilgilendirilmeli ve güvenli spor yapma imkanı konusunda rehberlik hizmetleri almalıdır.

9) Adölesanlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kondom kullanımı ve gebeliğe karşı korunma yöntemlerini de kapsayan güvenli cinsel davranışlarla ilgili danışmanlık almalı ve bu hizmetlere kolayca ulaşmaları sağlanmalıdır.

10) Bütün adölesanlar sigara, alkol, diğer bağımlılık yapan maddeler ve anabolik steroidler konusunda sağlık hizmeti danışmanlığı almalıdır.

11) Adölesanlara,

- Yıllık hipertansiyon kontrolü
- Risk altındaki adölesanlarda hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı
- Yeme bozuklukları ve obezite
- Sigara kullanımı
- Alkol ve diğer maddelerin kullanımı, ilaç ve anabolik steroid kullanımı
- Cinsel yaşam
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- HIV bulaşması yönünden riskli olanlarda tarama
- Cinsel olarak aktif olan ya da 18 yaş üzerindeki kadınlardan servikal smear alınması
- Depresyon ya da intihar riski açısından psikiyatrik muayene
- Emosyonel, fiziksel veya cinsel istismarın sorgulanması
- Okul ve öğrenme durumu
- Tüberküloz açısından risk altında ise PPD testi
gibi tarama programları önerilmektedir.

Adölesanın ailesi de normal adölesan gelişimi olan fiziksel, cinsel ve psikolojik gelişimi başta olmak üzere bu dönemde sık karşılaşılan problemlerin bulgu ve belirtileri ve gencin sağlıklı bir şekilde gelişmesine yön verecek ailevi desteği sağlamalıdır (Özçakar, 2010).

Sonuç olarak gençler belirtilen sağlık hizmetlerini gerektiği gibi alıp yetişkinlik dönemine daha sağlıklı bir şekilde adım atmalıdır. Böylece ileride meydana gelebilecek kişisel ve toplumsal sorunlara bir nebze olsun engel olunabilir.

2.1.4. Üniversite Gençliği

Üniversite gençliği fakülte ve yüksekokullarda öğrenim gören gençlik kesimini oluşturmaktadır. Bunlar lise eğitiminden sonra en az 2 yıllık yüksekokul ya da 4 yıllık yüksekokul ve fakültelerde öğrenimine devam ederler (Özyurt ve Doğan, 2002).

Ülkemizde yükseköğretim öğrenci nüfusu Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2013-2014 öğretim yılında 5 472 521 kişidir. Bu sayı toplam nüfusumuzun yaklaşık %7 kadarını oluşturmaktadır (TÜİK, 2016).

Bir toplumda üniversite gençliği, o toplumun sosyal ve kültürel yapısının en dinamik unsurunu oluşturmaktadır. Üniversite gençliğini diğer gençlik gruplarından ayıran en önemli özellik onların, geleceğin her açıdan donanımlı, karar verici ve bulunduğu toplumu yönlendirici adayları olmalarıdır (Yazıcı ve ark, 2003). Üniversite öğrencisi bir yönüyle toplumsal, kültürel, ekonomik, siyasal yapılanmaların temel bilgi birikimlerini öğrenirken, diğer yandan da birbirinden farklı pratikleri ve kimlikleri çözümlenebilecek ve bunlar arasında ayırım yapabilecek potansiyele sahip olmalıdır. Toplumsal konulara ve meselelere ilgili ve katılımcı, idealist, eşitsizliğe tahammül edememe gibi özelliklere sahiptirler. Diğer taraftan bu gençler kültürel değişme ve değer çatışmaları yaşarlarken daha önceki yerleşim birimi ve alt kültürü gibi unsurlar onları “üniversiteli genç” imajı oluşturma hususunda zorlar (Yazıcı ve ark, 2001).

Belirli bir meslek sahibi olmak ve kariyer baskısı üniversite gençleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Ortaöğretim hayatını bitirdikten sonra üniversiteye gelen gençler buradaki ortama hemen uyum sağlayamamaktadırlar. Kazandıkları bölümler istedikleri gibi olmayabilir ve okulların fiziki koşullarını beğenmeyebilirler. Bazı öğrenciler kazandıkları bölümlere isteyerek gelmeyebilirken kimisi de istediği bölümü kazandığı halde buldukları sosyoekonomik koşullar nedeniyle yeterli çalışma ve gelecekteki hayatına hazırlanma olanağı bulamamaktan kaynaklanan sorunlar yaşayabilmektedirler. Bundan dolayı üniversite eğitiminin öğrenciye sağlanması tek başına yeterli olmazken gençlerin kendilerini ifade edebileceği, sorunlarla baş

edebileceği ve boş zamanlarını değerlendirebileceği olanaklar sunulmalıdır (Yazıcı ve ark, 2003).

İlkokuldan liseye geçişte ortaya sorunlar çıktığı gibi, benzer şekilde liseden üniversiteye geçişte de bir dizi değişiklikler ve stres meydana gelmektedir. Bu dönem daha büyük ve daha özel bir eğitim hayatına geçişi, farklı bölgelerden gelen, hatta etnik olarak da değişik arkadaşlarla etkileşimi, başarı ve performans odaklanmada artışı içermektedir (Santrock, 2012). Üniversite öğrencileri bir yandan yeme, içme, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken bir yandan da eğitimlerine devam etmektedirler. Bu tür sorunların çözülememesi bireyin hem eğitim hayatını olumsuz etkilemekte hem de bazı kişisel problemler oluşturmaktadır. Gençlerin bu dönemde okuması, çalışması ve insanca yaşayabilmesi için gerekli olanakların sağlanabilmesi toplumun geleceğini oluşturacak bu bireylere verilen değerlerin bir göstergesidir. Bu olanaklardan mahrum kalan ve zor koşullarda okuyan gençlerde bazı psikolojik rahatsızlıklar meydana gelmektedir. Genel olarak gençlerde %10-15 oranında tedavi edilmesi gereken psikolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır (Yazıcı ve ark, 2003). Lise döneminden üniversiteye geçişteki sorunlar hiç üniversiteye gitmeyen gençlerin sorunlarına kıyasla daha düşük miktardadır (Steinberg, 2007). Bu sorunlar başlıca şu şekilde sıralanabilir (Özyurt ve Doğan, 2002; Yazıcı ve ark, 2003):

a) Bu dönemde öğrenciler, sosyal değişim neticesinde kesin değer yargılarına sahip olamamaktadır. Yeni örf ve adetleri kabullenmelerinde sorun yaşamaları, yeni davranışları benimsemelerde kararsız kalmaları, önceki kuşaklarla farklı yaşam görüşünde olmaları ve buldukları topluma uyum sağlamada sorun yaşamaları bu dönem gençlerinin başlıca problemlerindedir.

b) Ailesinden ayrı kalan gençlerde beslenme problemleri görülebilmektedir.

c) Bazı gençlerde barınma problemleri mevcuttur.

d) Öğretim üyesi ile ilişkilerde sorunlar yaşanabilmektedir.

e) Özellikle bazı fakültelerde kitap fiyatlarının yüksekliği önemli bir problemdir.

f) Gençlerin boş zamanlarını değerlendirmek için yaz aylarında bölümü ile ilgili çalışma alanları oluşturma olanakları kısıtlıdır.

g) Özellikle bazı üniversitelerde spor yapma olanakları kısıtlıdır.

h) Üniversiteli gençler zamanlarının önemli bir kısmını ders çalışarak geçirdiğinden dolayı kütüphane ve ders çalışma ortamlarının kısıtlılığı önemli bir sorun oluşturmaktadır.

2.2. Ruh Sağlığı

2.2.1. Tanım

Eskiden beri insanın beden sağlığı somut özellikler göstermesi sebebi ile devamlı gelişen bir durumda olmasına karşın, ruh sağlığı ihmal edilmiş ve geri planda kalmıştır. Bu durum, psikiyatrik hastaların toplumda maruz kaldığı olumsuz tutum ile birleşince problemler gizli kalmış, tanı ve tedavisi yapılamayan hastalar artmış ve daha da kronik bir hal almıştır (Ocaktan ve ark., 2004).

İnsanın sağlıklı olma durumu bedensel sağlığının ötesinde ruhsal ve sosyal olarak da iyilik halinin olmasını kapsamaktadır. Ruh sağlığı, yani ruhsal açıdan sağlıklı olmak, bireyin içinde bulunduğu toplumsal yaşamın gerekliliklerine göre çevresiyle uyumlu olması ve kendinden hoşnut olması olarak ifade edilebilir.

Ruh sağlığı, temelde bireyin kendisiyle barışık ve toplumla uyum içinde olma durumu olarak söylenebilir. Bu noktadan hareketle kişinin çevresinin her isteğine körü körüne bağlı olmasından ziyade, gerektiğinde uygun tepki göstermesi ruh sağlığının tanımını tamamlayabilmektedir. Ruh sağlığı yerinde olmayan kişiler ise hem kendisiyle hem de çevresiyle ciddi bir çatışma yaşamakta ve bunun sonucu olarak da yoğun sıkıntı halinde olma ve dışa vuran davranışlarında garip ve tutarsız tepkiler verebilmektedir (Alper ve ark., 2000).

Kişinin bir yönden kendisiyle, diğer bir ifadeyle iç benliği ile diğer yönden de çevresindeki bireyler ve toplumla barışık olması, devamlı olarak uyumlu olması için sürekli ve yenilenen ruhsal işlevlere gerek vardır. Buradan hareketle ruh sağlığı devamlı işleyen bir sürecin ürünüdür (Köknel, 1999).

Ruhsal yönden sağlıklı bir kişinin özelliklerini saymak ve ruh sağlığının ölçütlerini belirlemenin olanağı yoktur. Ruhsal yönden yakınma ve bulguların psikolojik bozukluk olup olmaması, bu şikayetlerin süresi, şiddeti, içinde bulunulan sosyokültürel ortam, kişilik gelişimindeki yeri, kişinin sahip olduğu yetenekleri ve çevresiyle uyumu bozup bozmamasına göre değerlendirilir. Hayatı boyunca her insan kaygı, üzüntü, sıkıntı, korku, kıskançlık, öfke, ilgisizlik, coşkunluk gibi duyguları

yaşamaktadır. Bu duyguların uzun sürmediği ve şiddetli bir şekilde olmadığı sürece ruh sağlığını bozar nitelikte olduğu söylenemez (Köknel, 1999).

Klinik olarak belirli bir ruhsal bozukluğun tanımının çoğunlukla yapılabilmesine karşın kişide böyle bir bozukluğun olmaması onun ruh sağlığı yönünden normal olduğu anlamına gelmemektedir. Bu sebeple normal ruh sağlığını tanımlayabilmek için belirli görüşler öne sürülmüştür. Bunlar:

a) Çevreye uyum yapabilme: Kişinin yaşadığı toplumun değer yargılarıyla, estetik anlayışı ile ve diğer bireylerle uyumlu olması

b) Bireyde aşırı bunaltının (anksiyete) ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması: Bireyde herhangi bir psikiyatrik belirti olmamasının yanında kendinden memnun, ilişkilerinde rahat, huzurlu olması normalin ölçütü olarak sayılabilir

c) Psikanalitik görüş açısından id, ego ve süperego arasındaki denge: Sağlıklı kişi altbenlik (id) dürtülerine doyum olanağı sağlayabilen, ancak sosyal ilişkilerinde uyumlu davranabilen (ego) ve üst benliğinin (süperego) de sesini dinleyebilen kişidir

d) Psikososyal gelişim kuramı yönünden insanın hayatının sekiz evresinin (temel güven, özerklik, girişim, çalışma ve yapıcılık, kimlik, yakınlaşma, üretkenlik, benlik bütünlüğü) sağlıklı bir şekilde geçirilmesi

Normal ruh sağlığının aksine ruh sağlığı bozulan kişinin duygu, düşünce ve davranış yönünden şu özellikleri taşıması beklenir:

- Tutarsızlık
- Aşırılık
- Uygunsuzluk
- Yetersizlik

Ancak bu özellikler de belli değer yargıları ve normlara göre söylenmiş oluyor. Bu durumda zaman ve mekan göreceliğini de dikkate alarak bu özellikler kullanılabilir. Yine de bu durumlar, ruhsal hastalık tanısı alabilmesi için sürekli ya da yineleyici olmalı, bireyin verimli çalışmasını bozmuş ve kişiler arası ilişkilerinde sorunlar oluşturmuş olmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2.2. Epidemiyoloji

Ruhsal bozukluklar, toplumdaki yaygınlıkları, bireysel ve toplumsal olumsuz sonuçları, süregenleşme eğilimleri, tedavideki zorlukları ve sebep oldukları yeti

yitimleri gibi özellikleri sebebiyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Böyle olmasına rağmen, klinik düzeyde ruhsal bozukluğu olan hastaların sadece küçük bir bölümü tıbbi ya da ruhsal yardım için uzmana başvurmaktadır (Koroğlu ve Güleç, 2007). Ruhsal bozukluklar daha çok, toplumdaki en üretken kesim olan genç yetişkinlere yük getirmektedir. Psikiyatrik hastalıkların getireceği yükün birçok toplumda orantısız bir şekilde artacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda bu kişiler toplumda damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıyadır (Oğuz ve ark., 2011).

Psikiyatrik hastalıklarla ilgili en erken epidemiyolojik çalışmalar, 20. yy'ın ilk yarısında kurum kayıtlarına dayanarak ve sınırlı sayıda ölçekler kullanılarak yapılmıştır. Sağlıkla ilgili verileri ruhsal bozukluktan dolayı hastaneye müracaat eden veya intihar etmiş kişilerden elde edilmiştir. Daha sonra İkinci Dünya Savaşı sonrası çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar savaş sırasında askeri güçten elde edilen sağlıkla ilgili verileri içermesinden dolayı epidemiyolojik alanındaki "toplumsal araştırmaların" başlangıcıdır. Bu dönemdeki çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların genel prevalansı genel olarak %20'dir. Sonraki süreçte üçüncü kuşak epidemiyolojik çalışmalar, daha ileri epidemiyolojik ve istatistiksel tekniklere dayanmakta olup, daha bilimsel nitelik taşımaktadır (Ebert ve ark., 2013).

Dünyada ruhsal ve davranışsal hastalığı olan yaklaşık 450 milyon kişi olduğu tahmin edilmekle beraber her dört kişiden bir kişi de hayatı boyunca herhangi bir veya daha fazla ruhsal veya davranışsal sorunlar yaşamaktadır. Onsekiz yaş altındaki çocukların beşte birinde de herhangi bir psikiyatrik ve davranışsal sorun mevcuttur (Gültekin, 2010).

Nöropsikiyatrik bozukluklara bağlı Yeti Yitimine Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years; DALY) kayıpları, Hastalıkların Global Yükü Çalışması'nda (Global Burden of Disease Study) %12 olarak bildirilmektedir. Tek uçlu depresif bozukluklar, tıbbi 20 bozukluk sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca Yeti Yitimi ile Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD)'nin sebepleri incelendiğinde ruhsal bozukluklar %31'ini oluştururken ilk 20 sebepten 5 tanesi ruhsal bozukluklardır (Koroğlu ve Güleç, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü eski Genel Direktörü Dr. G.H. Brundtland'a göre, tüm dünyada yeti yitimine en çok sebep olan 10 hastalıktan beşi ruhsal hastalıklardır (major depresyon, şizofreni, iki uçlu bozukluklar, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif

bozukluklar). Yaşlı nüfusun artması, artan sosyal sorunlar ve karışıklıklar, şiddet olayları, iç savaşlar, afetler ve hızla artan göç toplumları sebebiyle gelecekte ruhsal sorunların daha da artacağı tahmin edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Tüm dünyada birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerin %24'ünde ruhsal bir bozukluk; %9'unda eşik altı bozukluk ve %31'inde de ruhsal bir belirti mevcuttur. Toplumun yaklaşık üçte birinde de tedavi edilmesi gereken psikiyatrik bir bozukluk meydana gelebileceği tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki alan araştırmalarına göre, toplumda psikiyatrik destek gerektirecek derecede ruhsal bozukluk oranının yaklaşık %20 olduğu bilinmektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007). Bu oranlar sorunun ne denli büyük olduğunu gösterirken bu konu ruh sağlığı ile uğraşanların olduğu kadar geniş toplum kesimlerinin de ilgi odağındadır ve yalnızca psikiyatri disiplininin sınırlarına hapsedilmeyecek niteliktedir. Mevcut problemlere doğru yaklaşım, insanı çevresiyle bir bütün olarak değerlendirmek ve ruhsal bozuklukların toplumsal yanını bilmekle yapılabilir (Güleç, 2012).

Türkiye'de psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı konusunda bu zamana kadar yapılmış en kapsamlı çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Projeleri Genel Koordinatörlüğü, Üniversiteler ve DSÖ ile işbirliğini sağlayarak yürüttüğü epidemiyolojik çalışmalardır. Buna göre, ülkemizde ruhsal bozukluk yaygınlığı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9 ve 4-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerde %11,3 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda ruhsal bozukluk oranı erkeklerden iki kat fazladır. Erişkinlerde en sık bozukluklar sırasıyla somatoform bozukluklar, depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Çocuk ve ergenlerde ise sırasıyla anksiyete, depresyon ve davranış bozukluklarıdır. 2020 yılı için yapılan bir tahmine göre, Türkiye'de psikiyatrik hastalıklardan, tek başına unipolar depresif bozukluğun oluşturduğu yük (DALY) %6.8 ile iskemik kalp hastağının ardından ikinci sırada gelmektedir. Hastalıkların oluşturduğu yeti kaybına bağlı sıralamada ise, toplam unipolar depresif bozukluklar %14,5 ile birinci sıradadır (Güleç, 2012).

Ülkemizde ruhsal sorunların önemini vurgulamak için Sağlık Bakanlığı desteği ile yapılmış iki geniş kapsamlı çalışmanın bulguları önem arz etmektedir:

- 1) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması (1998)
- 2) Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2004)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, Türkiye'deki psikiyatrik hastalıkların sıklığı hakkında fikir vermektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde toplumun %18'inin yaşamı boyunca ruhsal bir sorun yaşadığı; çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde davranış bozukluğu oranının ise %11 olduğu saptanmıştır. Bu verilere göre Türkiye'de ruh sağlığı sorunlarının dünya geneline benzer şekilde önem arz ettiği ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastalık yüğü çalışmaları ile o ülkedeki sağlık sorunlarının boyutlarının ve nedenlerinin belirlenmesi neticesinde, sorunların çözümüne yönelik politikalar izlenmesine olanak sağlanır. Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin, temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında ruhsal hastalıklar %19 oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Türkiye'de hastalık yükünü oluşturan sağlık sorunlarının dağılımı ayrı ayrı incelendiğinde, ruhsal hastalıklardan, erkeklerde ilk 20 hastalık içinde unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şiddet ve şizofreni; kadınlarda ise sadece unipolar depresif bozukluk yer almaktadır. Ruhsal hastalıklar, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) kavramının, Yaşam Yılı Kaybı (Years of Life Lost - YLL) ile birlikte alt bileşenlerinden biri olan Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları (YLD)'na göre incelendiğinde ilk sırada yer almaktadır. Erkeklerde beş (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, şiddet ve bipolar affektif bozukluk), kadınlarda ise dört psikiyatrik hastalığın (unipolar depresyon olmak üzere, şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve panik bozukluk) cinsiyete göre YLD'ye neden olan ilk 20 neden arasında bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Genel olarak Türkiye de ruhsal hastalık sıklığı açısından şu sonuçlar söylenebilir (Güleç, 2012):

- Toplumda tedaviyi gerektirecek ruhsal bozukluk oranı %20, kesin ruhsal bozukluğu olanlar ise %5-10 dolaylarındadır.
- En yaygın ruhsal bozukluklar; nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklardır.
- Depresif belirti sıklığı yaklaşık %20 dir.
- Toplumun üçte birinde uyku bozukluğu mevcuttur.

- Öğrenciler ve işçilerde de ruhsal bozukluk oranı ciddi miktardadır.

Ruhsal bozukluğu olan bir kişide hastalığı için tedaviye başvurma oranı en çok depresif bozukluklarda görülmektedir. Erişkinlerde en az bir ruhsal sorun nedeniyle başvuru oranı %13,4 iken, çocuk ve ergenlerde bu oran %0,3'tür (Güleç, 2012).

2.2.3. Ruh Sağlığı Sorunlarını Etkileyen Faktörler

- Genetik: Duygulanım bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında risk 2-3 kat daha yüksektir.
- Yaş: Genel olarak yaş arttıkça ruhsal sorunlar da artmaktadır.
- Cinsiyet: Alkolizm, ilaç alışkanlıkları ve kişilik bozuklukları hariç genel olarak ruhsal sorunlar kadınlarda daha fazla görülmektedir.
- Sosyal sınıf: Alkolizm ve ilaç alışkanlıkları haricinde genel olarak ruhsal sorunlar alt sosyoekonomik sınıfta daha sık görülmektedir.
- Etnik durum: Beyazlarda genel olarak daha siktir.
- Medeni durum: Genel olarak evli kişilerde ruhsal hastalıklar daha az görülmektedir.
- Meslek: Mesleğini severek ve isteyerek yapanlarda ruhsal bozukluklar daha az görülmektedir.
- Kişilik tipi ve özellikleri
- Alışkanlıklar
- Beden sağlığı: Genel olarak fiziksel olarak sağlıklı olan bireylerin ruh sağlığı da daha iyidir.
- Stresli yaşam olayları ve kayıplar
- Puerparal etkenler: Düşük yapanlarda depresif belirtiler daha siktir.
- Doğum mevsimi
- Ailesel faktörler: Ailedeki sağlam ve tutarlı ilişkiler ruhsal gelişimi olumlu yönde etkiler.
- Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler (Oğuz ve ark., 2011).

