

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRESYON SIKLIĞI VE
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE DEPRESSİF
BELİRTİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

123915

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Lale ÖZDEL

123915

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mehmet BOSTANCI

DENİZLİ – 2001

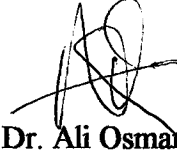
T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İş bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEKLİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.



BAŞKAN : Doç.Dr. Mehmet BOSTANCI

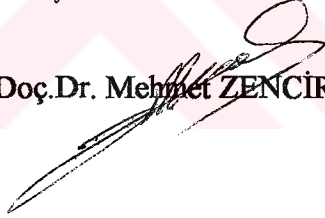


ÜYE : Doç.Dr. Ali Osman KARABABA

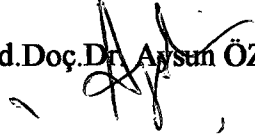
ÜYE : Doç.Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU



ÜYE : Yard.Doç.Dr. Mehmet ZENCİR



ÜYE : Yard.Doç.Dr. Ayşın ÖZŞAHİN



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

20/04/2001

Doç.Dr. Serap ÖZDEN
Enstitü Müdür V.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bana yol gösteren hocalarım Doç.Dr. Mehmet Bostancı ve Doç. Dr. Nalan Oğuzhanoğlu ile istatistik çalışması sırasında yardımlarını esirgemeyen Yrd.Doç.Dr.Mehmet Zencir'le, Öğretim Görevlisi Dr. Filiz Karadağ'a teşekkür ederim.

Ayrıca verileri toplama aşamasındaki katkılarıyla Sosyal Hizmet Uzmanı İshak Bayır'a, soruları içtenlikle yanıtlayan öğrencilere ve her zaman olduğu gibi tez çalışmam süresinde de yanımda olan sevgili eşim Dr. Osman Özdel'e teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER:	3
2.1 GENÇLİK	3
2.1.1 Gençlik çağının bedensel özellikleri:	3
2.1.2 Gençlik çağının ruhsal özellikleri:	4
2.1.3 Gençlik çağında benlik bunalımı ve kimlik oluşumu:	6
2.1.4 Üniversite gençliği:	7
2.2 DEPRESYON	8
2.2.1 Belirtiler ve bulgular:	9
2.2.2 Depresyonun epidemiyolojisi:	12
2.2.3 Etiyoloji:	14
2.2.3.1 Biyolojik etkenler:	15
2.2.3.2 Psikososyal etkenler	20
2.2.4 Sınıflama:	24
2.2.5 Tanı ölçütleri:	27
2.2.6 Ayırıcı tanı:	27
2.2.7 Hastalığın seyri:	28
2.2.8 Tedavi yaklaşımları:	30
2.2.8.1 Genel ilkeler	30
2.2.8.2 Farmakoterapötik yaklaşım:	30
2.2.8.3 Psikoterapötik yaklaşım:	34
2.2.8.4 Elektro-Konvulsif Terapi(EKT)	36
2.2.9 Korunma	37
2.2.10 Beck Depresyon Ölçeği:	37

3. GEREÇ VE YÖNTEM:	39
3.1 Araştırmanın evreni	39
3.2 Araştırmanın şekli ve zamanı	39
3.3 Örnek sayısı ve örnek seçim yöntemi	39
3.4 Veri toplama tekniği	40
3.4.1 Veri toplamada kullanılan gereçler	40
3.5 Çözümleme yöntemi	41
3.6 Bağımlı ve bağımsız değişkenler	41
3.7 Kısıtlılıklar	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	66
6. ÖZET	78
7. YABANCI DİL ÖZETİ	79
9. KAYNAKLAR	80
10. EKLER	85

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>TabloAdı</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo I	: Öğrencilerin cinsiyete göre, okulları, sınıf, yaş ve kaldıkları yer dağılımı	42
Tablo II	: Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu	43
Tablo III	: Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların Burns sınıflamasına göre dağılımı	43
Tablo IV	: Öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	44
Tablo V	: Öğrencilerin okullarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	44
Tablo VI	: Öğrencilerin sınıfları ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	45
Tablo VII	: Öğrencilerin sınıflarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	45
Tablo VIII	: Öğrencilerin yaş grupları ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	46
Tablo IX	: Öğrencilerin yaş gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	47
Tablo X	: Öğrencilerin cinsiyetleri ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	47
Tablo XI	: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	48
Tablo XII	: Öğrencilerin kaldıkları yer ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	48
Tablo XIII	: Öğrencilerin kaldıkları yere göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	49
Tablo XIV	: Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	49