2.2.4. Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Yönuinden Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı bozuklukları, toplumdaki oranın fazla olması, yüksek oranda yeti kaybına neden olması, önemli miktarda işgücü kaybı ve ekonomik yükünün olması, kronikleşmesi ve hasta ile beraber toplumu da etkilemesi sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ruh sağlığını koruma, oluşabilecek hastalıkların topluma getirdiği yükü de önlemede en etkili yöntemdir. Psikiyatrik hastalıkların sağlık, sosyal ve ekonomik yükünü en aza indirmek için; ülkeler ruh sağlığı politikalarını oluştururken, önleme ve iyileştirme faaliyetlerine daha fazla önem vermelidir. Böylece ruh sağlığını iyileştirmekle, kişilerin fiziksel sağlığını artırma ve ekonomik ve sosyal yönden daha iyi bir toplum oluşturulması sağlanabilir (Gültekin, 2010).

Halk sağlığı ve koruyucu hekimlik açısından ruh sağlığının önemini belirleyen maddeleri şu şekilde sayabiliriz (Oğuz ve ark., 2011):

- * Bireyin mental durumu yaşam kalitesini önemli oranda etkiler.
- * Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerde önemli bir oranda tanısı konulmamış ruhsal bozukluk veya madde kullanım bozukluğu mevcuttur.
- * Mevcut birçok fiziksel bozukluk önemli mental bileşenlerle beraberdir.
- * Kişide ortalama yaşam süresi arttıkça kronik ruh sağlığı bozukluğu riski de artar.

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, gençlik, evlilik, gebelik, doğum, orta yaşlılık, yaşlılık gibi hayatın bütün evrelerinde mevcuttur. Ruh sağlığının üç değişik amaca göre uğraşı alanı vardır (Köknel, 1999):

- a) Kişinin içinde yaşadığı çevre ve toplum içinde huzurlu, uyumlu ve başarılı bir şekilde yaşamasını sağlamak
- b) Psikolojik olarak uyumsuzluk, rahatsızlık ve hastalıkların oluşmasını engellemek
- c) Ruhsal bozukluk ve hastalıkların tedavisinde yardımcı olmak

2.2.5. Ruh Sağlığı Sorunlarından Korunma

Ruh sağlığının korunmasında öncelikle kişi kendini tanımalı, sağlığını bozacak faktörleri gidermeye çalışmalıdır. Kişisel düzeydeki önlemlerin yanında sağlık kuruluşlarının da alabileceği önlemler vardır (Oğuz ve ark., 2011).

Psikiyatrik hastalıkları önleme de, halk sağlığındaki “Toplumunu etkileyen temel sağlık problemlerini çözmek için bölgesel, merkezi, ulusal ve uluslararası kaynakların harekete geçirme sürecidir.” görüşü esas alınmış ve bu sorunların önlenmesinde üç aşamalı yapı izlenmiştir (Gültekin, 2010):

- a) Ruhsal sorunların risk ve koruyucu faktörlerinin tanımlanması
- b) Önleme stratejileri geliştirme ve bunları sınıflandırma
- c) Belirlenen önleme stratejilerini toplumun yapısına göre uyarlama ve uygulama

Ruhsal hastalıklardan korunma üç şekilde olabilir (Oğuz ve ark., 2011):

Primer korunma: Ruh sağlığı bozulmadan önce yapılacak çalışmaları kapsar. Bunlar ruh sağlığını bozan faktörleri ortaya çıkararak gidermek ve olumsuz koşulları belirleyerek ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Primer korumada şunlar yapılabilir:

- Yaşam stresi ile baş etme yeteneğinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması
- Ailelerin, çocukların, öğretmenlerin ve toplumda etkinliği olan kişilerin eğitilmesi
- Psikososyal gelişim dönemlerinin ve bu dönemlerin özelliklerinin göz önünde bulundurulması
- Genetik danışmanlık

Sekonder korunma: Ruh sağlığı bozulan bireylerin erken tanı ve tedavilerini kapsar. Bu amaçla psikiyatri birimleri ile birinci basamak sağlık kuruluşlarından faydalanılabilir. Sekonder korunma ilaçla tedaviyi ve hasta birey ile karşılıklı konuşmayı içerir.

Tersiyer korunma: Psikiyatrik bozuklukların tespit edilerek, tedavi edilen hastaların yeniden hastalanmasının önlenmesi ve tekrar topluma sağlıklı bir şekilde kazandırılmasını içeren rehabilitasyon hizmetleridir. Birey ve aileye rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilebilir. Kronik hastalığı olanların takibi, tedavisi ve rehabilite edilmesi sağlanır. Tersiyer korunma, hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlar.

2.2.6. Ruhsal Bozuklukların Ekonomik ve Sosyal Maliyeti

1998’de yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Raporu’na göre, ruhsal bozuklukların bir hafta veya daha uzun sürede sebep olduğu iş gücü kayıpları bedensel hastalıkların sebep olduğu kayıplara göre belirgin bir şekilde yüksektir. Gelişmiş pazar ekonomilerinde ruhsal hastalıklara bağlı dolaylı maliyetler, doğrudan maliyetlerin iki katından altı katına kadar artan bir yük oluşturmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik yükün büyük kısmını dolaylı maliyetler oluşturmaktadır. Ayrıca aileler, hastalıklı aile üyesinin bakımı ile ilgili duygusal yük, ailede bakımı üstlenen kişinin yaşam kalitesinin azalması, sosyal dışlanma ve damgalanma gibi sosyal maliyetler de ödemektedir (Oğuz ve ark., 2011).

Amerika Birleşik Devletleri’nde psikiyatrik hastalıkların getirdiği ekonomik yük kanser, akciğer hastalıkları ve AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) gibi hastalıklardan daha fazladır. Özellikle üretim kaybına sebebiyet vermekle beraber, gerekli tanı ve tedavinin yapılamaması tedavisiz geçen süreyi artırmakta ve yeti yitimine neden olarak dolaylı yoldan da ekonomik ve sosyal kayıplara sebep olmaktadır. Ruhsal sorunlar aynı zamanda toplumda üretim azlığı, işgücü kaybı, toplum güvenliği ve suç oranında artma, aileye ve bakıcılara etki, erken ölümlere sebep olma ve damgalanma gibi olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır (Gültekin, 2010).

2.2.7. Temel Sağlık Hizmetleri Kapsamında (TSH) Ruh Sağlığının Yeri ve Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %15’inde asıl sorunun mental ve emosyonel olduğu, tıbbi bir hastalığı olan bireylerin de %30-65’inde önemli ve tedavi müdahale gerektirecek psikiyatrik semptomlar olduğu bilinmektedir.

Birincil ruhsal bozuklukların %37,3’ünün tanısı ruh sağlığı uzmanı olmayan hekimler tarafından konulmaktadır. Bu oranın %90’ını da temel sağlık hizmeti veren hekimler oluşturmaktadır. Bundan dolayı, temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların büyük bir kısmında ruhsal sorunlar olması ve hastaların çoğunun ruh sağlığı uzmanına ulaşamaması temel sağlık hizmetleri düzeyinde verilen ruh sağlığı hizmetlerinin önemini artırmaktadır (Oğuz ve ark., 2011).

2.2.8. Gençlerde Ruh Sağlığı Sorunları ve Önemi

Gençlik dönemi gelişimsel birçok kazanımların meydana geldiği, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinden farklı kendine özgü hassas bir zaman dilimidir. Bu dönemde birey fiziksel ve vücut görüntüsü olarak kendine has değişiklikleri sahiplenmek, anne ve babadan ayrı kişilik yapısını geliştirmek, ortaya çıkan cinsel ve saldırgan duyguların kontrolüyle beraber cinsel kimliğini kazanmak ve yaşlılarıyla uygun sosyal ilişkilerini geliştirmek gibi durumların üstesinden gelebilmelidir. Bu görevleri uygun bir şekilde yerine getirip süreci tamamlamak ergenlikte ruhsal bozukluklar açısından daha hassas bir yapı oluşturmaktadır (Öztop, 2012).

Genel olarak ergenlik dönemini tamamen sorunlu bir dönemmiş gibi gören kalıp yargının aksine çoğu ergen sıkıntılı bir süreç yaşamadan, göreceli olarak sorunsuz bir şekilde yetişkinliğe adım atar. Buna rağmen bazı gençler ise hem kendi yaşamlarını hem de çevrelerindeki insanların yaşamlarını olumsuz bir şekilde etkileyecek psikolojik ve davranış bozukluklarına sahip olabilirler. Madde kötüye kullanımı, depresyon, intihar, suç ve suçluluk gibi birçok psikososyal sorunlar çoğu genci etkilemekte olup dolaylı yoldan da toplumdaki bütün insanları etkilemektedir (Steinberg, 2007). Bununla beraber Erikson'un da ileri sürdüğü, genel olarak kabul edilen görüşe göre ise, ergenlikte bazı sorun, çatışma ve krizlerin görülmesi normal bir durumdur ve normatif kriz olarak isimlendirilir (Canat ve ark., 2009).

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sebepleri arasında biyolojik etkenlerin daha önemli bir yer tuttuğu anlaşılmış olmasına rağmen, bireyin gençlik döneminde sahip olduğu içsel problemler ve çevresel faktörler de ruh sağlığının bozulmasında önemli bir yere sahiptir. Bu dönemdeki ruhsal bozuklukların bir kısmı çocukluk döneminde meydana gelip gençlikte de devam ediyor iken önemli bir bölümünün de başlangıcı bu döneme dayanmaktadır. Her ne kadar kesin sebebi bilinemiyor olsa da ergenlik döneminde ruh sağlığı sorunlarının arttığı, fakat hastalık türü olarak ise yetişkinlik dönemi ile benzer olduğu söylenebilir. Gençlere psikiyatrik bozukluk tanısını koyarken sadece ergenin söylemlerine göre hareket edildiği vakit daha sık tanı konulduğu halde ailenin ve öğretmenin görüşü alınıp, klinisyenin görüşü de buna eklendiği zaman bu oran ciddi bir miktarda düşmektedir (Çetin ve ark., 2004).

Gençlik dönemindeki morbidite ve mortalite nedenleri zamanla değişiklik göstermektedir. Günümüzde genel olarak psikososyal sorunlar ve önlenebilir kişisel

sebepler daha ön planda iken, otuz yıl öncesinde doğal nedenlerin en önemli hastalık ve ölüm sebebi olduğu ifade edilebilir. Bugün en önemli sebepler arasında madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, intihar ve cinayet sayılabilir. Bundan dolayı gençlerin nasıl bir sosyal çevrede yaşadıkları, bu çevrenin hangi risklere sebebiyet verdiği, okul dışında hangi sosyal olanakların sağlandığı, toplumun ergene ne tür sosyal destek sağladığı ve gençlere verilen eğitimin niteliği, ergenin kimlik gelişiminde ve sorunların çözümünde büyük önem taşımaktadır (Çetin ve ark., 2004).

Genel olarak çocuklarda ve gençlerde görülen ruhsal sorunların olumsuz etkilerinin bu dönemlere özgü olmayıp yetişkinlik çağını da etkilediği ifade edilebilir. Ruhsal bir hastalığı olup birinci basamak sağlık kurumlarına müracaat eden çocuk ve gençlerin sadece %10-22 arasının tanı alıyor olması, bu dönemdeki bireylere yeterince ruh sağlığı hizmetlerinin verilmediğini göstermektedir (Durukan ve ark., 2011). Bu sorunların tanısının konulup, tedavisinin yapılıp ve korunma yollarına yönelik önlemlerin alınmasının, sonraki dönemlerde de işlevselliğin sağlanması ve problemlerin tekrarlanmasının engellenmesi yönünden önemli olduğu söylenebilir. Buna göre, psikolojik olarak sağlıklı kişiler yetiştirmenin toplum sağlığı yönünden çok önem arz ettiği ve çocuk ve gençler için uygun ruh sağlığı politikalarının geliştirilip, uygulanmasının gerektiği söylenebilir (Dursun ve ark., 2010).

Gençlik döneminde ruh sağlığı bozukluklarının oranı ciddi bir şekilde artmasına rağmen, bunların önemli bir kısmı psikiyatrik yardım alamamaktadır. Bu dönemde genel olarak en sık izlenen ruhsal sorunlar depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı, alkol kullanımı, davranım bozukluğu ve yeme bozukluklarıdır. Çocuklukta başlayan sorunlar erkeklerde, ergenlikte başlayan ruhsal problemler ise kızlarda daha sık izlenmektedir. Gençlik döneminde kızlarda anksiyete, depresyon ve anne, baba, arkadaşlar gibi yaşadığı sosyal çevre ile ilgili sorunlar daha çok gözükmekte iken; erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu, hiperaktivite, şiddet içerikli davranışlar ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar daha sık izlenmektedir (Öztop, 2012; Çetin ve ark., 2004).

Ergenlik dönemindeki pek çok soruna uygulanabilecek genel ilkeleri belirlemek bu sorunlarla başa çıkma açısından da önemlidir.

Öncelikle, belirli bir zaman diliminde ortaya çıkan denemelerle, kalıcı sorun ve davranışlar ayırt edilmelidir. Çoğunlukla tehlikesiz ve bazen yapılan davranışlar kalıcı ve tehlikeli davranışlardan sayıca daha fazladır. Örneğin, birçok genç lise çağında

alkollü içki kullanmakta ve bunun sonucunda da en az bir kez sarhoş olmaktadır. Ancak bunların arasında çok az genç alkol kullanma sorunu yaşayacak ve bu durum çok az bir kısmında kişisel ve toplumsal problemlere sebebiyet verecektir. Buna göre bireyin kimliğini ve sosyal ilişkilerini keşfetmeye çalıştığı ve bağımsız hareket etmek istediği bu dönemde kimi zaman bazı risklere girilmesi olağandır. Genel olarak risk almaktan çekinen ergenlerle arada bir riskli davranışlarda bulunan ergenlerin yaşam kalitesi büyük oranda benzemektedir (Steinberg, 2007).

İkincisi, başlangıçlı ergenlik dönemine dayanan sorunlarla, kökeni önceki gelişim dönemlerine dayanan sorunlar birbirlerinden ayırt edilmelidir. Gençlik döneminde suç işlemeye meyilli ve bu durumu ergenlik dönemiyle ilişkilendirilen çoğu gencin, gerçekte önceki dönemlerde de aile içinde, okulda ve sosyal hayatta problemler yaşadığı ve bu problemlerin başlangıcının önceki gelişim dönemlerine dayandığı bilinmektedir. Kısaca, herhangi bir psikososyal sorunun ergenlik döneminde görülmesi o sorunun bu dönemde başladığı anlamına gelmemektedir (Steinberg, 2007).

Üçüncüsü, gençlik döneminde meydana gelen bazı ruhsal bozukluklar geçici niteliktedir. İlaç ve alkol kötüye kullanımı, işsizlik ve ergen suçluluğu gibi sorunlar yetişkinlik döneminde gençlik dönemine göre daha az görülmektedir. Bu sorunlarla mücadele edip, yetişkinliğinde uyumlu hale gelen gençlerin oranı da nispeten yüksektir. Bu kötü davranışları yetişkinlik dönemine sarkan gençlerin çoğu çocukluğunda da sorunlar yaşamıştır. Ancak gençlikteki problemlerin bir kısmının yetişkinlikte kaybolması onların önemsiz olmadığı anlamına gelmemelidir (Steinberg, 2007).

Sonuç olarak açıkça ifade edilebilir ki gençlikte görülen sorun ve davranışlar, genellikle bu dönemdeki normatif değişikliklerin doğrudan bir sonucu değildir. Karşıt ve sorunlu davranışların sebebinin tamamen hormonal değişikliklere bağlayan görüşlerin bilimsel bir dayanağı bulunmamaktadır. Gençlikteki hormonal değişiklikler davranışları orta düzeyde etkilemektedir. Ancak meydana gelen psikolojik ve sosyal sorunlar, gencin hayatında bir şeylerin doğru gitmediği ve ona göre koruyucu ve tedavi edici önlemler alınması gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır (Steinberg, 2007).

2.3. Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü veya üzüntüyle beraber bunaltılı bir duygudurumla birlikte, düşünce, konuşma, psikomotor ve bedensel işlevlerde yavaşlama ve

durgunlaşma olan; değersizlik, aşağılanma, güçsüzlük, isteksizlik ve karamsarlık gibi duygularla karakterize ruhsal bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Klinik depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren tıbbi bir durumdur. Bu durumda, kişinin bulunduğu duygusal durum, düşünce ve davranışlarının değişmesinin yanında beden sağlığı da etkilenir (Köroğlu, 2013).

Duygusal durumla ilgili, bellek ve düşünmeyle ilgili (bilişsel) değişiklikler, ayrıca davranışsal ve bedensel değişiklikler oluşturan, önemli bir psikiyatrik hastalık olan depresyon, dünyada en sık görülen tıbbi hastalıklardan biridir. Ancak depresif hastaların çoğu uygun tanı ve tedaviyle eski sağlığına kavuşabilmektedir (Köroğlu, 2013).

Depresyon, yüzyıllardır bir sağlık sorunu olarak ele alınmamış, ruhsal bir zayıflık olarak değerlendirilmiştir. Belirli araştırmalar neticesinde hekimler artık depresyonu tıbbi bir hastalık olarak, genellikle psikolojik ve toplumsal gerilimlerden kaynaklanan, biyolojik bir temeli olan hastalık olarak tanımlamaktadır. Depresyonu olan bireyde, duygusal etkilenmenin yanı sıra uyku düzeni, yemek yeme biçimi ve cinsel istek gibi bazı özellikler de olumsuz etkilenir. Daha olumsuz ve karamsar düşünceler açığa çıkarken, kişinin benlik değeri düşer (Köroğlu, 2013).

Depresyon, kendi başına ortaya çıkabileceği gibi ilaç kullanımına bağlı, doğum sonrası, alkole bağlı, iş değişikliğine bağlı, sevilen birinin kaybedilmesine bağlı ve katlanılması zor başka bir olaya tepki olarak ortaya çıkabilir. Depresif hal, herkesin yaşayabileceği, gelip geçici olumsuz bir durumdan ya da hüzünden çok kişinin ileri derecede çökkün olduğu uzun süreli bir dönemi anlatır. Ortaya çıkan üzüntü, keder, acı ya da çökkünlüğe gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, suçluluk ve çaresizlik gibi duygular eklenir ve bireyin günlük işlevselliğini ciddi oranda bozar (Köroğlu, 2013).

En bilinen şekliyle depresif bozukluk, şu özelliklerle karakterizedir (Mayo Clinic, 2004):

- 1) Çoğunlukla daha uzun sürse de en az iki hafta boyunca sürer.
- 2) Duygudurum, davranış, düşünme ve görünümle ilgili özel bulgularla kendini gösterir.
- 3) Gündelik yaşam aktivitelerini bozar.
- 4) Tıbbi ve psikolojik tedavi gerektirir.

2.3.1. Epidemiyoloji

Depresyon, kişinin yaşına, işine, gelir düzeyine, cinsiyetine, oturduğu yere, hangi ulustan ya da dinden olduğuna bakmaksızın her yerde ortaya çıkabilir. Genel olarak kadınlarda, erkeklerden iki kat daha sık görülür (Köroğlu, 2013).

Major depresyonun genel toplumda yaşam boyu prevalansı kadınlarda %10-20, erkeklerde ise %5-12 dolaylarındadır. Başka bir depresyon çeşidi olan distimik bozukluk ise ortalama %6 oranında görülür. Major depresyonda hastaların %50'si 20-50 yaşları arasındadır (Ertan, 2008).

Depresyon hastalarının yaklaşık yarısında ilk depresyon dönemi 40 yaşından önce görülür. Ancak çocukluk, ergenlik veya yaşlılık dönemlerinden birinde ortaya çıkabilir. Evlilerde, bekar, boşanmış veya ayrı yaşayanlara göre daha az gözükür (Köroğlu, 2013).

Depresyon, toplumda oldukça sık gözükken bir hastalık olduğundan dolayı, bu hastalığın ruh sağlığı alanının “soğuk algınlığı” gibi olduğu düşünülür. Ortalama olarak, her on erkekten biri ve her beş kadından biri hayatının bir döneminde klinik depresyon geçirir. Toplumun yaklaşık %5'inde (kadınların %6,4'ünde, erkeklerin %3,2'sinde) herhangi bir zamanda, major depresyon vardır. Depresyon, eksinlik (maluliyet) ve erken ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır ve giderek de sıklığı artmaktadır; 2020 yılında kalp hastalıklarından sonra en önemli sağlık sorunu olacağı tahmin edilmektedir. Hal böyle iken, çoğu kişide depresyon tanı ve tedavisi yeterli düzeyde yapılamamakla birlikte, çoğu hekim de bu hastalığın tanısını koymakta isteksiz davranmaktadır (Köroğlu, 2013).

Depresyon, küresel hastalık yüküne neden olan ilk 10 hastalık arasında dördüncü sıradadır. Depresyon intihar ile de ilişkili olup; eğer intihar olguları da hesaba katılırsa depresyonun sebep olduğu yük daha da fazla olacaktır (WHO, 2001).

Depresyon, dünyada sık görülen ve görülme oranı da artan bir hastalıktır. On ülkede (Brezilya, Kanada, Şili, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Japonya, Meksika, Hollanda, Türkiye ve A.B.D.) yaşayan yetişkinlerde yapılan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlığı, Japonya'da %3-17, A.B.D.'de %8-12 arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka çalışmalarda ise major depresyonun bir yıllık prevalans hızı %6,5, yaşam boyu görülme sıklığı ise %16,5 bulunmuştur. Kronik bir hastalığı olanlarda ise bu oran %25 olarak bulunmuştur (Williams ve Nieuwsma, 2016).

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre, ulusal düzeyde hastalık yüğü (DALY) kavramının alt bileşenlerinden biri olan Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları'nın (YLD) sebepleri incelendiğinde; erkeklerde unipolar depresif bozukluklar %6,4 ile osteoartritten sonra ikinci, kadınlarda ise %10,7 ile ilk sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ruhsal hastalıkların yaygınlığını gösteren ve Türkiye nüfusunu temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre, ağrı bozukluğu dışında en sık rastlanan psikiyatrik hastalık major depresyondur (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1998).

2.3.2. Etiyoloji

Depresyonun oluşmasını etkileyen bazı risk faktörleri olsa da, bazı bireylerde herhangi bir sebep yokken de depresyon meydana gelebilir. Hastaların büyük bölümünde tek bir etkenden çok birden fazla etken rol oynar. Depresyona sebep olan faktörler şu şekilde sıralanabilir (Köroğlu, 2013):

- **Aile öyküsü:** Ailede depresyon öyküsünün olması o kişide depresyon geçirme olasılığını artırmaktadır. Bu durum genetik faktörlerle, aile çevresiyle veya her ikisi ile de ilişkili olabilir.
- **Kalıtım:** Depresyonun kalıtsal bir yönü varsa da bunun birden çok genden olduğu düşünülmektedir.
- **Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon ortaya çıkma olasılığı artar.
- **Cinsiyet:** Genel olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha siktir; 55 yaşından büyüklerde erkeklerde daha siktir.
- **Toplumsal kesim:** Yoksul ve işsizlerde daha sık görülür.
- **Evlilik durumu:** Boşanmış kişilerde evlilere göre daha sık görülür.
- **Stres:** Son zamanlarda bir stres olayı (yitim, başarısızlık) yaşayanlarda daha siktir.
- **Önemli yaşam olayları:** Ergenliğe girme, emekli olma veya kaza geçirme gibi durumlar depresyon riskini artırabilir.
- **İş stresi:** İşyerinde yaşanan stresli olaylar depresyon olasılığını artırabilir.
- **Alkol ya da ilaç bağımlılığı:** Alkol bağımlılarının yaklaşık üçte birinde depresyon belirtileri görülmektedir.

- Ayrılma, boşanma ya da ölüme bağlı olarak anne veya babadan birinin veya her ikisinin yitimi
- Aile içinde süregelen bir şiddet uygulayan birinin varlığı
- Cinsel, duygusal ya da bedensel çocuk istismarı
- Bazı ilaçların yan etkisi olarak depresyon görülebilir.
- Akut ya da kronik hastalıklar
- **Kişilik özellikleri:** Benlik saygısı düşük olanlar, aşırı özeleştiriciler, kolay üzülenler ve karamsar olanlar depresyona daha yatkındır.
- Diğer bir ruhsal hastalık varlığı
- **Toplumdan uzaklaşma:** Tek başına yaşayanlarda depresyon daha sık görülür.

2.3.3. Klinik Belirtiler

Genel olarak depresyondaki kişi kendini, üzgün, kederli, hüznü, neşesiz, canı sıkın, morali bozuk, mutsuz, acınacak halde, perişan, zavallı, dertli, çaresiz, boşluktaymiş gibi, sinirli ve düş kırıklığına uğramış gibi hisseder (Köroğlu, 2013).

Depresyon, kişide çeşitli değişikliklerle ortaya çıkabilir. Çoğu kez yakınları hastadan önce belirtileri fark eder. Bu hastalığın önde gelen belirtisi çökkün duygusal durumdur. Bu dönemde kişinin benlik saygısı ve özgüveni düşerken, kendini çaresiz, üzgün, umutsuz hisseder ve çoğu zaman kendini ağlarken bulur. Tüm olayların sorumlusunu kendisi olarak görür, değersiz ve suçluluk duyguları ağır basar. Kişide gerginlik ve huzursuzluk meydana gelirken, hayattan zevk alamama ve sıkıntı hissi oluşur (Köroğlu, 2013).

Depresyon belleği ve düşünce sürecini etkileyerek konsantrasyon gücüne sebep olabilir. Bu bireylerde karar vermede zorluk oluşurken bir şeyleri yapmak oldukça güç olur (Mayo Clinic, 2004).

Davranış olarak da depresyonda çeşitli değişiklikler meydana gelebilir. Normalde bakımlı, özenli birisinde, dış görünüşünde ve bazı davranışlarında düzensizlikler oluşabilir. Bazı konularda ihmalkar davranmakla beraber sık sık evde kendi başında kalmayı tercih eder. Çoğu zaman ailesi ve çevresiyle çatışmalar yaşar. Bireyde uyku ve yemek düzeni bozulur. Uyuyamama ya da saatlerce yataktan çıkamama ve iştah azalması sonucu kilo verme veya fazla yeme ile kilo alma

görülebilmektedir. Depresiflerde enerji kaybı görülür; genelde yorgun ve tükenmiş haldedirler. Tıbbi incelemelerle sebebi bulunamayan baş ağrısı, sırt ağrısı ve karın ağrısı gibi yakınmaları olabilir (Mayo Clinic, 2004).

Genel olarak depresyonun belirtileri,

- Eskiden beri yaptığı etkinlikleri yapmada zorluk çekme
 - Geleceğe yönelik umutsuzluk
 - Karar vermede zorluk
 - Kendini değersiz ve suçlu hissetme
 - Geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamama
 - Haftalar boyu üzüntülü hissetme
 - Kendini duygusuz ve boş hissetme
 - Belirli bir konuya odaklanmada zorluk çekme, düşüncelerini toparlayamama, muhakeme ve karar vermede zorluk çekme
 - Uyumada güçlük
 - İçsel güç ve istek yitimi
 - İştah ve yeme alışkanlıklarında genellikle azalma olurken bazen de iştahta artış
 - Huzursuzluk, sinirlilik ve gerginlik
 - Ölüm ve intihar düşünceleri
 - Vücutta sık görülen ağrılar, sızılar ve sindirim problemleri
 - Aileden ve arkadaşlardan uzaklaşma
 - Olağandışı düşünceler ve yaşantılar
 - Yapılan etkinlikler ve yaşantıda değişiklikler
 - Cinsel istekte azalma
 - Unutkanlık
 - Yapılan işlerde kendini başarısız hissetme, kendini eleştirme
 - Başkalarına yük olduğunu düşünme
- şeklinde sıralanabilir (Ertuğrul, 2013).

2.3.4. Sınıflandırma

Dünyada en fazla kabul edilen sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'dir. 2013 yılında en son yayınlanan DSM-5'e (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) göre depresyon bozuklukları,

- Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
- Yeğın (Major) Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

şeklinde sıralanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

En sık görülen depresyon çeşidi olan Yeğın (Major) Depresyon Bozukluğu'nun tanı ölçütleri DSM-5'e göre şu şekildedir:

Yeğın (Major) Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri (DSM-5)

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değışiklik olmuştur, bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayan

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (Örn. ağlamaklı görünür) (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir.).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (Öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır)
4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (Enerji düşüklüğü)
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (Sanrısız olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (Öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (Örn. yas, batıklık [Parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A Tanı Ölçütü'nde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun

bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar alımında, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışa vurumunun değerlendirilmesi gerekir.

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

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

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

2.3.5. Tedavi

Tedavide dikkat edilmesi gereken hususlar, hastanın güvenliğinin sağlanması, tam bir tanısal değerlendirme yapılması ve tedavi planı hastanın yalnız acil belirtileri için değil, hastalığın ileriye dönük iyiliğini de kapsamalıdır. Tedavi farmakoterapi, psikoterapi ve hastanın yaşamındaki zorlayıcı etmenlerin sayısını ve şiddetini azaltmak şeklindedir. Ayrıca tedavi süregelen olup, hasta ve ailesi gelecekteki tedavi stratejileri hakkında bilgilendirilmelidir. Hastanın belirtilerinde hızlı ilerleme öyküsü varlığı hastaneye yatış endikasyonu gerektirir. Klinisyen hastayı sık sık ziyaret ederse ve belirtiler hafifse, ayaktan güvenli bir şekilde tedavi edilebilir (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.3.5.1. Psikososyal Terapiler

Psikoterapi ve farmakoterapinin birlikte kullanımının depresyonda en etkili tedavi olduğu birçok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen, bazı veriler farklı bir bakış açısı öne sürmektedir. Genel olarak hafif major depresif atakta ya da farmakoterapinin ya da psikoterapinin tek başına etkin olduğu kabul edilir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Bilişsel Terapi

Aaron Beck tarafından geliştirilen bilişsel terapi major depresif bozuklukta olduğu ileri sürülen bilişsel çarpıtmalar üzerinde odaklaşır. Bu tedavi şeklinin amacı, depresif atakları yatıştırmak ve hastanın mevcut olumsuz bilişlerini tanımlaması ve test etmesine yardım ederek tekrarlamasını önlemek; alternatif, esnek ve olumlu düşünme biçimlerini geliştirmek ve yeni bilişsel ve davranışsal yanıtları hastaya denetmektir. Çoğu çalışmada bilişsel terapinin farmakoterapi ile eşit etkide olduğu bulunmuş ve yan etkilerinin daha az olduğu ve hastanın daha iyi izlendiği gösterilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kişiler Arası (İnterpersonal) Terapi

Gerald Klerman tarafından geliştirilen bu tedavi yöntemi iki varsayımı kullanarak, hastanın şu andaki bir ya da iki kişiler arası problemine odaklanır. Birincisi, şu anki kişiler arası problemler olasılıkla köklerini erken yaştaki iyi işlemeyen ilişkilerden almaktadır. İkincisi, bu problemler olasılıkla şu anki depresif belirtileri ortaya çıkartmakta ve sürekli hal kazanmaktadır. Genel olarak şiddetli depresyonda kişiler arası terapinin etkinliği daha azdır; bu terapi ortalama 12-14 haftalık oturumlardan oluşur. Girişimcilik eksikliği, sosyal becerilerde bozulma ve çarpıtılmış düşünce gibi göze çarpan davranışlarla sadece anlamları ve kişiler arası ilişkilere etkileri bağlamında çalışılabilir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Davranış Terapisi

Davranış terapisi, kötü uyuma neden olan davranış kalıplarının kişinin toplumdan çok az olumlu geri bildirim almasıyla, hatta tamamen red edilmesiyle sonuçlandığı varsayımına dayanır. Kötü uyuma sebep olan davranışları terapide ele almakla hastalar, olumlu pekiştirme alacakları bir yolla dünyada işlev görmeyi öğrenirler (Kaplan ve Sadock, 2004).

Psikoanalitik Yönelimli Terapi

Bu tedavi yönteminde amaç sadece basitçe belirtileri yatıştırmak değil, aynı zamanda hastanın kişilik yapısında ya da karakterinde bir değişikliğe yol açmaktır. Kişiler arası güven, yakınlık duymayı sağlama, zorluklarla başa çıkma yöntemlerini

geliştirme, yas tutma kapasitesinin düzeltilmesi bu terapinin başlıca amaçlarıdır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Aile Terapisi

Bu terapi major depresif bozuklukta birincil terapi değildir. Eğer duygudurum bozukluğu hastanın evliliğini ve aile ilişkilerini etkiliyorsa veya hastalık aile durumuyla alevleniyorsa aile terapisi gereklidir. Aile terapisi, hastanın belirtilerinin sürmesinde ailenin rolünü inceler (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.3.5.2. Farmakoterapi

Antidepresan ilaçlar, çok etkili bir tedavi yöntemi olmasından ve yeni geliştirilen ilaçların yan etkilerinin azlığından dolayı, çoğu zaman depresyon tedavisinde ilk tercihtirler. Antidepresanlar, nörotransmitterler olarak adlandırılan beyin kimyasalları üzerine etkilidirler. Her ilaç, her hastaya aynı oranda etki etmeyebilir. Bazen ilaçları kombine olarak kullanmak gerekmektedir. Antidepresan ilaçlar, nörotransmitter geri alımını azaltarak, nörotransmitterlerin üzerinde etkidiği reseptörlerin kullanılmasını önleyerek veya nörotransmitterleri yıkan monoamin oksidaz enzimlerini yıkarak etki gösterirler (Köroğlu, 2013).

Genel olarak antidepresanların tedavi edici etkilerinin ortaya çıkması üç dört haftayı almaktadır. Tedavi sonrası hastada öncelikle uyku ve iştah şikayetleri düzelir. Sonra ajitasyon, anksiyete, depresif ataklar, enerji azlığı ve yoğunlaşma güçlüğünde iyileşme beklenir. İlaç seçiminde temel olarak hastanın daha önce kullanıp fayda sağladığı ilaç tercih edilir ya da yan etkilere göre seçim yapılır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Antidepresan tedavinin başarısız olmasındaki temel sebep, ilaçların çok kısa süre ve çok düşük dozda kullanılmasıdır. Yan etkileri de dikkate alınarak yüksek dozda başlanmalı ve en az dört hafta aynı dozda verilmelidir. İlaç kesileceği zaman ilacın yarı ömrüne bağlı olarak doz bir iki haftada bir olarak kademeli olarak azaltılmalıdır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Farmakoterapötik tedaviyle depresyondaki bir hastanın bir ay içinde düzelmeye olasılığı yaklaşık iki kat artar. Tedavideki amaç, depresif belirtilerin düzelmesini sağlamakla beraber iş yaşamındaki ve toplumsal işlevselliğin yeniden sağlanmasıdır.

Tedavi devam ederken hastaya ve hasta yakınlarına remisyona, rölaps ve rekürrens hakkında bilgi verilmelidir. Bu şekilde, hasta ve yakınlarının hastalığın öncü belirtileri konusunda uyanık olmaları ve hastalığın tekrarlamasının önlenmesi sağlanmalıdır. Depresyon tedavisinin akut evresi belirti ve bulguların kaybolması ile sonuçlanır ki bu da yaklaşık 2-4 ay kadar sürer. Akut evre tedavi edildikten sonra bir sonraki aşama olan sürdürme tedavisine başlanır ve burada amaç hastalığın depresmesini önlemektir; bu tedavi de yaklaşık 6-12 ay sürer. Bu dönem hastanın ilk depresyon dönemi ise sürdürme tedavisi sonunda ilaç azaltılarak kesilir. Eğer depresyonun tekrarı söz konusu ise ve son üç yılda iki ya da daha fazla depresyon dönemi geçirilmişse, kişinin koruma tedavisine alınması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda koruma tedavisi uygulananlarda tekrarlama olasılığı %20-25'lerde iken, plasebo ile tedavi edilenlerde bu oran %80-100'ler dolayındadır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Gelişmiş toplumlarda genel olarak depresyon tedavisinde ilk akla gelen seçenek antidepressan ilaçlardır. Yirminci yüzyılın ilk yarısından beri kullanılan trisiklik antidepressanların yerini günümüzde daha çok serotonin geri alım engelleyicileri almıştır. Daha yakın zamanda da yeni kuşak antidepressanlar (örn. venlafaksin, mirtazapin, reboksetin) kullanılmaya başlanmıştır (Karabekiroğlu, 2009).

Serotonin Geri Alım Engelleyicileri (SSRI)

Bu tür antidepressanlar nörotransmitterlerden serotonin geri alımını inhibe ederler. Bu ilaçlar neredeyse sadece serotonin nörotransmitteri üzerine etkili olup diğer nörotransmitterlere çok az etkilidirler. Bilinen SSRI ilaçları şunlardır (Mayo Clinic, 2004):

- Sitalopram (Cipram)
- Essitalopram (Cipralext)
- Fluvoksamin (Faverin)
- Fluoksatin (Prozac)
- Paroksetin (Paxil)
- Sertralin (Lustral)

Bu ilaçlar, mide barsak problemleri ve cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açabilirler. Çok nadir görülen, hayati tehlike oluşturan ve genellikle başka bir

antidepresanla beraber kullanıldığında meydana gelebilen yan etkilerinden bir tanesi de Serotonin Sendromu'dur (Mayo Clinic, 2004).

Trisiklik Antidepresanlar

Bu grup depresyon ilaçları, serotonin ve noradrenalin gerialımını inhibe ederler ve belirli reseptörleri engellerler. Bu gruptan sayılabilen ilaçlar şunlardır (Mayo Clinic, 2004):

- Amitriptilin (Laroxyl)
- Dezipramin (Ülkemizde yok)
- İmipramin (Ülkemizde yok)
- Nortriptilin (Ülkemizde yok)
- Protriptilin (Ülkemizde yok)
- Trimipramin (Ülkemizde yok)
- Klomipramin (Anafranil)

Trisiklik antidepresanlar 1950'lerden beri kullanılmaktadırlar. Yan etkilerinden dolayı ülkemizde daha çok diğer antidepresanların etkili olmadığı durumlarda kullanılmaktadırlar. En sık görülen yan etkileri ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, uyku hali, sersemlik, kilo alımı, kabızlık ve idrar yapma güçlüğüdür (Mayo Clinic, 2004).

Karışık Geri Alım Engelleyicileri

Bu grup antidepresanlar serotonin geri alım engelleyicilerinden farklı olarak yalnız serotonin değil, başka nörotransmitter geri alımını da engellerler. Bu ilaçlar şunlardır (Koroğlu, 2013):

- Venlafaksin (Efexor): Serotonin-Noradrenalin geri alım inhibitörü
- Bupropion (Wellbutrin): Noradrenalin-Dopamin geri alım inhibitörü

Reseptör Blokerleri

Reseptör blokeri olan mirtazapin, nörotransmitter geri alımı yerine nörotransmitterlerin belirli sinir hücrelerinin reseptörlerine bağlanmasını engeller (Koroğlu, 2013).

Geri Alım Engelleyicileri ve Reseptör Blokerleri

Bu ilaçlar beyin hücreleri üzerine nörotransmitter geri alımını ve sinir hücresi reseptörlerini engelleyerek etki gösterirler. Bu ilaçlara örnek olarak **trazodon** ve **maprotilin** verilebilir (Köroğlu, 2013).

Enzim Engelleyicileri

Monoamin oksidaz engelleyicileri (MAOI) norepinefrin ve serotonin yıkımına sebep olan hücre içindeki monoamin oksidaz enziminin çalışmasını bloke ederek nörotransmitterlerin sinaptik aralıkta daha uzun süre etkili olmasını sağlamaktadır. Bu ilaçlar **fenelzin** ve **tranilsipromin** olup ülkemizde bulunmamaktadır. Yan etkilerinin çok fazla olmasından dolayı ancak diğer ilaçlarla başarılı olunamayan hastalarda kullanılmaktadırlar (Mayo Clinic, 2004).

Ek Tedaviler

Depresyonun tipine göre ve depresyonla beraber başka bir tıbbi durum varsa antidepresan dışında başka bir ilaç da eklenebilir.

Duygudurum Stabilize Edici İlaçlar: Lityum, antikonvülzan ilaçlar

Anksiyete Giderici İlaçlar: Alprazolam, klordiazepoksit, klonazepam

Antipsikotik Tedavi: Haloperidol, olanzapin, ketiapin

Elektro-Konvülsif Tedavi

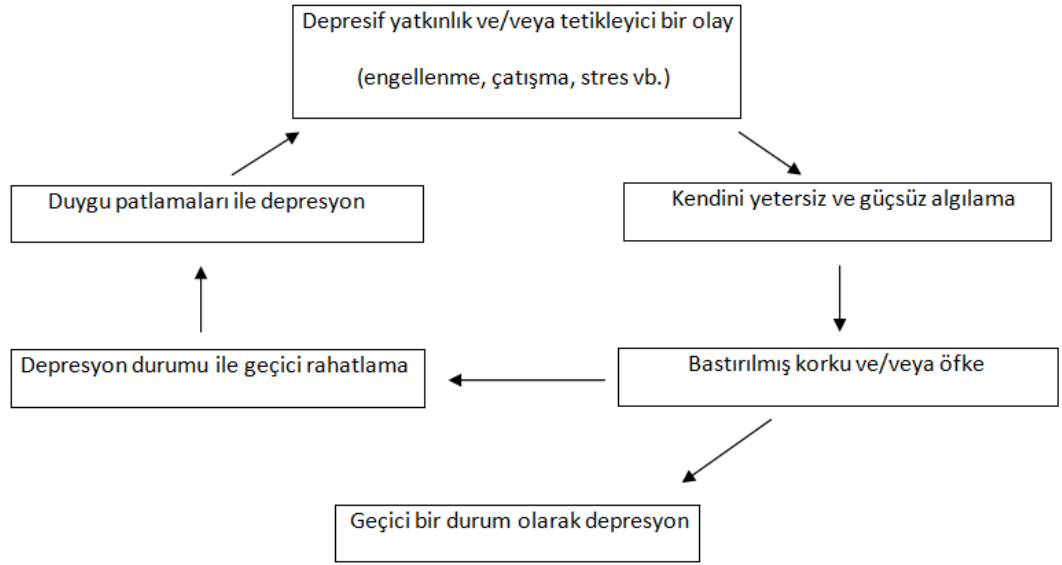
Depresyon hastasında, psikotik özellikler varsa, özellikle intihar olasılığı varsa, ağır bedensel bir yıkım söz konusu ise veya elektro-konvülsif tedaviye daha önce iyi yanıt vermişse kullanılır (Köroğlu, 2012).