Tablo XV	: Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	50
Tablo XVI	: Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	50
Tablo XVII	: Öğrencilerin babalarının öğrenim durumlarına göre Beck depresyon Ölçeği ortalama puanları	51
Tablo XVIII	: Öğrencilerin baba mesleği ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu	52
Tablo XIX	: Öğrencilerin babalarının mesleğine göre ortalama puanları	52
Tablo XX	: Öğrencilerin anne mesleği ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu	53
Tablo XXI	: Annelerin çalışıp çalışmama durumuna göre öğrencilerin depresyon durumu	53
Tablo XXII	: Öğrencilerin anne mesleğine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	54
Tablo XXIII	: Annelerin çalışıp çalışmama durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	54
Tablo XXIV	: Öğrencilerin kardeş sayısı ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	55
Tablo XXV	: Öğrencilerin kardeş sayılarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	55
Tablo XXVI	: Öğrencilerin en uzun yaşadıkları coğrafi bölge ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	56
Tablo XXVII	: Öğrencilerin en uzun yaşadıkları coğrafi bölgeye göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	57
Tablo XXVIII	: Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	57
Tablo XXIX	: Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	58

TabloXXX:	Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yerleşim yeri ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	58
Tablo XXXI:	Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yerleşim yerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	59
Tablo XXXII:	Öğrencilerin mezun oldukları lise ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	60
Tablo XXXIII:	Öğrencilerin mezun oldukları liseye göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	60
Tablo XXXIV:	Öğrencilerin ailelerinin gelir durumu ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	61
Tablo XXXV:	Öğrencilerin ailelerinin gelir durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	61
Tablo XXXVI:	Öğrencilerin ailelerinin üniversite masraflarını karşılama durumu ve Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	62
Tablo XXXVII:	Öğrencilerin ailelerinin masrafları karşılama durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	63
Tablo XXXVIII:	Öğrencilerin okuldaki başarı durumu ve Beck depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumu değerlendirmesi	63
Tablo XXXIX:	Öğrencilerin başarı durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları	64
Tablo XL :	Öğrencilerin sorun alanları sıralaması ve Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sekil Adı</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1	: Depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik ilaçların listesi	29
Şekil 2	: Depresyon tedavisinde kullanılan tetrasiklik ve diğer yeni kuşak antidepresanlar	30
Şekil 3	: Depresyon tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörlerinin listesi	31

1. GİRİŞ

Üniversite yılları gençlerin erişkinliğe geçiş yıllarıdır. Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği kabul edilmiştir. Daha önce yaşananlar gözden geçirilir, gelecekteki rol ve sorumluluklar fark edilmeye başlanır(1). Yine bu dönem cinsel, toplumsal, mesleksel yönden kimlik duygusunun gelişme dönemidir. Kimlik duygusunun gelişmesi, gencin, ben kimim, neyim, ne olmalıyım sorularına karşı kendini tanıyabilme ve benimseme durumunun yaşanmasıdır. Gencin kimliğini bulmaya çalıştığı bu güç yaşam döneminde, kendinden yada çevreden kaynaklanan bazı sorunlar nedeniyle uyum bozukluğu ve bunun sonucunda çeşitli ruhsal sorunlar daha kolay ortaya çıkabilir(2). Özellikle üniversitede okuma şansı elde edenler, üniversiteyi kazanma sevincinin yanı sıra; aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaşlar, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, ileride mesleği olacak konu ile ilgili ilk çalışmaları yapma, gelecek kaygısı gibi bir çok sorunla da yüz yüze kalır. Bu sosyal, kültürel ve ekonomik değişiklik gençleri ruhsal açıdan olumsuz etkileyebilir.

Üniversite gençleri arasında yapılan araştırmalarda, bu grubu tehdit eden en önemli psikolojik rahatsızlığın depresyon olduğu belirtilmektedir(3,4,5,6,7). Son yıllarda depresyon, akıl sağlığı alanında en çok tartışılan sorunlardan biri olarak görülmektedir(8). Bu sorunun, gittikçe genç nesilleri de tehdit eder hale geldiği, ergen intiharlarındaki artışlardan anlaşılmaktadır(9).

Stangler'ın bir üniversite örneğinde, DSM-III'e(Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozukluklar Tanı Sınıflandırma Sistemi, 3. versiyonu) göre psikiyatri tanımlarını taradığı bir araştırmada, yaş ortalaması 25.4 olan 500 öğrenci için uyum bozukluklarından sonra gelen en önemli sorunun affektif bozukluklar olduğu görülmüştür. Araştırmacılar,

depresif semptomların, üniversite öğrenciler grubunun büyük bir kısmını oluşturduğunu ve bu bulgunun da daha önce üniversite öğrencileri üzerinde yapılan akıl sağlığı çalışmalarıyla tutarlı olduğunu belirtmektedirler(6).