2.3.6. Gençlerde Depresyon

Depresif bozukluklar gençlik döneminde sık görülen, genel olarak başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluklarına sebep olan, intihar girişimi ve madde kullanımıyla sonuçlanabilen, genellikle tekrarlayan, erişkinlikte de devam edebilen, bundan dolayıdır ki erken tanı ve tedavinin önemli olduğu ciddi ruh sağlığı sorunlarıdır (Ağaoğlu, 2008).

Gençlerde depresyon biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleriyle etkileşmesi neticesinde meydana gelir. Biyolojik olarak serotonin ve noradrenalinin işlevlerindeki azalma sonucu depresyon oluşur. Psikososyal risk faktörleri arasında ise ebeveyn depresyonu, olumsuz akran ilişkileri, erken yaşta ebeveyn kaybı, aile içi çatışmalar, istismara maruz kalma sayılabilir (Karabekiroğlu, 2009). Çevresel faktörlerden kabul edilen bir diğer açıklama ise öğrenilmiş çaresizliktir. Depresyonun oluşumunda çevreden kaynaklanan, ergenin kaldıramayacağı, üstesinden gelemeyeceği kadar ağır strese maruz kalma ergenlik dönemi depresyonundan sorumlu tutulmaktadır. Çok ağır problemler ile bu problemleri yönlendirmesi veya kolaylaştırması yönünde bir müdahalede bulunamayacağı kadar yüklü olması çaresizlik oluşturur. Bu çaresizlik de öğrenilmiş bir davranış olarak depresif kişilik yapısının oluşumuna neden olur. Ergenlikte yaşanan üst üste gelen stresler, başa çıkma mekanizmasının gelişimine fırsat tanımayan ağır stresler, yetişkinlik yıllarında depresif kişilik yapısının ve depresif duygu durum problemlerinin yaşanmasına sebep olmaktadır (Aydın, 2013).

Gençlerdeki depresyon yetişkinlere benzemekle beraber, depresyona girme ve depresif duygulanım yönünden gençler daha çok risk altındadırlar. Çünkü bu dönemde duyguları sürekli değişkenlik göstermekle beraber yeterli hayat tecrübeleri olmadığından bazı zorluklar ve engellerle karşılaşınca mücadele etmede sorun yaşayabilirler. Bu durum, bireyin kendinde yetersizlik, güçsüzlük hissetmesine sebep olur ve neticede korku duygusunu yaşar. Ortaya çıkan korku ve öfke duygularının bastırılması sonucunda kişi depresif duygulanım yaşar. Bu depresif duygulanım, çeşitli yaşam zorlukları karşısında güçsüzlük ve yetersizlik oluşturarak tekrar öfke ve korku duygusunu yaşatır. Böylece depresyon oluşumu kısır bir döngü şeklinde devam eder. Gençlerde depresif yatkınlıkla beraber depresyonun temelini oluşturan yaşam olayları ve çocukluk döneminin de ruhsal yönden sorunlu geçirilmesi etkilidir. Depresif duygulanım oluşu aşağıda şematize edilmiştir (Aydın, 2013):



Şekil 4. Depresyon Süreci

Depresyonun gençlerdeki belirtileri erişkinlerle benzer olan isteksizlik, umutsuzluk, suçluluk duyguları, sosyal aktivitelere katılımında azalma, cinsel isteksizlik, uyku ve iştah sorunları, değersizlik duyguları, halsizlik, dikkatsizlik, karar verme güçlükleri ve ölüm düşünceleridir. Erişkinlerden farklı olarak ise sinirlilik, ders başarısında düşme, uyku ve iştah artışı, eleştirilere karşı aşırı tepkisellik, alınganlık, internete ve televizyona aşırı bağlanma ve özgüvende belirgin düşüştür. Gençlerde depresyon gün içinde belirgin dalgalanmalar şeklinde olabilir. Özellikle erkeklerde, okuldan ve evden kaçmalar, riskli davranışlarda bulunma, hırsızlık, suça karışma gibi davranım sorunlarıyla beraber olabilir. Depresyonda kısa süreli mutsuzluk, karamsarlıktan farklı olarak en az iki hafta boyunca belirgin belirtiler görülür. Bu süreçte ergenin işlevselliği, aile ve akran ilişkilerinde bozulmalar meydana gelebilir. (Karabekiroğlu, 2009).

Gençlerde depresyonu tetikleyen çeşitli olaylar mevcuttur. Bunlar kız veya erkek arkadaşı tarafından ihanete uğramak, reddedilmek, aile içi çatışma, okulda aşağılanma, akran grubu dışında tutulma, arkadaşının olmaması, bazen de sivilce gibi bir sağlık durumu olabilir (Aydın, 2013).

Türkiye’ de üniversite öğrencilerde yapılan bazı çalışmalara göre depresif belirti gösteren kişi oranı %20,6 ile %35,2 arasında değişmektedir (Binbay ve ark., 2013). Bazı

yurtdışı çalışmalarında gençlerde depresyon oranının %21-56 arasında değiştiği görölmüştür (Ağaoğlu, 2008).

Hafif düzeyde olduğu zaman gençlerde görölen en sık ruhsal rahatsızlık depresyondur. Depresyon, ergenlik öncesi dönemde erkeklerde daha sık görölmürken ergenliğin ilk yıllarından yetişkinliğin sonuna kadar kadınlarda iki kat daha sık görölmür. Kızlarda depresyon riskinin en yüksek olduğu dönem, gençlik dönemidir. Ergenlik dönemindeki toplumsal ilişki değişiklikleri kızları erkeklere göre daha fazla etkilemiş ve bazı stres türlerine daha fazla maruz bırakmış olabilir. Aynı zamanda kızların çaresizlik, kaygı ve umutsuzluk gibi depresif duygulara daha yatkın olduğu söylenebilir. Ayrıca kız ve erkeklerin farklı streslere maruz kalmaları, stresle başa çıkmada farklı davranmaları ve stres düzeyleri de kızlarda depresyonun daha sık görölmesini açıklayabilir (Steinberg, 2007).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırma Grubu

Kesitsel tipteki bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılmıştır. Araştırma evrenini 2015-2016 eğitim-öğretim yılında Samsun İli Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde birinci öğretimde öğrenim gören toplam 32003 öğrenci oluşturmaktadır. Bu öğretim döneminde birinci öğretimde lisans programıyla eğitim veren 16 fakülte, yüksekokul, konservatuar ve ön lisans programıyla eğitim veren 11 meslek yüksekokulu vardır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden kurumsal izin; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan da etik onay alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü Minitab 16 programı kullanılarak, Ondokuz Mayıs Üniversitesi birinci öğretimde öğrenim gören 32003 kişilik evrenden %80 güç ve incelenen değişken yönünden beklenen ortalamanın 11.3, standart sapmanın 8.6 olduğu durumda 0.904 birimlik farkın anlamlı olarak gösterilebilmesi için 711 olarak hesaplandı. Minimum örneklem büyüklüğüne %20'lik kayıp/hata payı eklenerek 853 kişiye ulaşılması amaçlanmıştır. Örneklem hesabı yapılırken Günay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında elde edilen değerler kullanılmıştır. Lisans ve ön lisans programlarında öğrenim gören öğrenciler öğrenim gördüğü programa (lisans/ön lisans) göre tabakalandırıldıktan sonra tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle 11 adet lisans programıyla öğrenim veren fakülte ve yüksekokul, 2 adet ön lisans programıyla öğrenim veren meslek yüksekokulu belirlendi. Belirlenen fakülte ve yüksekokullardaki öğrenciler sayılarına göre ağırlıklandırılarak örnekleme dahil edilecek öğrenci sayısı belirlendi. Birden fazla bölümden oluşan fakülteler ve yüksekokullarda, basit rastgele örneklem yöntemiyle bölümler belirlenerek her bölümde 1-4. sınıflardan rastgele seçilen sınıflardan toplam 870 kişiye ulaşılarak anket formu uygulanıp, değerlendirmeye alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri, 20.11.2015 – 01.01.2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından belirlenen fakülte ve yüksekokullardaki öğretim üyeleri ile görüşülüp, ders saatleri öğrenilerek, ders öncesinde veya sonrasında öğrencilere dağıtılarak uygulandı.

Anket formu,

- Sosyodemografik Veri Formu
- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Uygulama öncesinde öğrencilere anket formlarının içeriği ve nasıl doldurulacağıyla ilgili bilgi verildikten sonra sözlü onamları alınarak gönüllü olanların katılımı sağlandı.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve depresif belirti oluşturabilecek bazı durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından 37 soruluk bilgi formu hazırlandı (EK-1). Anket formunun doldurulduğu zaman düzenli sigara kullananlar “sigara kullanan” olarak; son bir ayda alkol alanlarda “alkol kullanan” olarak değerlendirildi.

3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği, Beck, Rush, Shaw ve Emery (1979) tarafından geliştirilen, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel belirtilerin derecelerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (EK-2). Öz bildirim ölçeği olmasından dolayı toplum taramalarında kolaylıkla uygulanabilmektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007; Eryüksel ve Akün, 2003). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresif belirtilerin derecesini belirlemektir (Hisli, 1989).

Dört seçenekten oluşan her bir madde, depresyona ilişkin davranışsal bir örüntüyü belirlemekte ve 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Bir maddedeki “0” numaralı cümle o maddedeki depresyon belirtisinin yokluğunu ifade etmekte, diğer numaralar ile başlayan cümleler ise o belirtilerin daha da yoğun yaşandığını gösterecek şekilde yazılmıştır (Doğan, 2006). Yirmibir adet kendini değerlendirme cümlesini içeren Beck Depresyon Ölçeği’nin toplam puanı ise 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler depresyonun belirtilerini göstermekte olup, etiyojisine ilişkin bilgi vermemektedir (Hisli, 1989).

Hisli tarafından 1988’de poliklinik hastalarında yapılan uyarılama çalışmasında, kesme (cut-off) puanları incelenmiş, 17 ve üstündeki puanların depresyonu %90’ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebileceği gösterilmiştir (Hisli, 1988). Bu sebeple bu çalışmada, depresyonun varlığı açısından 17 ve üzeri puanlar olası depresyon olarak

adlandırılmıştır. Ayrıca depresif belirti düzeyini gösteren BDÖ puanları da değerlendirilmiştir.

Ölçeğin üniversite öğrencileri üzerinde geçerliği ve güvenilirliği üzerine Batı'da yapılan çalışmalarda güvenilirlik katsayılarının $r = 0,60$ ile $r = 0,87$ arasında değiştiği görülmektedir (Hisli, 1989). Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik, güvenilirliği Hisli ve Tegin tarafından yapılmıştır. Tegin tarafından 1980'de üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test ve test-tekrar test yöntemiyle yapılan çalışmada güvenilirlik katsayıları sırasıyla $r = 0,78$ ve $r = 0,65$ bulunmuştur. Hisli tarafından 1988'de psikiyatrik örnekleme yapılan çalışmada MMPI-D (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression) skalası ile birlikte geçerlik kriteri olarak kullanılmış, iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı $r = 0,63$ olarak bulunmuştur. Yine Hisli'nin 1989'da üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada yarıya bölme ve madde analizi teknikleriyle güvenilirliği incelenmiş, tek ve çift maddelerinden oluşan iki yarım test korelasyonu $r = 0,74$, iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) $\alpha = 0,80$ bulunmuştur. Aynı çalışmada ölçeğin geçerliği birlikte geçerlik yöntemiyle saptanmaya çalışılmış ve MMPI-D skalası kriter olarak kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayısı $r = 0,50$ bulunmuş, elde edilen geçerlik ve güvenilirlik katsayılarının Batı'da bu amaçla yapılan çalışmalarla tutarlı olduğu saptanmıştır (Şahin Hisli ve ark., 2002; Hisli, 1989; Hisli, 1988).

Sonuç olarak gerek yurtdışı gerekse yurtiçinde yapılmış araştırma sonuçlarına göre Beck Depresyon Ölçeği'nin depresyon belirtilerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, gerek araştırmalarda, gerekse koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılacak bir ölçek olduğu söylenebilir (Hisli, 1989).

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra SPSS (Version 15) paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, frekans veriler ise sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov Testi" ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizlerinde "Pearson Ki-kare Testi" kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılıma uymadığı için ikili gruplarda "Mann-

Whitney U Testi", ikiden fazla gruplarda "Kruskall-Wallis Testi" kullanılmıştır. Anlamlı fark bulunan gruplarda ikili karşılaştırmalar "Bonferroni d¼zeltmesi" kullanılarak "Mann –Whitney U Testi" ile değerlendirildi. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak olası depresyon için bağımsız prediktörler "Lojistik Regresyon Analizi" kullanılarak incelendi. İstatistiksel anlamlılık d¼zeyi t¼m testler için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1 Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 870 üniversite öğrencisi katılmış olup 341'i (%39,2) erkek, 525'i (%60,3) kız öğrencidir. Öğrencilerin yaşlarının ortalaması erkeklerde $21,2\pm 3,22$, kızlarda ise $20,5\pm 2,2$ yıldır ve aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımları Tablo I' de sunulmuştur.

Tablo I. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu(yıl)	Sayı	%
18-19	216	24,8
20-21	336	38,7
>21	219	25,1
Belirtilmemiş	99	11,4
Toplam	870	100

Öğrencilerin 847'sinin (%97,4) bekar olduğu, 850'sinin (%97,7) annesinin sağ, 810'unun (93,1) da babasının sağ olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubundaki 262 (%30,1) kişinin annesinin, 448 (%51,6) kişinin babasının lise ve üstünde eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri Tablo II' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 632'sinin (%72,6) annesinin çalışmadığı, babası emekli olan 220 (%25,3), serbest çalışan 184 (%21,1), memur olan 176 (%20,2), işçi olan 151 (%17,4) öğrenci saptanmıştır. Çalışmaya katılan 710 (%81,6) öğrencinin ailesi çekirdek aile olup, anne ve babası boşanmış 33 (%3,8), kardeşi olmayan 41 (%4,7), üç ve daha fazla kardeşi olan 249 (%28,6) öğrenci olduğu bulunmuştur.

Öğrenciler kaldıkları yere göre incelendiğinde evde ailesiyle kalan 271 (%31,1), yurttan kalan 383 (%44,0) ve evde tek başına kalan 32 (%3,7) öğrenci olduğu belirlenmiştir.

Tablo II. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=870)

Sosyodemografik Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek öğrenci	341	39,2
	Kız öğrenci	525	60,3
	Belirtilmemiş	4	0,5
Medeni Durum	Bekar	847	97,4
	Evli	14	1,6
	Dul/boşanmış	2	0,2
	Belirtilmemiş	7	0,8
Annenin Yaşama Durumu	Sağ	850	97,7
	Yaşamıyor	20	2,3
Babanın Yaşama Durumu	Sağ	810	93,1
	Yaşamıyor	56	6,4
	Belirtilmemiş	4	0,5
Annenin Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	48	5,5
	Okuryazar	36	4,1
	İlkokul	352	40,6
	Ortaokul	163	18,7
	Lise	168	19,3
	Üniversite	94	10,8
	Belirtilmemiş	9	1,0
Babanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	16	1,8
	Okuryazar	15	1,7
	İlkokul	237	27,2
	Ortaokul	140	16,1
	Lise	243	28,0
	Üniversite	205	23,6
	Belirtilmemiş	14	1,6

Annenin Meslek Durumu	Çalışmıyor	632	72,6
	İşçi	56	6,4
	Memur	59	6,8
	Serbest meslek	32	3,7
	Emekli	51	5,9
	Diğer	38	4,4
	Belirtilmemiş	2	0,2
Babanın Meslek Durumu	Çalışmıyor	24	2,8
	İşçi	151	17,4
	Memur	176	20,2
	Serbest meslek	184	21,1
	Emekli	220	25,3
	Diğer	107	12,3
	Belirtilmemiş	8	0,9
Aile Yapısı	Çekirdek aile	710	81,6
	Geniş aile	137	15,8
	Belirtilmemiş	23	2,6
Anne-Babanın Medeni Durumu	Evli	782	89,9
	Boşanmış	33	3,8
	Diğer	46	5,3
	Belirtilmemiş	9	1,0
Kardeş Sayısı	Yok	41	4,7
	1-2	579	66,6
	3 ve üzeri	249	28,6
	Belirtilmemiş	1	0,1
Kaldığı Yer	Evde-ailemle	271	31,1
	Evde-arkadaşlarımla	168	19,3
	Yurtta	383	44,0
	Evde-tek başıma	32	3,7
	Diğer	12	1,4
	Belirtilmemiş	4	0,5

4.2. Öğrencilerin Bazı Özellikleri

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin 636'sı (%73,1) lisans programında öğrenim görürken, 315'i (%36,2) ikinci sınıf, 174'ü (%20,0) birinci sınıfta okumaktadır. Okuduğu bölüme istemeyerek gelen öğrenci sayısı 183 (%21,0) olup, kendini orta derecede başarılı olarak tanımlayan 553 (%63,6) ve başarısız olarak tanımlayan 58 (%6,7) öğrenci vardır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin bazı özellikleri Tablo III'de verilmiştir.

Katılımcıların 775'i (%89,1) genellikle derslere girerken, düzenli bir hobi olan öğrenci sayısı 484 (%55,6)'tür. Genellikle kendini yalnız hisseden öğrenci sayısı 349 (%40,1) iken ailesinde herhangi birisinden şiddet gören 41 (%4,7) öğrenci vardır.

Anne veya babalarının öğrencilere karşı tutumları incelendiğinde 712 (%81,9) katılımcının anne-babasının demokratik, 43'ünün (%4,9) ebeveyninin ise ilgisiz olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 738 (%84,9)'ünün ailesinin aylık geliri asgari ücretin üzerinde iken, 389'unun (%44,7) aylık geliri giderleri için orta derecede yeterli olup; 128 (%14,7) öğrencinin yetersiz olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin 697'sinin (%80,1) sosyal güvencesi var iken; üniversite eğitimine başlamadan önce sürekli yaşadığı yer il merkezi olan 430 (%49,4), kasaba veya köy olanda 124 (%14,3) öğrenci vardır. Araştırmaya katılanların 725'i (%83,3) Samsun'da yaşamaktan memnundur.

Tablo III. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=870)

Özellikler		Sayı	%
Öğrenim Programı	Lisans	636	73,1
	Ön lisans	234	26,9
Okuduğu Sınıf	1	174	20,0
	2	315	36,2
	3	191	22,0
	4	190	21,8
Bölümüne İsteyerek Gelme Durumu	İsteyerek gelen	685	78,8
	İstemeyerek gelen	183	21,0
	Belirtilmemiş	2	0,2

Ders Başarı Durumu	Başarılı	259	29,7
	Orta derecede başarılı	553	63,6
	Başarısız	58	6,7
Derslere Devam Durumu	Genellikle derslere giren	775	89,1
	Genellikle derslere girmeyen	72	8,3
	Diğer	23	2,6
Düzenli Hobi Varlığı	Olan	484	55,6
	Olmayan	386	44,4
Kendini yalnız hissetme durumu	Hisseden	349	40,1
	Hissetmeyen	519	59,7
	Belirtilmemiş	2	0,2
Ailede Şiddet Durumu	Gören	41	4,7
	Görmeyen	827	95,1
	Belirtilmemiş	2	0,2
Anne/Babannın Öğrenciye Tutumu	Demokratik	712	81,9
	Baskıcı	103	11,8
	İlgisiz	43	4,9
	Belirtilmemiş	12	1,4
Ailenin Aylık Geliri	Asgari ücretin üzeri	738	84,9
	Asgari ücretin altı	122	14,0
	Belirtilmemiş	10	1,1
Aylık Gelir-Gider Durumu	Yeterli	353	40,6
	Orta derecede yeterli	389	44,7
	Yetersiz	128	14,7
Sosyal Güvence Durumu	Olan	697	80,1
	Olmayan	171	19,7
	Belirtilmemiş	2	0,2
Üniversiteden Önce Sürekli Yaşadığı Yer	İl merkezi	430	49,4
	İlçe merkezi	316	36,3
	Kasaba/köy	124	14,3
Samsun'da Yaşamaktan Memnuniyet Durumu	Memnun olan	725	83,3
	Memnun olmayan	144	16,6

Belirtilmemiş	1	0,1
---------------	---	-----

4.3. Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıkları

Araştırma grubundaki öğrencilerin 628'i (%72,2) normal kiloda, 27'si (%3,1) obez olup, 203'ü (%23,3) sigara içerken, 165'i (%19,0) alkol kullanmaktadır. Düzenli spor yapan 206 (%23,7), uyku sorunu yaşayan 397 (%45,6) öğrenci olup; 415 (%47,7) katılımcının günlük beslenmesi düzenlidir.

Öğrencilerin daha önce ruh sağlığı uzmanından yardım alma durumları incelendiğinde; 130 (%14,9) öğrencinin daha önce psikiyatrik yardım aldığı, 737 (%84,8) öğrencinin ise almadığı belirlenmiştir. Daha önce ruhsal hastalık tanısı alan kişi sayısı 56 (%6,4) olup, psikiyatrik hastalık dışında kronik bir hastalığı olan öğrenci sayısı 82 (%9,4)'tür.

Çalışmaya katılan öğrencilere ailesinde ruhsal bir hastalık varlığı sorulduğunda, 108 (%12,4) öğrencinin ailesinde psikiyatrik bir hastalık olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 433'ü (%49,8) kendi sağlığını orta derecede iyi olarak değerlendirirken, 32'si (%3,7) kötü olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili bazı özellikleri Tablo IV'te verilmiştir.

Tablo IV. Öğrencilerin Bazı Sağlık Davranış ve Alışkanlıklarının Dağılımı (n=870)

Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıklar	Sayı	%	
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Zayıf (<18,50)	74	8,5
	Normal (18,50-24,99)	628	72,2
	Şişmanlık öncesi (25,00-29,99)	113	13,0
	Obez (\geq 30,00)	27	3,1
	Hesaplanamayan	28	3,2
Sigara Kullanma Durumu	Kullanan	203	23,3
	Kullanmayan	665	76,5
	Belirtilmemiş	2	0,2

Alkol Kullanma Durumu	Kullanan	165	19,0
	Kullanmayan	704	80,9
	Belirtilmemiş	1	0,1
Düzenli Spor Yapma Durumu	Yapan	206	23,7
	Yapmayan	663	76,2
	Belirtilmemiş	1	0,1
Uyku Sorunu Olma Durumu	Olan	397	45,6
	Olmayan	473	54,4
Beslenme Durumu	Düzenli	415	47,7
	Düzensiz	455	52,3
Daha Önce Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	Alan	130	14,9
	Almayan	737	84,8
	Belirtilmemiş	3	0,3
Ruhsal Hastalığı Olma Durumu	Olan	56	6,4
	Olmayan	813	93,5
	Belirtilmemiş	1	0,1
Ruhsal Hastalık Dışında Kronik Hastalığı Olma Durumu	Olan	82	9,4
	Olmayan	785	90,3
	Belirtilmemiş	3	0,3
Ailesinde Ruhsal Hastalığı Olma Durumu	Olan	108	12,4
	Olmayan	761	87,5
	Belirtilmemiş	1	0,1
Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu	İyi	402	46,2
	Orta	433	49,8
	Kötü	32	3,7
	Belirtilmemiş	3	0,3

4.4. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara ve Alkol Kullanımı

Tablo V’te sunulduğu gibi erkek öğrencilerde hem sigara, hem de alkol kullanımının kız öğrencilerden yaklaşık olarak üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Sigara ve alkol kullanımı yaşla birlikte artış göstermiştir. En fazla oranda sigara ve alkol kullanımı >21 yaş öğrenci grubunda olup, sırasıyla %28,8 ve %25,6 oranlarındadır. Sigara ve alkol kullanımı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grupta da fark >21 yaş grubundaki yüksek orandan kaynaklanmaktadır.

Tablo V. Öğrencilerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı

Özellik	Sigara Kullanımı				Alkol Kullanımı			
	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p
Cinsiyet								
Erkek öğrenci	135(%39,7)	205(%60,3)	83,417	<0,001	109(%32,0)	232(%68,0)	60,586	<0,001
Kız öğrenci	67(%12,8)	457(%87,2)			56(%10,7)	468(%89,3)		
Yaş Grupları								
18-19	41(%19,0)	175(%81,0)	6,532	0,03	31(%14,4)	185(%85,6)	9,040	0,01
20-21	72(%21,5)	263(%78,5)			62(%18,5)	273(%81,5)		
>21	63(%28,8)	156(%71,2)			56(%25,6)	163(%74,4)		

Annesi hayatta olmayan öğrencilerde sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %36,8 ve %35,0 olup, annesi sağ öğrencilerin sigara ve alkol kullanım oranlarından yüksek olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Babasını kaybetmiş öğrencilerde sigara kullanım oranı %26,8, alkol kullanım oranı ise %21,4’tür. Hem sigara hem de alkol kullanımı babasını kaybetmiş öğrencilerde babası hayatta olanlara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$, Tablo VI).

Tablo VI. Öğrencilerin Anne-Babasının Sağ Olma Durumuna Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı

Özellik	Sigara Kullanımı				Alkol Kullanımı			
	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p
Annenin Yaşama Durumu								
Sağ	196(%23,1)	653(%76,9)	1,963	0,16	158(%18,6)	691(%81,4)	3,412	0,06
Sağ değil	7(%36,8)	12(%63,2)			7(%35,0)	13(%65,0)		
Babanın Yaşama Durumu								
Sağ	186(%23,0)	622(%77,0)	0,416	0,51	151(%18,7)	658(%81,3)	0,262	0,60
Sağ değil	15(%26,8)	41(%73,2)			12(%21,4)	44(%78,6)		

Sigara ve alkol kullanım oranları anne ve babası boşanmış öğrencilerde boşanmamışlara göre daha fazla olup, sırasıyla %36,4 ve %27,3'tür; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Anne eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanların sigara içme oranı (%30,2) ortaokul ve altında olanların sigara içme oranından (%20,6) anlamlı bir şekilde yüksektir ($p=0,002$). Benzer şekilde, babanın eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan öğrenciler, ortaokul ve altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla oranda sigara kullanmaktadır ($p=0,004$).

Annenin eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan öğrencilerde alkol kullanma oranı (%28,2), ortaokul ve altında olanların oranından (%15,2) anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). Babanın eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan öğrenciler, ortaokul ve altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla alkol kullanmaktadır ($p<0,001$, Tablo VII).

Tablo VII. Öğrencilerin Anne-Babasının Medeni Durumu ve Eğitim Seviyesine Göre Sigara ve Alkol Kullanım Oranlarının Dağılımı

Özellik	Sigara Kullanımı				Alkol Kullanımı			
	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p	Kullanan	Kullanmayan	X ²	p
Anne –Babanın Medeni Durumu								
Evli	178(%22,8)	602(%77,2)	3,617	0,16	145(%18,6)	636(%81,4)	1,636	0,44
Boşanmış	12(%36,4)	21(%63,6)			9(%27,3)	24(%72,7)		
Annenin Eğitim Durumu								
Ortaokul ve altı	123(%20,6)	474(%79,4)	9,233	0,002	91(%15,2)	507(%84,8)	19,939	<0,001
Lise ve üzeri	79(%30,2)	183(%69,8)			74(%28,2)	188(%71,8)		
Babanın Eğitim Durumu								
Ortaokul ve altı	78(%19,2)	329(%80,8)	8,257	0,004	54(%13,3)	353(%86,7)	18,138	<0,001
Lise ve üzeri	123(%27,5)	324(%72,5)			111(%24,8)	337(%75,2)		

4.5. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

BDÖ puanı değerlendirilen öğrencilerde olası depresyon düzeyi %27,3 iken, BDÖ puan ortalaması 12,43±8,24'tür (Tablo VIII).

Öğrencilerin yaş gruplarına göre depresyon durumları ve BDÖ puanları incelendiğinde en yüksek olası depresyon oranı 18-19 yaş grubunda (%29,7) ve BDÖ puan ortalaması da en yüksek 12,76±8,45 ile aynı yaş grubundadır. Yaş gruplarında hem olası depresyon oranları hem de BDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05, Tablo IX).

Tablo VIII. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Olası Depresyon	Sayı	%
Olan	230	27,3
Olmayan	612	72,7
Toplam	842	100,0
BDÖ Puan Ortalaması: 12,43±8,24		

Tablo IX. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Yaş grupları	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
18-19	63	29,7	149	70,3	12,76±8,45
20-21	83	25,5	243	74,5	12,30±8,39
>21	58	27,6	152	72,4	12,28±7,31
X²=1,191 p=0,55					X²=0,401 p=0,81

Araştırmaya katılan öğrencilerin olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo X,XI,XII’de verilmiştir.

Erkek ve kız öğrencilerde olası depresyon oranı aynıdır (%27,2). BDÖ puan ortalaması erkeklerde 12,26±8,57, kızlarda 12,49±8,03 olup; hem olası depresyon oranı, hem de BDÖ puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05, Tablo X).

Öğrencilerin medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde hem olası depresyon oranı hem de BDÖ puanı bekar olan grupta evlilere göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır (p>0,05).

Annesini kaybeden öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı annesi hayatta olanlara göre daha fazladır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Babası yaşayan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlam ifade etmemektedir (p>0,05).

Tablo X. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	
Erkek öğrenci	89	27,2	238	72,8	12,26±8,57
Kız öğrenci	139	27,2	372	72,8	12,49±8,03
		$X^2=0,00$	$p=0,99$		$Z= -0,87$ $p=0,38$
Medeni Durum					
Bekar	223	27,2	597	72,8	12,41±8,28
Evli	3	23,1	10	76,9	12,07±7,04
		$X^2=0,110$	$p=0,74$		$Z= -0,12$ $p=0,91$
Anne					
Sağ	222	27,0	601	73,0	12,38±8,27
Sağ değil	8	42,1	11	57,9	14,07±6,51
		$X^2=2,141$	$p=0,14$		$Z= -1,78$ $p=0,07$
Baba					
Sağ	219	27,9	565	72,1	12,58±8,27
Sağ değil	11	20,4	43	79,6	10,83±7,63
		$X^2= 1,451$	$p=0,22$		$Z= -1,51$ $p=0,13$

Anne ve babası ortaokul ve altında eğitim düzeyine sahip öğrencilerde olası depresyon oranı ve BDÖ puanı lise ve üzerinde olan öğrencilerden fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır ($p>0,05$, Tablo XI).

Annesi çalışan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı annesi çalışmayanlara göre daha yüksektir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Olası depresyon oranı, babası çalışmayanlarda çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,04$). BDÖ puanı da babası çalışmayanlarda daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo XI. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ puanı
	Olan		Olmayan		
Annenin Eğitim Düzeyi	Sayı	%	Sayı	%	
Ortaokul ve altı	161	27,7	420	72,3	12,48±8,48
Lise ve üzeri	67	26,6	185	73,4	12,26±8,68
		$X^2= 1,112$	$p=0,73$		$Z= -0,76$ $p=0,44$
Babanın Eğitim Düzeyi					
Ortaokul ve altı	109	27,6	286	72,4	12,52±7,79
Lise ve üzeri	117	27,0	316	73,0	12,32±8,61
		$X^2= 0,034$	$p=0,85$		$Z= -0,83$ $p=0,40$
Annenin Çalışma Durumu					
Çalışıyor	70	30,2	162	69,8	12,68±8,08
Çalışmıyor	160	26,3	448	73,7	12,34±8,32
		$X^2= 1,256$	$p=0,26$		$Z= -0,79$ $p=0,42$
Babanın Çalışma Durumu					
Çalışıyor	218	26,9	592	73,1	12,43±8,27
Çalışmıyor	11	45,8	13	54,2	13,41±8,13
		$X^2= 4,189$	$p=0,04$		$Z= -0,91$ $p=0,35$

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde geniş ailede yaşayanlara göre olası depresyon oranı ve BDÖ puanı daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo XII).

Anne ve babası boşanmış öğrencilerde olası depresyon oranı ($p=0,005$) ve BDÖ puanı ($p=0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Olası depresyon oranı kardeşi olmayan öğrencilerde kardeşi olanlara göre daha yüksek olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,02$). BDÖ puanı da kardeşi olmayanlarda olanlara göre daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırma grubundaki öğrenciler kaldıkları yer açısından değerlendirildiğinde, olası depresyon oranı ($p<0,001$) ve BDÖ puanı ($p=0,01$) evde tek başına kalanlarda aile veya arkadaşla evde kalanlardan ve yurttan kalanlardan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Tablo XII. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Aile Yapısı	Sayı	%	Sayı	%	
Çekirdek aile	190	27,3	505	72,7	12,48±8,38
Geniş aile	30	24,0	95	76,0	11,78±7,61
		$X^2= 0,601$	$p=0,43$		$Z= -0,65$ $p=0,51$
Anne-Babanın Medeni Durumu					
Evli	199	26,3	557	73,7	12,30±8,20
Boşanmış	16	48,5	17	51,5	15,54±8,20
		$X^2= 7,834$	$p=0,005$		$Z= -2,38$ $p=0,01$
Kardeş Durumu					
Olan	214	26,6	590	73,4	12,36±8,20
Olmayan	16	43,2	21	56,8	14,00±9,11
		$X^2= 4,921$	$p=0,02$		$Z= -1,068$ $p=0,28$
Kaldığı Yer					
Evde-aile/arkadaşla	102	24,0	323	76,0	11,87±8,03
Yurttan	105	28,3	266	71,7	12,77±8,33
Evde-tek başına	18	58,1	13	41,9	16,22±9,56
		$X^2= 17,336$	$p<0,001$		$X^2=9,149$ $p=0,01$

4.6. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Okudukları Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının okudukları bölümle ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo XIII’de verilmiştir.

Herhangi bir ön lisans programında öğrenim gören öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı lisans programında öğrenim gören öğrencilerden daha fazladır. Bu fark olası depresyon için anlamlı değilken ($p>0,05$), BDÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlam ifade etmektedir ($p=0,03$).

Birinci sınıfta okuyan öğrencilerde, olası depresyon oranı ($p=0,002$) ve BDÖ puanı ($p=0,01$) diğer sınıftakilerden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Okuduğu bölüme istemeyerek gelen öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı isteyerek gelenlerden daha fazladır. Her iki durumdaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Öğrencilerin kendi ifadesine göre derslerinde başarısız olanlarda, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı orta derecede başarılı ve başarılı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ders başarı durumu arttıkça (başarısız, orta derecede başarılı, başarılı) olası depresyon oranı ve BDÖ puanı azalmaktadır.

Olası depresyon oranı ve BDÖ puanının genellikle derslere girmeyen öğrencilerde girenlere göre istatistiksel olarak anlam ifade edecek bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo XIII. Öğrencilerin Okuduğu Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Öğrenim Programı	Sayı	%	Sayı	%	
Lisans	158	25,5	461	74,5	12,07±8,05
Ön lisans	72	32,3	151	67,7	13,41±8,43
	$X^2= 3,775$		$p=0,05$		Z= -2,146 p=0,03
Sınıf					
1	64	39,3	99	60,7	14,15±8,49
2	75	24,3	234	75,7	11,99±8,36
3	45	24,5	139	75,5	12,12±7,46
4	46	24,7	140	75,3	11,95±8,46
	$X^2= 14,545$		$p=0,002$		X²=10,137 p=0,01
Bölümüne İsteyerek Gelme Durumu					
İsteyerek gelen	155	23,3	511	76,7	11,63±7,99
İstemeyerek gelen	74	42,5	100	57,5	15,51±8,47
	$X^2= 25,795$		$p<0,001$		Z= -5,776 p<0,001
Ders Başarı Durumu					
Başarılı	50	20,3	196	79,7	10,34±8,41
Orta	147	27,2	393	72,8	12,77±7,73
Başarısız	33	58,9	23	41,1	18,37±9,01
	$X^2= 34,245$		$p<0,001$		X²=51,026 p<0,001
Derslere Devam Durumu					
Genellikle giren	183	24,4	567	76,6	11,90±8,05
Genellikle girmeyen	33	47,8	36	52,2	16,39±8,60
	$X^2= 17,858$		$p<0,001$		Z= -4,462 p<0,001

4.7. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailesinde şiddet uygulayan birey varlığına, anne ve babanın öğrenciye karşı tutumuna, ailenin aylık gelir düzeyine ve kişinin aylık gelirinin giderlerini karşılama durumuna göre olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo XIV' de verilmiştir.

Ailesinde şiddet uygulayan birey olduğunu ifade eden öğrencilerde olası depresyon oranı ve BDÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazladır ($p<0,001$).

Anne ve/veya babanın öğrenciye karşı tutumlarına göre değerlendirildiği zaman, olası depresyon oranı %43,9 ile en fazla anne ve/veya babası baskıcı olan öğrencilerde saptanmıştır. Bu durumu anne ve/veya babası ilgisiz (%39,0) olan grup izlemektedir. Anne ve/veya babası öğrenciye karşı demokrat olan öğrencilerde ise olası depresyon oranı (%24,1) en azdır. Oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) olup; anne ve/veya babası demokrat olan öğrencilerden kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde, BDÖ puanı da anne ve/veya babası demokrat olan öğrencilerde anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Olası depresyon oranı ($p=0,003$) ve BDÖ puanı ($p=0,02$) ailesinin toplam aylık geliri asgari ücretin altında olan öğrencilerde asgari ücretin üzerinde olanlara göre daha yüksektir; bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Olası depresyon oranı aylık toplam gelirlerinin giderleri için yeterli olan öğrencilerde %19,9, orta derecede yeterli olanlarda %27,5 ve yetersiz olanlarda %46,5 olarak bulunmuştur. Üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Fark, her üç gruptan kaynaklanmaktadır. BDÖ puanı da aylık gelir-gider düzeyi yeterli/orta derecede yeterli/yetersiz olan öğrencilerde sırasıyla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p<0,001$).

Tablo XIV. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
Ailede Şiddet Görme Durumu					
Gören	22	57,9	16	42,1	18,65±7,94
Görmeyen	207	25,8	595	74,2	12,12±8,14
	X²= 18,834 p<0,001				Z= 4,933 p<0,001
Anne-Babanın Tutumu					
Demokratik	167	24,1	525	75,9	11,67±7,99
Baskıcı	43	43,9	55	56,1	16,01±7,85
İlgisiz	16	39,0	25	61,0	15,80±9,27
	X²= 19,950 p<0,001				X²=24,338 p<0,001
Ailenin Aylık Gelir Durumu					
Asgari ücret altı	45	39,1	70	60,9	14,00±8,48
Asgari ücret üzeri	184	25,6	534	74,4	12,19±8,21
	X²= 9,068 p=0,003				Z= -2,243 p=0,02
Aylık Gelir-Gider Durumu					
Yeterli	68	19,9	273	80,1	10,51±7,82
Orta derece	103	27,5	271	72,5	12,95±7,69
Yetersiz	59	46,5	68	53,5	16,05±9,44
	X²= 32,785 p<0,001				X²=47,075 p<0,001

Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli bir hobi varlığına, genellikle kendini yalnız hissetme durumuna, sosyal güvence varlığına, üniversiteye gelmeden önce sürekli yaşadığı yerleşim yerine ve Samsun’da yaşamaktan memnuniyet durumuna göre olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo XV’de verilmiştir.

Düzenli bir hobisi olan öğrencilerde, olası depresyon oranı fazla olmakla beraber istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemektedir ($p>0,05$). Aynı şekilde her iki grupta BDÖ puanları açısından da anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Genellikle kendini yalnız hissettiğini ifade eden öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı genellikle kendini yalnız hissetmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Öğrenciler sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olmayan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı olanlara göre daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemektedir ($p>0,05$).

Üniversite öğrenimine başlamadan önce sürekli olarak kasaba veya köyde yaşayan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı ilçe veya il merkezinde yaşayanlara göre daha fazladır; ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Üniversite öğreniminin devam ettiği Samsun'da yaşamaktan memnun olmayan öğrencilerde, memnun olanlara göre hem olası depresyon oranı hem de BDÖ puanı anlamlı bir şekilde daha fazladır ($p<0,001$).

Tablo XV. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Özellik	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Düzenli Hobi Varlığı	Sayı	%	Sayı	%	
Olan	132	28,1	337	71,9	12,29±8,30
Olmayan	98	26,3	275	73,7	12,60±8,18
		$X^2= 0,367$	$p=0,54$		$Z= -0,577$ $p=0,56$
Genellikle Kendini Yalnız Hissetme Durumu					
Hisseden	154	44,6	191	55,4	16,38±8,65
Hissetmeyen	76	15,4	419	84,6	9,69±6,71
		$X^2= 87,632$	$p<0,001$		$Z= -11,589$ $p<0,001$
Sosyal Güvence Varlığı					
Olan	178	26,2	501	73,8	12,35±8,22
Olmayan	52	32,3	109	67,7	12,86±8,37
		$X^2= 2,422$	$p=0,12$		$Z= -0,838$ $p=0,40$
Üniversiteden Önce Yaşadığı Yer					
İl merkezi	109	26,0	310	74,0	12,05±8,45
İlçe merkezi	84	27,7	219	72,3	12,58±8,04
Kasaba/köy	37	30,8	83	69,2	13,35±7,98
		$X^2= 1,131$	$p=0,56$		$X^2=4,421$ $p=0,11$
Samsun'da Yaşamaktan Memnuniyet Durumu					
Memnun olan	164	23,4	537	76,6	11,61±7,68
Memnun olmayan	65	46,4	75	53,6	16,47±9,72
		$X^2= 31,244$	$p<0,001$		$Z= -5,714$ $p<0,001$

4.8. Öğrencilerin Olası Depresyon Durumlarının ve BDÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin Beden Kitle İndeksi, sigara, alkol kullanımı ve kendi sağlığını değerlendirmesine göre olası depresyon oranı ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo XVI'da verilmiştir.