Türkiye de yapılan araştırmalarda da, üniversite gençliğinde görülen depresif belirtilerin gittikçe arttığına dikkat çekilmektedir. Aytar ve Erkman'ın 306 Tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada bu öğrencilerin % 18'inin klinik depresyon bulguları gösterdikleri görülmüştür(10).

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarında da 15-24 yaş grubundaki intiharların arttığı ve tüm intiharların %30-35'ini bu yaş grubunun oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca üniversite öğrencilerinde görülen depresif belirtiler ile genel akademik ortalama arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır(11).

Bütün bunlardan anlaşılabacağı gibi üniversite gençleri arasında depresif belirtiler gösterenlerin, tespit edilmesi önemlidir. Depresyon belirtilerinin hafif düzeylerde olduğu durumlarda bile, bireyi hareketsizliğe, verimsizliğe, mutsuzluğa itmesi nedeniyle, bu belirtileri gösterenlere ulaşılması, koruyucu ruh sağlığı açısından da önemlidir.

Bu çalışmanın amacı;

- 1) Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde Beck Depresyon ölçeğine (BDÖ) göre depresif belirtilerin sıklığını belirlemek.
- 2) Depresif belirtilerin yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini karşılaştırmak.
- 3) Öğrencilerin sorun alanlarını ve depresyonla ilişkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER:

2.1 GENÇLİK

Gençlik çağı delikanlılık (adolescence) ile eş anlamlı kullanılırsa 15-21 yaşları arasındaki dönemi kapsar. On beş yaş öncesi ki, ergenlik gelişmesinin yer aldığı evredir ve ilk gençlik ya da yeni yetmelik olarak bilinir. Bedensel büyümenin durmasından sonraki evrede uzamış gençlik olarak adlandırılır ki, yüksek öğretim yıllarına denk düşer ve kişinin bir işe girip yaşamını kazanmaya başlamasıyla son bulur. Bundan sonra genç erişkinlik dönemi başlar. Bu tanıma göre, gençlik söz anlamı büyüme olan Adolescence döneminden daha uzun sürer(12).

Birleşmiş milletler örgütü genci “bir işte çalışmayan ve kendi konutu olmayan 15-25 yaşları arasındaki kişi” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre gençlik çağı tüketici ve bağımlı bir çağdır. Kişi ana-baba ocağından ayrılınca ya da çalışmaya başlayınca toplumsal anlamda gençlik çağı bitmektedir. Gerçekten gelişmemiş toplumlarda gençlik çağı toplumsal bakımdan kısa sürer. Çünkü genç, erkenden işe girerek ya da evlenerek erişkin sorumluluklarını taşımaya başlar. Gelişmiş toplumlarda ya da gelişmemiş ülkelerin varlıklı kesimlerinde gençlik çağı yüksek öğretimin bitimine kadardır(12).

2.1.1 Gençlik çağının bedensel özellikleri:

Fiziksel değişiklikler ergenlik adı verilen yaşam döneminde ortaya çıkan psikolojik ve sosyal değişikliklerin başlatıcısı ve düzenleyicisi oldukları için büyük önem taşırlar. Fiziksel olgunlaşma, yalnızca cinsel olgunlaşmayı değil, gözle görülmeyen bir dizi biyokimyasal değişikliği de kapsayan, yıllara yayılmış bir süreçtir. Ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin nasıl anlamlandırılacağı büyük ölçüde kültürel faktörlerce

belirlenir. Ayrıca kişisel farklılıklarda benzer biyolojik değişimlere farklı tepkiler verilmesine neden olur(13).

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

Fiziksel değişiklikleri en genel haliyle beş bölümde özetleyebiliriz(13).

- a) İskelet sistemi büyümesi önce hızlanır sonra daha yavaşlar.
- b) İskelet ve kas sisteminin gelişimi ve yağ oranının miktar ve dağılımındaki değişmeye bağlı olarak beden yapısı farklılaşır.
- c) Solunum ve dolaşım sistemlerinin gelişmesi sonucu kişinin dayanıklılık ve kuvveti artar.
- d) Üreme organları, eşey hücreleri ve ikincil cinsiyet özellikleri gelişir.
- e) Sinir sistemi ve iç salgı sisteminde değişiklikler olur, beyin işlevleri gelişir(13).