Öğrenciler Beden Kitle İndeksi'ne göre değerlendirildiğinde, olası depresyon oranı en fazla obez ($BKİ \geq 30,00$) olanlarda (%44,4), ikinci olarak zayıf ($BKİ < 18,50$) olan grupta (%35,6) görülmektedir. Olası depresyon oranı normal kiloda ($BKİ = 18,50-24,99$) olanlarda %26,6, şişmanlık öncesi ($BKİ = 25,00-29,99$) olanlarda %19,6 oranında bulunmuştur. Olası depresyon oranları açısından BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,02$). BDÖ puanları açısından da gruplar arasında fark bulunmuştur ($p=0,01$). Hem olası depresyon oranında, hem de BDÖ puanında fark, obez olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Sigara içen öğrencilerde, olası depresyon oranı ($p < 0,001$) ve BDÖ puanı ($p < 0,001$) içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir. Benzer şekilde alkol kullananlarda, olası depresyon oranı ($p < 0,001$) ve BDÖ puanının ($p = 0,001$) kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur.

Kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren öğrencilerde, olası depresyon oranı %80,6 ile en yüksek orandadır. Olası depresyon oranı sağlığını orta derecede iyi olarak tanımlayanlarda %36,7, sağlığının iyi olduğunu söyleyenlerde de %13,0 olarak bulunmuştur. Üç gruptaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Aynı şekilde BDÖ puanları açısından da üç grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p < 0,001$). En fazla BDÖ puanı, kendi sağlığını kötü olarak tanımlayan gruptadır. Hem olası depresyon oranında hem de BDÖ puanında fark, her üç gruptan da kaynaklanmaktadır.

Tablo XVI. Öğrencilerin BKİ, Sigara, Alkol Kullanımı ve Kendi Sağlıkını Değerlendirmesine Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Durum	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
BKİ	Sayı	%	Sayı	%	
Zayıf	26	35,6	47	64,4	14,93±8,71
Normal	162	26,6	446	73,4	12,13±8,31
Şişmanlık öncesi	21	19,6	86	80,4	11,93±7,42
Obez	12	44,4	15	55,6	14,00±6,00
	X²= 9,877 p=0,02				X²=11,410 p=0,01
Sigara					
Kullanan	81	41,5	144	58,5	14,45±8,48
Kullanmayan	149	23,1	496	76,9	11,83±8,04
	X²= 25,599 p<0,001				Z= -4,208 p<0,001
Alkol					
Kullanan	68	42,8	91	57,2	14,22±8,47
Kullanmayan	162	23,8	520	76,2	12,01±8,14
	X²= 23,461 p<0,001				Z= -3,227 p=0,001
Kendi Sağlıkını Değerlendirme Durumu					
İyi	50	13,0	336	87,0	9,26±6,75
Orta	155	36,7	267	63,3	14,57±8,10
Kötü	25	80,6	6	19,4	23,25±8,94
	X²= 103,113 p<0,001				X²=136,806 p<0,001

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin spor yapma, uyku düzeni ve beslenme durumuna göre olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo XVII’de verilmiştir.

Düzenli spor yapan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı düzenli spor yapmayanlara göre daha az olmasına karşın istatistiksel olarak bir anlam taşımamaktadır ($p>0,05$).

Hem olası depresyon oranının hem de BDÖ puanının uyku sorunu yaşayan öğrencilerde yaşamayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Düzenli beslenen öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı düzensiz beslenenlere göre daha azdır. İki gruptaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo XVII. Öğrencilerin Spor Yapma, Uyku Düzeni ve Beslenme Durumuna Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Durum	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Düzenli Spor Yapma Durumu	Sayı	%	Sayı	%	
Yapan	49	24,9	148	75,1	11,70±7,91
Yapmayan	181	28,1	463	71,9	12,65±8,34
	$X^2= 0,793$		$p=0,37$		$Z= -1,332$ $p=0,18$
Uyku Sorunu Varlığı					
Olan	143	37,0	244	63,0	14,66±8,22
Olmayan	87	19,1	368	80,9	10,53±7,78
	$X^2= 33,486$		$p<0,001$		$Z= -7,773$ $p<0,001$
Beslenme Durumu					
Düzenli	61	15,3	339	84,7	9,80±6,81
Düzensiz	169	38,2	273	61,8	14,81±8,70
	$X^2= 55,875$		$p<0,001$		$Z= -8,830$ $p<0,001$

Çalışmaya katılan öğrencilerin daha önce psikiyatrik yardım alma, ruhsal ve başka kronik hastalığı olma ve ailede ruhsal hastalığı olma durumlarına göre olası depresyon durumlarının ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo XVIII’de verilmiştir.

Daha önce ruh sağlığı uzmanından herhangi bir psikiyatrik yardım alan öğrencilerde, olası depresyon oranı (%45,7) yardım almayanlara (%24,0) göre daha yüksek bulunmuş olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Benzer şekilde BDÖ puanı da psikiyatrik yardım alanlarda anlamlı bir şekilde daha fazladır ($p<0,001$).

Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı ruhsal hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Öğrenciler ruhsal hastalık dışında kronik bir hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı kronik bir hastalığa sahip öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Ailesinde herhangi bir ruhsal hastalığı olan öğrencilerde, olası depresyon oranı ($p<0,001$) ve BDÖ puanı ($p<0,001$) olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha fazladır.

Tablo XVIII. Öğrencilerin Daha Önce Psikiyatrik Yardım Alma, Ruhsal ve Başka Kronik Hastalığı Olma ve Ailede Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Olası Depresyon Durumları ve BDÖ Puanlarının Dağılımı

Durum	Olası Depresyon				BDÖ Puanı
	Olan		Olmayan		
Daha Önce Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	Sayı	%	Sayı	%	
Alan	58	45,7	69	54,3	16,05±9,60
Almayan	171	24,0	541	76,0	11,77±7,79
		X²= 25,462	p<0,001		Z= -4,846 p<0,001
Ruhsal Hastalık Varlığı					
Olan	25	46,3	29	53,7	16,66±10,60
Olmayan	205	26,0	582	74,0	12,15±7,98
		X²= 10,427	p=0,001		Z= -3,242 p=0,001
Ruhsal Hastalık Dışında Kronik Hastalık Varlığı					
Olan	38	46,3	44	53,7	16,70±9,40
Olmayan	192	25,3	566	74,7	11,98±7,98
		X²= 16,430	p<0,001		Z= -4,740 p<0,001
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı					
Olan	46	44,2	58	55,8	16,39±8,79
Olmayan	184	25,0	553	75,0	11,87±8,02
		X²= 17,024	p<0,001		Z= -5,231 p<0,001

4.9. Öğrencilerde Olası Depresyon Varlığını Etkileyen Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Bulguları

Araştırmaya katılan öğrencilerde Binary Lojistik Regresyon analizine göre olası depresyon varlığını etkileyen risk faktörleri Tablo XIX’da gösterilmiştir.

Öğrencilerde sigara içme 2,26 kat, genellikle kendini yalnız hissetme durumu 3,65 kat, okuduğu bölümü istemeyerek tercih etme 1,82 kat, Samsun’da yaşamaktan memnuniyetsizlik 2,17 kat ve ruhsal hastalık dışında kronik hastalık varlığı 2,03 kat fazla olası depresyon riski oluşturmaktadır.

Derslerinde başarısız olan öğrenciler başarılı olanlara göre 3,43 kat daha fazla olası depresyon riski taşımaktadır.

Çalışmaya katılan öğrenciler Beden Kitle İndeksi (BKİ) açısından değerlendirildiğinde, şişmanlık öncesi döneme göre (BKİ=25,00-29,99) normal kiloda olmak 1,99 kat, zayıf olmak 2,55 kat daha fazla olası depresyon riski taşımaktadır.

Üniversite öğrenim hayatında evde tek başına kalan öğrenciler ailesi veya arkadaşıyla evde kalanlara göre 4,72 kat daha fazla olası depresyon riski taşımaktadır.

Tablo XIX. Olası Depresyon Varlığını Etkileyen Risk Faktörlerinin Dağılımı

Risk Faktörü	OR	% 95 CI		P
Sigara kullanma	2,26	1,44	3,54	<0,001
Kendini yalnız hissetme	3,65	2,47	5,39	<0,001
Derslerinde başarılı olma	1,00			0,01
Derslerinde orta derecede başarılı olma	1,28	0,81	2,02	0,28
Derslerinde başarısız olma	3,43	1,54	7,64	0,002
Bölümünü istemeyerek tercih etme	1,82	1,16	2,86	0,008
Samsun’da yaşamaktan memnun olmama	2,17	1,37	3,43	0,001
Şişmanlık öncesi (BKİ)	1,00			0,09
Normal	1,99	1,03	3,84	0,03
Zayıf	2,55	1,09	5,95	0,03
Obez	3,12	0,98	9,91	0,05
Aile/arkadaşla evde kalma	1,00			0,002
Yurtta kalma	1,43	0,95	2,16	0,08
Evde tek başına kalma	4,72	1,89	11,47	0,001
Kronik hastalık varlığı	2,03	1,10	3,75	0,02

5.TARTIŞMA

5.1. Öğrencilerde Depresif Belirti Düzeyi

Araştırmaya katılan öğrencilerde olası depresyon düzeyi %27,3 iken, BDÖ puan ortalaması $12,43 \pm 8,24$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar benzer koşullarda üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Olası depresyon oranı; Dinç Hür ve ark.'nın (2014) Karabük'te sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı araştırmada %25; Günay ve ark.'nın (2011) Kayseri'de üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada %21,2; Kaya'nın (2003) Malatya'da tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada %27,2 olarak bulunmuştur. Belirtilen çalışmalardaki BDÖ puanı da bu çalışmada bulunan sonuca benzerdir. Arnault'un (2006) Japon ve Amerikan öğrencilerinde yaptığı çalışmada BDÖ puan ortalaması Japon öğrencilerde $12,66 \pm 7,05$; Amerikan öğrencilerde ise $8,48 \pm 6,55$ olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde olası depresyon düzeyi ve BDÖ puanı benzer çalışmaların sonuçlarına yakın olup, genel nüfustaki depresyon düzeyinin üzerindedir. Çünkü üniversite çağında birey, duygu ve düşünceleri açısından karmaşık bir süreçten geçer. Kişi ailesinden ve önceki arkadaşlarından ayrılır, sosyal ve eğitim hayatı açısından önceki süreçlerden farklı ve yeni bir döneme girer. Daha önce karşılaştığı sorunlarda ve kendi hayatına yönelik kararlarında her an ailesinin desteğini yanında hisseden genç, üniversite hayatında çoğu kararları kendisi vermek durumunda kalacak ve bu da onu bazı duygusal problemlerle karşı karşıya bırakacaktır. Üniversite dönemi boyunca görülen bu ve benzeri sebepler kişide depresif belirtileri ortaya çıkaran etiyolojik faktörlerin oluşmasına sebebiyet verebilir.

5.2. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerde olası depresyon oranı ve BDÖ puanı en yüksek olarak 18-19 yaş grubunda görülmesine karşın anlamlı bir fark saptanmamıştır. Öğrenciler okudukları sınıflara göre değerlendirildiğinde, depresif belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde en fazla birinci sınıf öğrencilerinde görülmüştür. Deveci ve ark.'nın (2013) Kilis'te sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, en yüksek BDÖ puanı 17-19 yaş grubunda belirlenmiştir. Aynı çalışmada, depresif

belirti düzeyi birinci sınıflarda daha yüksektir. Günay ve ark.'nın (2011) Kayseri'de üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada olası depresyon oranı 20 yaş altında olanlarda ve birinci sınıfta okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur. Yukarıda belirtilen iki çalışmada da görüldüğü gibi yaşı daha küçük olan ve üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde, sonraki sınıflarda okuyanlara göre olası depresyon oranı ve depresif belirti düzeyi daha fazladır. Gençlik dönemi ve özellikle üniversiteye geçiş süreci depresyonun etiyolojik faktörlerini artırıcı etki yapmaktadır. Kişi üniversite hayatına yeni başladığında bu risk faktörlerine bir anda maruz kalmakta olup; ilerleyen yıllarda bulunduğu yaşam ortamını kanıksamakta ve bu dönemin getirdiği olumsuz durumlardan daha az etkilenmektedir.

Bu çalışmada, erkek ve kız öğrenciler arasında olası depresyon oranı ve BDÖ puanı açısından farklılık bulunmamıştır. Öğrencilerde depresif belirti varlığını cinsiyet açısından karşılaştıran daha önceki çalışmalara bakıldığında, üç çalışmada (Özdel, 2001; Kaya, 2003; Günay ve ark., 2011) erkek ve kız öğrenciler arasında depresif belirti düzeyi yönünden anlamlı fark bulunmamıştır. Yine Chen ve ark.'nın (2013) Çin'de üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada, erkek ve kız öğrencilerde depresyon sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Özfirat'ın (2009) Malatya'da lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada, kızlarda depresif belirti oranı erkeklerden anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Mikolajczyk ve ark.'nın (2005) Almanya, Danimarka, Polonya ve Bulgaristan'da üniversite öğrencilerinde yaptığı başka bir çalışmada, Almanya'da kız ve erkek öğrenciler arasında depresyon düzeyi benzer iken; Polonya, Bulgaristan ve Danimarka'da kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Çoğu çalışmada, depresif belirti düzeyi kız öğrencilerde daha fazla görülmesine karşın, bazı çalışmalarda da bu çalışmayla uyumlu olacak şekilde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, depresif belirti düzeyinde farklılıklar olabileceğini ve depresyon sıklığına cinsiyetin etkisinin farklı toplumlar için değişebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu çalışmada elde edilen sonuç gibi kızların ve erkeklerin depresif belirti sıklığındaki benzerlik, üniversite öğrencilerinde depresyona sebebiyet verebilecek stres faktörlerinin her iki cinsiyette de benzer olması ile açıklanabilir.

Bekar öğrencilerde olası depresyon oranı ve BDÖ puanı, evli olanlara göre daha fazla bulunmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ünal'ın (2010) 15-49 yaş grubundaki kadınlarda yaptığı çalışmada, evli kadınlarda depresif belirti düzeyi

bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Taycan ve ark. (2006) tarafından hemşireler üzerinde yapılan başka bir araştırmada, medeni durum ile BDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Genel olarak evlilerde boşanmış ve ayrı yaşayanlara göre depresyon daha az görülürken, evlilik gibi ya da diğer yakın ilişkilerde karşılaşılan sorunlar depresyonu başlatabilir (Köroğlu, 2013). Bu çalışmada evli öğrencilerin sayısının az olması yapılan karşılaştırmanın sonuçlarının güvenilirliğini azaltmaktadır.

Bu çalışmada, öğrencilerin anne ve/veya babalarını kaybetmiş olmaları depresif belirti düzeyi üzerine etki etmemiştir. Deveci ve ark.'nın (2013) çalışmasında BDÖ puanı anne ve/veya babası hayatta olmayan öğrencilerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yelkenci'nin (2013) üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerde yaptığı araştırmada, babası sağ olan ile sağ olmayan öğrencilerin depresif belirti düzeyi benzer bulunmuştur. Literatür bilgilerine göre, kritik yaşam olaylarının, özellikle sevilen birinin ölümü veya kaybı depresyona sebep olabilir (Ebert ve ark., 2013). Ancak anne veya baba gibi sevilen birinin kaybedilmesinin neden olabileceği stres etkisinden kişinin nasıl etkileneceği onun kendi baş etme yetisiyle ilgilidir. Bu duruma göre ebeveyn kaybı yaşamış her bireyde depresif belirti düzeyi yüksek olmayabilir.

Öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeyi ile olası depresyon ve BDÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ceylan ve ark.'nın (2003) Mardin'de lise son sınıf öğrencilerinde yaptığı araştırmada ve Özdel'in (2001) yaptığı başka bir çalışmada, bu araştırmadaki sonuçlara benzer şekilde anne ve babanın eğitim düzeyinin depresyon puanını etkilemediği bulunmuştur. Sokratous'un (2011) Güney Kıbrıs'ta üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyinin depresyon semptomları üzerine etkisi olmazken, babası üniversite mezunu olan öğrencilerde depresyon belirtilerinin daha sık olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde anne ve babanın eğitim düzeyinin depresif belirti düzeyi üzerine etkili bir faktör olmadığı anlaşılabilir.

Olası depresyon oranı ve BDÖ puanına annenin çalışma durumu etki etmezken, babası bir işte çalışmayan öğrencilerde anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Aylaz'ın (2007) Malatya'da sağlık yüksekokulu öğrencilerinde, yaptığı araştırmada babası işsiz olan öğrencilerde depresif belirti yaygınlığı babası memur olanlardan fazla bulunmuştur. Özdel'in (2001) Denizli'de yaptığı başka bir çalışmada ise, anne ve babanın mesleğinin depresif belirti düzeyine etkisi bulunmamıştır. Bu sonuçlar neticesinde annenin çalışma durumu depresif belirti düzeyini etkilemezken, babanın

çalışmıyor oluşu ailenin ve dolayısıyla öğrencinin temel ihtiyaçlarını karşılamakta yetersizlik oluşturacaktır. Bu durum da gençlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek depresyona neden olabilir.

Öğrencilerin depresif belirti düzeyi ile çekirdek ya da geniş ailede yaşıyor olması arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu araştırmayla benzer şekilde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına göre de (Deveci ve ark., 2013; Özfırat, 2007; Tezel ve ark., 2009) aile yapısının depresif belirti düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Bu bulgulardan hareketle aile yapısının depresif semptomlar üzerine etkili bir faktör olmadığı sonucuna ulaşılabilir.

Anne ve babası boşanmış öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı ebeveyni evli olanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Tan ve ark.'nın (2016) Güney Çin'de adölesanlarda yaptığı araştırmada, parçalanmış ailelerin çocuklarında depresif semptom oranı daha yüksek çıkmıştır. Yine Türkleş ve ark.'ları (2008) tarafından Erzincan'da yapılan başka bir araştırmada, anne babası ayrı yaşayanlarda depresyon ölçeği puanı daha fazla bulunmuştur. Bu bulgular ışığında bireyin ruh sağlığını koruması noktasında bazı destekler vardır. Bunlardan birisi de kişinin küçüklüğünden itibaren ailesiyle bir arada yaşamasıdır. Anne babanın ayrı yaşaması, ruh sağlığı açısından çok önemli bir faktör olan aile desteğinin azalmasına ve kişide travmatik bir strese neden olabilmektedir. Bu durum da depresif semptomların görülme sıklığındaki artışa ve kişinin yaşamının olumsuz bir şekilde etkilenmesine olanak sağlayabilmektedir.

Kardeşi olmayan öğrencilerde, olası depresyon oranı kardeşi olanlara göre anlamlı derecede daha fazladır. Kardeş varlığının depresyon düzeyine etkisi daha önce yapılan araştırmalarda farklılık göstermektedir. Özdel'in (2001) Denizli'de yaptığı çalışmada, hiç kardeşi olmayanlarda BDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Özfırat'ın (2007) araştırmasında ise, kardeş sayısı arttıkça olası depresyon oranı artmaktadır. Magklara ve ark.'nın (2015) Yunanistan'da yaptığı araştırmada, yapılan lojistik regresyon analizinde kardeş sayısının depresif semptom durumunu etkilemediği sonucuna varılmıştır. Literatürde kardeş varlığının depresif belirti düzeyine etkisi üzerine farklı sonuçlara rastlanmasına karşın bu araştırmada bulunan sonuç; kişinin kardeşe sahip olmasının, yaşamında yalnızlık çekmemesine ve sosyal yönden daha iyi

ilişkiler kurmasına olanak sağlayabilmesi ile açıklanabilir. Bu durumun da ruh sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu söylenebilir.

Öğrenciler kaldıkları yere göre değerlendirildiğinde depresif belirti düzeyi en yüksek olarak evde tek başına kalanlarda, en az ise ailesi ya da arkadaşıyla evde kalanlarda saptanmıştır. Karaoğlu ve Şeker (2011) Konya'da tıp fakültesi öğrencilerinde ailesiyle birlikte kalanlarda depresif belirti düzeyinin yurttaki kalanlardan daha düşük olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Türkleş'in (2007) yaptığı çalışmada da, en düşük depresyon puanı ailesiyle birlikte kalan öğrencilerde bulunmuştur. Yine Günay ve ark. (2011) ise üniversite öğrencilerinde en fazla olası depresyon oranını anlamlı fark olmasa da yurttaki kalanlarda, en az ise ailesiyle kalanlarda bulmuştur. Adewuya ve ark. (2007) Nijerya'da yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencilerinde kalacak yer probleminin depresyon oranını artırıcı etki ettiğini saptamışlardır. Mevcut çalışma ve literatürdeki çalışmaların sonuçları benzer olup, öğrencilerde depresyon düzeyinin genel olarak tek kalan ve yurttaki kalanlarda yüksek olduğu söylenebilir. Buna göre ailesiyle ya da arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde, depresyon için olası risk faktörlerinin diğer ortamlarda kalanlara nispeten daha az olduğu sonucuna ulaşılabılır.

5.3 Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Okudukları Bölümle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Öğrenim görülen program açısından bakıldığında olası depresyon oranı ve BDÖ puanı ön lisans (iki yıllık bölümler) öğrencilerinde, lisans (dört ve/veya daha fazla yıllık bölümler) öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür araştırması yapıldığında, depresyon için böyle bir karşılaştırma bulunamamıştır. Ancak ön lisans programında okuyanlarda okul derslerindeki başarısızlığın ve gelecekte meslek edinme kaygısının daha fazla olmasının depresif belirtilerin artmasına yol açabileceğini düşündürmektedir.

Okuduğu bölüme isteyerek gelen öğrencilerde, depresif belirti düzeyi anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuç, benzer koşullarda yapılan araştırmalara yakındır. Sokratous (2011) Güney Kıbrıs'ta üniversite öğrencilerinde okuduğu bölümü ilk sırada tercih edenlerde depresif semptomların daha düşük olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Deveci ve ark.'nın (2013) araştırmasında, okuduğu bölüme isteyerek gelen öğrencilerin depresif belirti düzeyinin istemeyerek gelenlere göre anlamlı

derecede düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerde gelecekteki yaşamı için bilinçli istek ve kararlılık önemlidir. Bu istek ve kararlılık durumunun da kişinin ruh sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu, en azından ruh sağlığının bozulmasına neden olmadığı ifade edilebilir (Karaoğlu ve şeker, 2011).

Araştırma kapsamındaki öğrencilerde derslerinde başarısız olanlarda ve genel olarak devamsızlık yapanlarda olası depresyon oranı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. Bu bulgulara benzer şekilde, Adewuya ve ark. (2007) Nijerya’da derslerinde problem olan üniversite öğrencilerinde depresyonun daha fazla görüldüğünü bulunmuşlardır. Yine Aslan’nın (2012) Diyarbakır’da üniversite öğrencilerinde yaptığı tez çalışmasında, okul başarısı düşük öğrencilerde depresyon oranı anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Gaziantep’te Ulaş ve ark. (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde depresif belirti düzeyinin en fazla başarısız olanlarda görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar, başarısızlık ve devamsızlık mı olası depresyona neden oluyor yoksa depresif durum mu başarısızlığı ve devamsızlığı etkiliyor gibi soruları düşündürür. Burada iki taraflı bir etki söz konusu olup, bireyin içinde bulunduğu depresif ruh hali (dikkatini toparlayamama, isteksizlik, unutkanlık, umutsuzluk, halsizlik ve uykululuk) derslerde devamsızlığa ve başarısızlığa sebep olabileceği gibi; derslerde devamsızlık ve başarısızlık neticesinde oluşan benlik saygısında ve özgüvende azalma, umutsuzluk ve kaygı hali de depresif belirtileri ortaya çıkarabilir.

5.4. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Ailesinde şiddet gören bireylerde ve anne ve/veya babası baskıcı olanlarda, depresif belirti düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde bulunan araştırmalarla uyumludur. Erzincan’da Türkleş ve ark.’ları (2008) tarafından yapılan çalışmada, anne ve/veya babanın evde şiddet uygulaması ve baskıcı tutumlarının depresyon puanını artırdığı tespit edilmiştir. Chen ve ark. (2013) Çin’de üniversite öğrencilerinde ailesiyle zayıf ilişkide olma durumunun depresyon olasılığını 1,41 kat artırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Elmas (2012) tarafından Edirne’de yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin ailelerinden aldıkları destek azaldıkça depresyonun arttığı saptanmıştır. Köroğlu (2013) bedensel ya da cinsel sömürü gören veya sürekli bir

şiddet görme tehdidi altında yaşayan insanlarda, depresyonun ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aile, kişiye ruh sağlığını korumada en önemli destek sağlayan yapıdır. Ailenin kişiye iyi tutum sergilemesi, onun ruh sağlığının korunmasında ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilmesinde etkili bir faktördür. Bu çalışmada elde edilen sonuç gibi aile ilişkileri bozuk bireylerde, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara meyil artmaktadır.

Ailesinin aylık geliri asgari ücretin altında olan ve aylık toplam geliri giderlerini karşılamayan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmayla uyumlu olacak şekilde yurtiçi ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada, ailenin ve/veya öğrencinin gelir düzeyinin düşük olmasının depresif belirti görülme sıklığını artırdığı görülmektedir (Pan ve ark., 2015; Bayram ve Bilge, 2008; Tezel ve ark., 2009., Emiroğlu ve ark., 2011). Ekonomik sıkıntılar herkeste belirli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ekonomik olarak sıkıntı yaşayan öğrenciler beslenme, barınma, giyecek ve sosyal aktivitelere katılma gibi gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmekte ve bu durumun ruhsal strese neden olmasıyla depresif ruh haline ortam hazırlanabilmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde düzenli bir hobinin varlığı, olası depresyon oranını etkilememektedir. Deveci ve ark.'nın Kilis'te sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, hobisi olan ve olmayanlar arasında BDÖ puanı açısından fark bulunamamıştır. Yine Emiroğlu ve ark. (2011) Gaziantep'te lise öğrencilerinde herhangi bir hobinin varlığının, depresyonu anlamlı bir şekilde etkilemediğini saptamışlardır. Genel olarak düzenli bir hobinin varlığı depresyona neden olan stres faktörünü azaltmasına karşın, literatürdeki araştırmalar hobi varlığının depresyon oranını etkilemediğini göstermektedir. Bu durum hobi kavramının öğrenciler tarafından değişik yorumlanmasından kaynaklanıyor olabilir.

Genellikle kendini yalnız hisseden öğrencilerde, depresif belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek elde edilmiştir. Bu araştırmanın sonucuyla uyumlu olarak, Türkleş ve ark.'nın (2008) çalışmasında, kendini her zaman yalnız hisseden öğrencilerde depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Tezel ve ark.(2011) ise hiç arkadaşı olmayan üniversite öğrencilerinde, BDÖ puanının yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durum, depresyon için sosyal desteklerin yetersizliği, izolasyon ve

yalnız yaşımanın önemli risk etkenleri arasında sayılmasıyla açıklanabilir (Yüksel, 2014).

Herhangi bir sosyal güvencesi olan ve olmayan öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı arasında daha önce yapılan çalışmalarla (Özfiat, 2007; Deveci ve ark., 2013) benzer şekilde anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre sosyal güvence olup olmama durumunun, depresyon için bir risk faktörü oluşturmadığı sonucu çıkarılabilir.

Üniversiteye gelmeden önce köy veya kasabada yaşayan öğrencilerde, depresif belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yüksek bulunmuştur. Bu durumla ilgili yapılan çalışmalar, farklı sonuçlar içermektedir. Günay ve ark. (2009) ile Tezel ve ark. (2011) depresyon puanının yaşanılan yer ile değişmediğini saptarken, Özdel (2001) Denizli’de yaptığı araştırmada mevcut çalışmayla uyumlu bir şekilde, daha önce köy veya kasabada yaşayan öğrencilerde depresif belirti düzeyinin daha fazla oranda olduğunu saptamıştır. Bu durum, küçük yerleşim yerlerinden gelen gençlerin farklı arkadaş ortamına ve üniversite hayatına uyum sağlamada güçlük çekmesi sonucunda duygusal örselenmeler oluşmasıyla ve neticede depresif belirtilerin ortaya çıkmasıyla açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerde Samsun’da yaşamaktan memnun olmamak 2.17 kat fazla olası depresyon riski oluşturmaktadır. Yaşadığı çevre, kişinin sosyal ve toplumsal ilişkilerinde önemli bir yer tutmaktadır. Ruh sağlığı, bireyin bulunduğu toplumun gereklerine uygun olarak çevresiyle uyumlu olması ve kendinden memnuniyet hali diye tanımlanırsa; bulunan ortamdan memnuniyetsizlik kişide çeşitli içsel problemlerin ve stres faktörlerinin meydana gelmesine zemin hazırlayıp ruh sağlığının bozulmasına neden olabilir.

5.5. Öğrencilerin Depresif Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Obez olan öğrencilerde depresif belirti düzeyinin anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. Kilo ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı kısıtlı olmakla beraber, Ulaş ve ark.’nın (2015) Gaziantep’te üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada kendini şişman olarak görenlerde depresyon puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hyakutake ve ark.’nın (2016) Japon öğrencilerinde ve Nasioudis ve ark.’nın (2015) Yunan askeri öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda ise, BKİ ile

depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kilolu bireylerde beden ağırlığıyla çok fazla meşgul olma ve bozulmuş beden imajı mevcuttur. Bu kişiler benlik saygısında azalma, toplumda gülünç duruma düşme ve dışlanma ile karşı karşıyadırlar. İfade edilen kişisel ve sosyal tutumlar da kişide olumsuz duyguların pekişmesine neden olup, ruhsal hastalıklar ve depresyon için hazırlayıcı birer risk oluşturmaktadırlar.

Sigara ve alkol kullanan öğrencilerde, depresif belirti düzeyi daha önce yapılmış benzer çalışmalarla uyumlu bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Sokratous (2011) Güney Kıbrıs'ta üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullananlarda depresif belirti gözükme oranının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Adewuya ve ark.'nın (2007) Nijerya'da yaptıkları çalışmada ise üniversite öğrencilerinde depresyon riskini günde 5 adetten fazla sigara içmek 3,67 kat, Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (AUDIT) skorunun >10 olması ise 9,44 kat artırmaktadır. Türkiye'de yapılan başka çalışmalar da (Kutlu ve ark., 2008; Babacan Gümüş A., 2015; Marakoğlu ve ark., 2006; Türkleş ve ark., 2009; Özkan ve ark., 2004) sigara ve alkol kullanımının depresif belirtilere etkisi yönünden incelendiğinde, bu çalışmanın sonucuyla uyumlu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, depresyon için sigara ve alkol önemli bir risk faktörüdür. Genel olarak sigara içenlerde yaşam boyu depresyon gelişme riski, içmeyenlere göre iki kattan daha fazladır (Marakoğlu ve ark., 2006). Alkol kötüye kullanımı olan kişilerin %30 kadarı depresyon ölçütlerini karşılamaktadır (Mayo Clinic, 2004). Aynı zamanda alkol ve diğer bağımlılık yapan maddelerin kişinin duygusal durumunu olumsuz yönde etkilemesinden dolayı, ruhsal hastalıklara ve depresyona neden olabilmektedir.

Araştırma grubunda kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren öğrencilerde, olası depresyon oranı ve BDÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük saptanmıştır. Emiroğlu ve ark.'nın (2011) çalışmasında, kendi sağlık durumunu iyi olarak algılayan öğrencilerin depresyon düzeyleri diğerlerinden daha düşük çıkmıştır. Yine Deveci ve ark. (2013) Kilis'te sağlık yüksekokulu öğrencilerinde kendi sağlığını kötü olarak değerlendirenlerde, BDÖ puanını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Bu durumdan kişinin beden sağlığının iyi olmamasının ruh sağlığını da olumsuz yönde etkileyebileceği sonucu çıkarılabileceği gibi, depresif bireylerde mevcut olan umutsuzluk, zevk alamama ve değersizlik gibi duyguların da kendi sağlığı hakkında olumsuz düşünceleri çağırıştırabileceği görülmektedir. Ayrıca depresyondaki kişilerde

vücutta sık görülen ağrı, sızı ve sindirim sorunları da beden sağlığının kötü hissedilmesine neden olabilir.

Düzenli spor yapan öğrencilerde, depresif belirti düzeyi daha az bulunmuştur. Bu araştırmayla uyumlu olarak, Işık ve ark.'nın (2015) Afyon'da üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada spor yapan öğrencilerde BDÖ puanı anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Yıldırım ve ark. (2015) ise üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite arttıkça depresyon durumunun azaldığını bulmuşlardır. Spor ve egzersiz bireyde kaygı, stres ve üzüntü halinin azalmasına sebep olmakla beraber, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde geliştirir. Bu durumu destekler nitelikte Tekin ve ark. (2009) serbest zamanda yapılan fiziksel egzersizin öğrencilerde depresyon düzeyini azalttığını belirtmişlerdir. Ruh sağlığının korunmasında düzenli ve amacına uygun spor ve egzersiz aktivitelerinin yapılmasının faydalı olduğu söylenebilir. Bazı araştırmalar düzenli fiziksel aktivitenin depresyonu ve depresyona eğilimi azalttığını, yaşam kalitesini artırdığını, kişide sosyal ilişkileri ve özgüveni artırdığını göstermektedir (Can ve ark., 2014).

Uyku sorunu yaşayan öğrencilerde, daha önce yapılan yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarla benzer şekilde, depresif belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Chen C.J. ve ark. (2015) Çin'de hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde uyku kalitesinin depresif semptomlar için prediktör bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Işık ve ark.'nın (2015) çalışmasında ise toplam uyku kalitesi ile depresyon skoru arasında pozitif yönlü, orta derece, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Aslan (2012) uyku kalitesi az olan üniversite öğrencilerinde depresyon oranının anlamlı şekilde arttığını bulmuştur. Burada dikkat edilmesi gereken durum depresyon ve uyku bozukluğu arasındaki ilişkinin hangisinin sebep, hangisinin sonuç olduğunun belirlenmesidir. Genel olarak depresyonun en sık görülen belirtilerinden biri uykuya dalma ve uykuda kalma güçlüğüdür. Depresyon olgularının uyku EEG'lerinde de bozukluklar gözlenebilmektedir. En sık saptanan bulgu uyku latansında (uykuya dalma süresi) uzamadır. Böylece uyku sürekliliği yitilir ve bu durum da içsel gücün yitirilmesine ve bitkinliğe neden olarak depresyonu daha da artırır (Koroğlu, 2013; Yemez ve Alptekin, 1998).

Düzensiz beslendiğini ifade eden öğrencilerde, depresif belirti düzeyi anlamlı derecede yüksek elde edilmiştir. Benzer şekilde, Deveci ve ark.'nın (2013) Kilis'te yaptığı çalışmada, düzensiz beslenen öğrencilerde BDÖ puanı fazla bulunmuştur. Yine

Ulaş ve ark. (2015) Gaziantep'te günlük öğün atlayan üniversite öğrencilerinde depresyon puanının fazla olduğunu saptamışlardır. Depresyonla beslenme düzeni arasında neden sonuç ilişkisini doğru okumak gerekir. Bu sonuçlar neticesinde, depresif semptomları olan öğrencilerde beslenme düzensizliği daha fazla olabilir tarzında yorum yapmak daha uygun olabilir. Çünkü depresyon iştahı etkiler; depresyondaki çoğu kişi yemeklere karşı ilgisini yitirir. Daha az yemek yerler ve ilgisizlikten düzenli beslenemezler (Köroğlu, 2013).

Araştırmaya katılan öğrencilerden daha önce psikiyatrik yardım alan ve ruhsal bir hastalığı olanlarda olası depresyon oranı ve BDÖ puanı anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu sonuçlar literatürdeki benzer araştırmaların bulguları ile uyumludur (Sokratous ve ark., 2014; Kaya, 2003; Özfırat, 2007). Genellikle depresyon ve diğer ruhsal hastalıklar bir aradadırlar; bu durum “komorbid durum” olarak adlandırılır (Mayo Clinic, 2004). Örneğin en sık görülen depresyon çeşidi olan major depresyon geçirmiş olan bireylerin %40'ından fazlası, yaşamın bir döneminde, diğer bir ya da birden çok ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayan birtakım ek belirtiler gösterir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Araştırma kapsamındaki öğrencilerde ruhsal hastalık dışında kronik hastalık varlığı 2,03 kat fazla olası depresyon riski oluşturmaktadır. Benzer şekilde, Sokratous (2011) Güney Kıbrıs'ta üniversite öğrencilerinde son bir ay içinde fiziksel sağlığının kötü olduğunu ifade edenlerde, depresif semptom oranını anlamlı derecede fazla bulmuştur. Yine Günay ve ark.'nın (2011) Kayseri'de yaptığı çalışmada BDÖ puanı fiziksel hastalığı olan öğrencilerde anlamlı şekilde daha yüksektir. Dinç Hür ve ark.'nın (2014) Karabük'te sağlık yüksek okulu öğrencilerinde yaptığı araştırmada kronik hastalığı olan öğrencilerde depresif belirti düzeyi daha fazla çıkmıştır. Bu sonuçlar neticesinde, birçok hastalık doğrudan ya da dolaylı olarak depresyon belirtilerine neden olabilir. Depresyon, bedensel bir hastalığın sonucu olabileceği gibi bedensel hastalığa psikolojik bir tepki de olabilir. Ya da kronik hastalıklarda kullanılan ilaç tedavisinin bir sonucu olarak depresyon meydana gelebilir (Köroğlu, 2013).

Ailesinde herhangi bir ruhsal hastalığı olan öğrencilerde depresif belirti düzeyi anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuş olup; bu durum literatür bulgularıyla uyumludur. Ailede psikiyatrik hastalık varlığı (özellikle duygudurum bozukluğu) depresyonda önemli bir risk etkenidir (Ünal ve ark., 2002). Sokratous (2011) Güney

Kıbrıs'ta ailesinde ruhsal hastalığı olan öğrencilerde, depresif belirti oranının 2,85 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Türkleş ve ark.'nın (2007) Erzincan'da yaptığı çalışmada ise, ailesinde psikiyatriste gitme ihtiyacı olanlarda depresyon puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ünal ve ark.'nın (2002) depresyon hastalarında yaptığı başka bir çalışmada, hastaların %17,5'i ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bildirmektedirler. Bu sonuçlardan hareketle, depresyonda aile öyküsü bilinen bir risk etmenidir. Depresif kişilerin anne, baba, kardeşler, çocuklar gibi birinci derece akrabalarının, ailede depresyon öyküsü olmayanlara göre daha yüksek bir risk altında olduğu söylenebilir. Artmış risk genetik, aile çevresi veya her ikisi ile ilişkili olabilir (Mayo Clinic, 2004).

5.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın önde gelen bir kısıtlılığı örneklemin sadece Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinden seçilmesidir. Bu nedenle sonuçların ülke genelini temsil etmesi beklenemez. Diğer bir kısıtlılık; bir anket çalışması olduğu için verilerin yalnızca beyana dayalı olmasıdır. Başka bir kısıtlılık ise, kesitsel nitelikteki bu çalışmada, araştırılan değişkenler beraber sorgulandığı için bulunan istatistiksel farkların hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunun belirlenmesindeki güçluktur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1) Çalışma sonunda Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde olası depresyon oranı (BDÖ ≥ 17) %27,3 olarak bulunmuştur. Bu oran toplumdaki genel depresyon prevalansından yüksektir.

2) Kız ve erkek öğrencilerde olası depresyon oranı eşit bulunmuştur. Bu durum, depresyon sıklığına cinsiyetin etkisinin farklı toplumlar için değişebileceğini ve üniversite öğrencilerinde depresyona neden olan stres faktörlerinin her iki cinsiyette benzer olması ile açıklanabilir.

3) Öğrencilerde depresif belirti düzeyi,

- Üniversite hayatına yeni başlayan ve yaşı küçük olanlarda,
- Annesi vefat etmiş olanlarda,
- Babası herhangi bir işte çalışmayanlarda,
- Anne-babası boşanmış olanlarda,
- Kardeşi olmayanlarda,
- Öğrenim hayatında tek başına kalanlarda,
- İki yıllık ön lisans programında okuyanlarda,
- Okuduğu bölüme istemeyerek gelenlerde,
- Derslerinde başarısız olan ve genellikle devamsızlık yapanlarda,
- Ailesinde şiddet uygulayan birey olanlarda ve anne-babası baskıcı ve ilgisiz olanlarda,
- Ailesinin aylık geliri düşük olan ve gelirleri giderlerini karşılayamayanlarda,
- Genellikle kendini yalnız hissedenlerde,
- Samsun'da yaşamaktan memnun olmayanlarda,
- Obez olanlarda,
- Sigara ve alkol kullananlarda,
- Kendi sağlığını kötü hisseden ve ruhsal hastalık dışında kronik hastalığı olanlarda,
- Düzenli spor yapmayanlarda,
- Uyku sorunu olan ve düzensiz beslenenlerde,
- Daha önce psikiyatrik yardım alan ve herhangi bir ruhsal hastalığı olanlarda,
- Ruhsal hastalık dışında kronik hastalığı olanlarda,

- Ailesinde ruhsal hastalığı olanlarda yüksek olarak bulunmuştur.

4) Sigara ve alkol kullanımının üniversite öğrencilerinde halen yüksek olduğu ve zararlı alışkanlıklarla mücadele konusunda üniversite çağındaki gençlere yönelik programların geliştirilmesinin önemli olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlardan hareketle, tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi depresyon gibi ruh sağlığı bozukluklarıyla da mücadele etmede en etkin yol, hastalık meydana gelmeden önce alınacak önlem ve müdahalelerdir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile hastalıkların başlamasının engellenmesi veya geciktirilmesi, hastalık süresinin kısaltılması ve hastalıktan dolayı yeti yitiminin azaltılması hedeflenir. Bu aşamada hastalıkların risk faktörlerinin azaltılması, hastalıklara karşı direncin artırılması ve hastalıkların çoğalmasının önüne geçilmesi sağlanabilir. Genel olarak gençlik çağında görülen depresif bozukluklar sadece bu döneme özgü kalmayıp, yetişkinlik döneminde de ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu anlamda üniversite çağındaki gençlere verilecek koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri daha büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla;

- Gençlerin sağlık sorunları, sadece bedensel hastalıklar yönünden değil, ruh sağlığını da içine alacak şekilde daha bütüncül olarak ele alınmalı ve bu konularda uzman kişilere ulaşımın kolaylaştırılması sağlanmalıdır.
- Üniversite çağında gençlerin kişisel ve sosyal olarak hızlı bir değişim yaşamalarından ötürü koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunarken onların özelliklerini, sorunlarını, ihtiyaçlarını ve bulunduğu ortamın koşullarını dikkate almak gerekmektedir.
- Üniversitelerde psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri genişletilmeli, gençlerin uygun aralıklarla ruhsal değerlendirmeyi de içine alacak şekilde genel sağlık kontrollerinden geçirilmeleri sağlanmalıdır.
- Üniversiteye yeni başlayan öğrencilere, genel olarak daha önceki yakın çevresinden ayrıлып farklı bir ortama geçtiklerinden karşılaşılabilecekleri sorunlarla baş edebilmeleri için yardımcı olunmalıdır.
- Bu dönemdeki gençlerin en önemli sorunlarından biri olan sosyal destek eksikliğini gidermek için çeşitli önlemler alınmalı, gençlerin birbirleriyle tanışıp samimi olmaları ve sosyal ilişkilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır.

- Öğrenciler fakültelerde çeşitli uygulamalarla ve kitle iletişim araçlarının da yardımıyla sigara, alkol ve diğer zararlı alışkanlıklara karşı bilinçlendirilmeli ve zararlı maddelerle ilgili yasaların uygulanması kontrol edilmelidir.
- Öğrencilere üniversite sınavı sonrası istediği ve kendi yeteneğine uygun bölümlere gitmeleri için uygun rehberlik hizmetleri sağlanmalıdır.
- Öğrencilere verilecek eğitimin niteliği artırılmalı ve ders başarısızlığına neden olan durumlar üzerinde durularak, buna göre tedbirler alınmalıdır.
- Ekonomik olarak gerçek anlamda ihtiyaçlarını karşılayamayan öğrenciler belirlenmeli ve bu ihtiyaçlarının giderilmesinde yardımcı olunmalıdır.
- Düzenli spor ve egzersiz yapmanın depresyona eğilimi azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde geliştirdiğinden hareketle; dörtte bir öğrencide görülen spor yapma alışkanlığı oranı artırılmalı, her öğrenci yetenek ve ilgisine göre en az bir spor dalına yönlendirilmelidir. Bunun için de gerekli rehberlik hizmetleri sağlanmalı ve spor yapılacak tesislerin sayı ve nitelikleri artırılmalıdır.
- Sağlık hizmetleri planlaması yapılırken, gençlerde ruh sağlığı sorunlarının neden olduğu sağlık, sosyal ve ekonomik yükü azaltmak için kapsayıcılığı ve ulaşılabilirliği artırmaya yönelik politikalar geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

Abalı O., (2004). Ergenlik Dönemi ve Sorunları, 1. Baskı, Epsilon Yayıncılık Hizmetleri Tic. ve San. Ltd. Şti., İstanbul, 26.

Adewuya A.O., Ola B.A., Aloba O.O., Mapayi B.M., Oginni O.O., (2006). Depression Amongst Nigerian University Students, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2006) 41:674–678.

Ağaoğlu B., (2008). Depresif Bozukluklar. Çetin F.Ç., Coşkun A., Pehlivan Türk B., İşeri E., Türkbay T., Miral S., Uslu R., Motavallı N., Ünal F. (ed): Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 373-374.

Alper Y., Bayraktar E., Karaçam Ö., (2000). Herkes İçin Psikiyatri, Yeni Seri:268, Ruh Sağlığı:5, Gendaş A.Ş., İstanbul, 10,11.

Amerikan Psikiyatri Birliği., (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan (çev. Koroğlu E.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 92-94.

Arnault D.S., Sakamoto S., Moriwaki A., (2006). Somatic and Depressive Symptoms in Female Japanese and American Students: A Preliminary Investigation, Transcult Psychiatry, 2006 Jun; 43(2): 275-286.

Aslan (2012). Dicle Üniversitesinde Tıp Fakültesi ve Diğer Fakültelerde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerinde Kronik Yorgunluk ve Depresyon Sıklığının İncelenmesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.

Aylaz R., Kaya B., Dere N., Karaca Z., Bal Y., (2007). Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasında Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler, Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:46-51.

Aydın B., (2013). Çocuk ve Ergen Psikolojisi, 4. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 203-205.

Babacan Gümüş A., (2015). Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme, Bağımlılık Dergisi, 2015, Cilt:16, Sayı:1, s:9-17.

Bayram N., Bilgel N., (2008). The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress Among A Group of University Students, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2008) 43:667–672.

Behrman R.E., Kliegman R.M., (2003). Nelson Essentials of Pediatrics, Türkçe, (Tuzcu S., Tuzcu M., çev.), Dördüncü Edisyon, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 251-255.

Berk L., (2009). Child Development, Eight Edition, Pearson Education, Boston, 200.

Binbay T., Direk N., Aker T., Akvardar Y., Alptekin K, Cimilli C., Çam B., Deveci A., Gültekin B.K., Şar V., Taycan O., Ulaş H., (2013). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler, Türk Psikiyatri Dergisi 2013; 24.

Can S., Arslan E., Ersöz G., (2014). Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite, Ankara Üniv. Spor Bil. Fak, 2014, 12 (1), 1-10.

Census Bureau, (2015). United States Department of Commerce.

<http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=%20Results%20&T=10&A=aggregate&RT=0&Y=2013&R=1&C=> (Erişim Tarihi 02/01/2016).

Census Bureau, (2015). United States Department Of Commerce.

<http://www.census.gov/population/international/data/countryrank/rank.php>

(Erişim Tarihi 09/04/2016).

Chen L., Wang L., Qiu X.H., Yang X.X., Qiao ZX., Yang Y.J., Liang Y., (2013). Depression Among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates, Plose One, March 2013, Volume 8, Issue 3, e58379.

Ceylan A., Özen Ş., Palancı Y., Saka G., Aydın Y.E., Kıvrak Y., Tongolar Ö., (2003). Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin Çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:144-14.

Çetin F.Ç., Canat S., Kılıç E., Şenol S., Rugancı N., Öncü B., Hoşgör A.G., Işıklı S., Avcı A., (2004). Ergen ve Ruhsal Sorunları: Durum Saptama Çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, 4:21-23.

Derman O., (2008). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı 2., Sempozyum Dizisi No:63 (Mart 2008), 19-21.

Deveci S.E., Ulutaşdemir N., Açık Y., (2013). Bir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerde Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Fırat Tıp Derg./Firat Med J 2013; 18(2): 98-102.

Dinç Hür S., Andsoy I.I., Oksay Şahin A., Kayhan M., Eren S., Zünbül M., Akgün H., İnanmaz N., (2014). Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirtiler,, *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5(2):72-76.

Doğan T., (2006)., Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Dursun O.B., Güvenir T., Özbek A., (2010). Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, (3):401-416.

Durukan İ., Karaman D., Kara K., Türker T., Tufan A., Yalçın Ö., Karabekiroğlu K., (2011). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24(2):113-120.

Ebert M.H., Nurcombe B., Loosen P.T., Leckman J.F., (2013). Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi (çev. Selçuk C.), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 8,9.

Elmas Ü., (2012). 5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne.

Emiroğlu M., Murat M., Bindak R., (2011). Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Yordayan Sosyo-Demografik Değişkenlerin Belirlenmesi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Güz-2011, Cilt:10 Sayı:38, 262-274.

Ercan O., (2008). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı 2., Sempozyum Dizisi No:63 (Mart 2008), 13-18.

Ertan T., (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:25-30.

Eryüksel G.N., Akün E., (2003). Depresyonu Olan Ergenler ile Ana-Babalarının Aile İlişkilerinin ve Bilişsel Çarpıtmalarının İncelenmesi, Türk Psikoloji Dergisi 2003, 18 (51), 59 – 73.

Güleç C., (2012). Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Güler Ç., Akın L., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3. Cilt, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1822-1827.

Gültekin B.K., (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4):583-594.

Günay O., Akpınar F., Poyrazoğlu S., Aslaner H., (2011). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler, Turkish Journal of Public Health 2011;9(3).

Hatipoğlu N.Ş., (2013). Adolesanlarda Psikososyal Gelişim. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 4(1):12-15.

Hisli N., (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 6(22):118-126.

Hisli N., (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği, Psikoloji Dergisi, 7(23):3-13.

Hisli Şahin N., Durak Batıgün A., Uğurtaş S., (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı, Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(2):125-135.

Hyakutake A., Kamijo T., Misawa Y., Washizuka S., Inaba Y., Tsukahara T.,, Nomiyama T., (2015). Cross-Sectional Observation of The Relationship of Depressive Symptoms with Lifestyles and Parents' Status Among Japanese, Environ Health Prev Med.

Işık Ö., Özarıslan A., Bekler F., (2015). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi ve Depresyon İlişkisi, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi Cilt 9, Özel Sayı, 2015.

Kabakçı E., (2001). Üniversite Öğrencilerinde Sosyotropik/Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(4):273-282.

Kaplan H. I., Sadock B.J., (2004). Klinik Psikiyatri, (Ercan A. çev. ed.), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 172-177.

Karabekiroğlu K., (2009). Anne-Babalar İçin Ergen Ruh Sağlığı Rehberi, 1. Baskı, Say Yayınları, İstanbul, 205-210.

Karaoğlu N., Şeker M., (2011). Klinik Öncesi Yıllardaki Tıp Öğrencilerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkili Olabilecek Faktörler, TAF Prev Med Bull 2011; 10(3): 303-312.

Kaya M., (2003). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Sağlık Durumu, Depresyon Sıklığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya.

Koç M., (2004). Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 17, Yıl: 2004/2, 231-256.

Köknel Ö., (1999). Günlük Hayatta Ruh Sağlığı, 1. Baskı, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1-5.

Köroğlu E., (2012). Klinik Psikiyatri, HYB Yayıncılık, Ankara, 193.

Köroğlu E., (2013). Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?, Dördüncü Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 11-93.

Köroğlu E., Güleç C., (2007). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 67-262.

Kulaksızoğlu A., (2000). Ergenlik Psikolojisi, 3. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 33-108.

Kutlu R., Çivi S., Őahinli A.S., (2009). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı, TAF Prev Med Bull 2009; 8(6):489-496.

Magklara K., Bellos S., Niakas D., Stylianidis S., Kolaitis G., Mavreas V., Skapinakis P., (2015). Magklara et al., BMC Psychiatry (2015), 15:199.

Marakoğlu K., Toprak D., Őensoy N., (2006). Tıp Fakóltesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Depresyon Durumu Arasındaki İlişki, Kocatepe Tıp Dergisi, 7: 1-8 /Mayıs 2006.

Mayo Foundation for Medical Education and Research, (2004). Kramlinger K., (ed): Mayo Clinic Depresyon, (Ali B. çev. ed.), Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, 3-73.

Mikolajczyk RT., Maxwell AE., El Ansari W., Naydenova V., Stock C., İlieva S., Dudziak U., Nagyova I., (2005). Prevalence of Depressive Symptoms in University Students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008 Feb; 43(2): 105-112.

Nasioudis D., Palaiodimos L., Dagiasis M., Katsarou A., Ntouros E., (2015). Depression in Military Medicine Cadets: A Cross-Sectional Study, Nasioudis Et Al. Military Medical Research (2015) 2:28.

Neyzi O., Ertuğrul T.Y., (2002). Pediatri, Cilt 1, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 113.

Noble RE (2005). Depression in Women, Metabolism; 54 (5 Suppl 1):49-52.

Ocaktan M.E., Özdemir O., Akdur R., (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, Kriz Dergisi 12(2): 63-73.

Oğuz A., Özdemir M., Çıtıl R., (2011). Ruh Sağlığı Sorunları ve Epidemiyolojisi, Öztürk Y., Günay O., (ed): Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 172, Kayseri, 1233-1242.

Özcebe H., (2002). Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 11(10):374-377.

Özçakar N., (2010). Birinci Basamakta Adölesana Yaklaşım, Turkish Family Physician, 1(1):23-28.

Özdel L., (2001). Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Sıklığı ve Sosyo-Demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Özdemir O., Özdemir P., Kadak M., Nasıroğlu S., (2012). Kişilik Gelişimi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4):566-589.

Özfırat Ö., (2007). Malatya İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Özkan S., Nur Aksakal F., Durukan E., İlhan M.N., Aslan S., Aycan S., (2004). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Depresyon Envanteri ile Değerlendirilmesi, IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 3-6 Kasım 2004; Ankara.

Öztop D.B., (2012). Adölesanda Ruhsal Sorunlar, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16(ek):14-18.

Öztürk M.O., Uluşahin A., (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 114-343.

Özyurt B.C., Deveci A., (2010). Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21().

Özyurt S., Doğan M.S., (2002). Gençlik Problemleri Açısından Üniversite Gençliği, Birinci Baskı, Değişim Yayınları, Adapazarı, 6-17.

Pan X.F. ve ark., (2015). Prevalence of Depressive Symptoms and its Correlates Among Medical Students in China: A National Survey in 33 Universities, *Psychology, Health & Medicine*, 2015, <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2015.1127395> (Erişim Tarihi 10/03/2016).

Parlaz E., Tekgül N., Karademirci E., Öngel K., (2013). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician*, 3(2):10-16.

Sağlık Bakanlığı, (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Birinci Baskı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Santrock J.W., (2012). Ergenlik (D.M. Siyez, çev.), 14. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 338.

Sokratous S., Merkouris A., Middleton N., Karanikola M., (2014). The Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Depressive Symptoms Among Cypriot University Students: A Cross-Sectional Descriptive Co-Relational Study, *Sokratous Et Al. BMC Psychiatry* 2014, 14:235.

<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/235> (Erişim Tarihi 10/03/2016).

Steinberg L., (2007). Ergenlik (F. Çok, çev.), 1. Baskı, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 253-518.

Şireli Ö., Çolak M., Orak Y., Sakınç N., (2015). Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon ve İntihar Olasılığı ile İlişkisi, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 22 (2).

Tan Y., Chen Y., Lu Y., Li L., (2016). Exploring Associations Between Problematic Internet Use, Depressive Symptoms and Sleep Disturbance Among Southern Chinese Adolescents, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2016, 13, 313.

Taşğın E., ve Çuhadaroğlu Çetin F., (2006). Ergenlerde Major Depresyon: Risk Etkenleri Koruyucu Etkenler ve Dayanıklılık, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 13 (2).

Tekin G., Amman M.T., Tekin A., (2009). Serbest Zamanlarda Yapılan Fiziksel Egzersizin Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Atılganlık Düzeylerine Etkisi, *International Journal of Human Sciences*, 2009; 6(2), 148-159.

Taycan O., Kutlu L., Çimen S., Aydın N., (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:100-108.

Tezel A., Arslan S., Topal M., Aydoğan Ö., Koç Ç., Şenlik M., (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12: 4.

Tokuç B., Evren S.M., Ekuklu G., (2009). Edirne ve Hayrabolu Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2):155-160.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2014).

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018 (Erişim Tarihi 02/04/2016).

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2014).

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18625> (Erişim Tarihi 22/02/2016).

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2015).

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507> (Erişim Tarihi 10/04/2016).

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2014). İstatistiklerle Gençlik 2015,

http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=251

(Erişim Tarihi 22/02/2016).

Türkleş S., Hacıhasanoğlu R., Çapar S., (2008). Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 2.

Ulaş B., Tatlıbadem B., Nazik F., Sönmez M., Uncu F., (2015). Üniversite

Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler, CBU-SBED, 2015, 2(3): 71-75.

UN (United Nations), (2008). <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf> (Erişim Tarihi 06/03/2015).

Ünal S., (2010). Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yüğü, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ünal S., Küey L., Güleç C., Bekaroğlu M., Evlice Y.E., Kırılı S., (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, Klinik Psikiyatri, 2002; 5: 8-15.

WHO (World Health Organization), (2001).

http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf (Erişim Tarihi 07/02/2016).

WHO (World Health Organization), (2014).

http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing_adolescence.html (Erişim Tarihi 07/01/2016).

Williams J., Nieuwsma J., (2016). Screening for Depression in Adults, <http://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults> (Erişim Tarihi 09/03/2016).

Yazıcı E. ve ark., (2001). Üniversite Gençliği 2001, Üniversite Gençliğinin Sosyo-Kültürel Profili Üzerine Bir Alan Araştırması, G.Ü. İletişim Fakültesi Basımevi, Ankara, 11.

Yazıcı E. ve ark., (2003). Türk Üniversite Gençliği Araştırması, Gazi Üniversitesi, Ankara, 12-14.

Yelkenci İ., (2013). Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon ile Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yemez B., Alptekin K., (1998). Depresyon Etiyolojisi, Psikiyatri Dünyası, 1998;1:21-25.

Yıldırım İ., Özşevik K., Özer S., Canyurt E., Tortop T., (2015). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ile Depresyon İlişkisi, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi Cilt 9, Özel Sayı, 2015.

Yörükoğlu A., (2000). Gençlik Çağı, 11. Basım, Özgür Yayınları, İstanbul, 13-21.

Yüksel N., (2014). Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 283.

8.EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi için planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü artıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için **lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız**. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Fakülte/ Yüksek Okul Adı: _____ 2. Sınıfınız: _____
3. Yaşınız: _____ 4. Boyunuz.....cm _____ 5. Kilonuz.....kg _____
6. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
7. Medeni durumunuz: Bekar Evli Dul/Boşanmış
8. Anne: Sağ Yaşamıyor 9. Aile yapınız nasıldır?
Baba: Sağ Yaşamıyor Çekirdek aile Geniş aile
10. Anne ve babanızın medeni durumu için hangisi uygundur?
 Evli Boşanmış Diğer (Belirtiniz):
11. Anne Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Baba Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
12. Anneniz çalışıyor mu?
 Çalışmıyor İşçi Memur Serbest Meslek Emekli Diğer(belirtiniz).....
13. Babanız çalışıyor mu?
 Çalışmıyor İşçi Memur Serbest Meslek Emekli Diğer(belirtiniz).....
14. Kardeşiniz var mı?
 Hayır Evet (Kardeş sayısı:.....)
15. Nerede kalıyorsunuz?
 Evde-Ailemle Evde-Arkadaşlarımla Yurtta Evde-Tek başıma Diğer (belirtiniz).....
16. Sigara içiyor musunuz?
 Hayır Evet (Günde kaç adet içiyorsunuz:.....)
17. Alkol kullanıyor musunuz?

- Hayır Evet (Ne sıklıkta kullanıyorsunuz:)
- 18. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?**
Hayır Evet
- 19. Düzenli bir hobiniz var mı?**
Hayır Evet
- 20. Uyku sorunu yaşıyor musunuz?**
Hayır Evet
- 21. Beslenme durumunuz nasıl?**
Düzenli Düzensiz
- 22. Genellikle kendinizi yalnız hisseder misiniz?**
Hayır Evet
- 23. Daha önce ruh sağlığı uzmanından yardım aldınız mı?**
Hayır Evet
- 24. Daha önce ruhsal bir hastalık tanısı aldınız mı?**
Hayır Evet (hastalığı belirtiniz).....
- 25. Ruhsal hastalık dışında kronik bir hastalığınız var mı?**
Hayır Evet (hastalığı belirtiniz).....
- 26. Ailede ruhsal hastalık/depresyon olan var mı?**
Hayır Evet
- 27. Genel olarak kendi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**
İyi Orta Kötü
- 28. Okuduğunuz fakülte/bölümü isteyerek mi tercih ettiniz?**
Hayır Evet
- 29. Size göre ders başarı durumunuz nasıldır?**
Başarılıyım Orta derece başarılıyım Başarısızım
- 30. Derslere devam durumunuz nasıldır?**
Genellikle derslere girerim Genellikle derslere girmem Diğer (belirtiniz).....
- 31. Evinizde aile içi şiddet uygulayan birey (baba, anne, kardeş) var mı?**
Hayır Evet
- 32. Anne ve/veya babanızın size karşı aile içindeki tutumları nasıldır?**
Demokratik Baskıcı İlgisiz
- 33. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?**
Asgari ücretin üzerinde Asgari ücretin altında
- 34. Aylık geliriniz giderleriniz için yeterli midir?**
Yeterli Orta derecede yeterli Yetersiz
- 35. Sosyal güvenceniz(SGK) var mıdır?**
Hayır Evet

36. Üniversite eğitime başlamadan önce sürekli yaşadığınız yer neresidir?

İl merkezi

İlçe merkezi

Kasaba/köy

37. Samsun'da yaşamaktan memnun musunuz?

Hayır

Evet

EK-2 Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek **son bir (1) hafta içerisinde** kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik **21 maddeden** oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTA İÇERİSİNDE** size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor; fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
12. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
15. (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
18. (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 ()
19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde 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 kaybettim.
21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.