2.1.2 Gençlik Çağının Ruhsal Özellikleri:

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

Ortaya çıkan görünüm duygularda ve davranışlarda değişkenlik, çelişki ve tutarsızlıktır. Başka bir deyişle gençlik çağı olumlu, olumsuz pek çok özelliğin bir arada bulunduğu bocalamalı, tutarsız, fırtınalı bir çağdır. Erişkin kuşakların çağlar boyu korudukları bakış açısını benimsersek gençlik bir olumsuzluklar yumağı olarak görünür. Gençler; bencildirler, sorumsuzdurlar, sabırsızdırlar, ölçsüz ve frensizdirler, uçarındırlar, gözü karadırlar, dik başlıdırlar, saygısızdırlar, asidirler, öfkeli dirler, hoşgörüsüzdürler, hayalcidirler, gerçekleri önemsemezler, düşüncesizdirler, tedirgindirler, başkalarının kusurlarını görür kendi yanlışlarını görmezler, davranışlarının önünü sonunu hesap etmezler. Olumsuzluklar listesini uzatabiliriz. Ancak madalyonun bir de öteki yüzü vardır; gençler coşkuludurlar, idealisttirler. İmandıkları kişilerin ardından gider, amaçları uğruna her özveriye katlanırlar. Deneyimleri az olsa da denemekten, ileri atılmaktan korkmazlar. Macera olarak görülen kimi girişimlerinde beklenmedik başarıya ulaşırlar. İşe ve eyleme hazırdırlar. Düşünmekten çok yapmaya ve uygulamaya önem verirler. Kendilerini kanıtlamak çabasındadırlar. Hakseverdirler, haksızlıklara karşı tepki gösterirler. Yardıma koşmaya can atarlar. Kötülüklerin ve düzensizliklerin ortadan kaldırılması için harekete geçmeye hazırdırlar. Yeniliklere ve değişikliklere açıktırlar. Kötümserlikle iyimserlik arasında gidip gelseler de iyimserlikleri ağır basar. Bağımsız olmak, sorumluluk almak, adam yerine konmak için didinir dururlar.

Gençlik çağında gençleri iyi gençler-kötü gençler olarak ayırmak yanlıştır. Çünkü saydığımız olumlu ve olumsuz nitelikler gençlerin hepsinde değişik oranlarda birbirine karışmış haldedir. Genç ailesine veya topluma bir gün olumlu yüzünü başka bir gün de olumsuz yüzünü gösterebilir .Ancak şu da bir gerçektir ki, her gencin bocalaması aynı ölçüde değildir. Kimi genç gençlik çağının çalkantısını kendisine ve çevresine büyük sorun çıkarmadan atlatır, kimi genç de bir uçtan bir uca gidip gelerek fırtınalı bir gelişme gösterir. Gençlerin büyük çoğunluğu bu gelişme dönemini yara almadan atlatıp

erişkinliğe ulaşır. Başka bir deyişle gençlik çağının işlevlerini başarıyla tamamlar, cinsel kimliğini kazanır, benlik kimliğini oluşturur, toplumsal beceriler kazanır, yeteneklerini geliştirerek toplumda kendine bir yer edinir.

Gençlik çağını hiç sorunsuz geçirmek , pek çok yazarın belirttiği gibi , her zaman sağlık belirtisi değildir. Böyle kişiler çocukluğun bağımlı ve güvenli ortamından çıkamamış, deneme ve yanılmaktan korkan, ananın babanın uslu çocuğu olarak kalan gençler olabilir. Ana babanın uzantısı olmakla yetinen, kendi bağımsızlığı için çaba göstermeyen bir genç, erişkin çağın sorunlarıyla başa çıkamaz(12).

2.1.3 Gençlik çağında benlik bunalımı ve kimlik oluşumu:

Ergenlik çağının başlamasıyla gençte beliren başkaldırma, çelişkili duygu ve davranışların nedeni şöyle açıklanabilir:

Her şeyden önce hızlı büyüme ve cinsel uyanış alt benlik(id) dürtülerinde güçlenme yaratmakta bunlar doyum için benliğe baskı yapmaktadırlar. Dolayısıyla benlik, artan baskılar altında bunalmakta , dürtüleri dizginleyebilmek için yeni savunma mekanizmalarını kullanmaya başlamaktadır. Bu durum ruhsal yapıda sağlanmış olan dengeyi bozmaktadır. Benlik dürtülere yol vermekle onları tümünden bilinçdışına bastırmak arasında bocalamaktadır. Bunun sonucu genç hem kendi içinde savaşa girmekte hem de çevresiyle çatışmaya düşmektedir. Özetle söylersek ergenlik çağıyla birlikte benlikte göreceli bir güçsüzlük ve yetersizlik baş göstermektedir. Eskiden yararlı olan savunma mekanizmaları yetersiz kalmaktadır. Gencin davranış ve duygularındaki iniş çıkışlar, tutarsızlıklar bozulan iç dengenin dışa yansıyan görüntüleridir. Başka bir deyişle benlik bu yeni duruma uymak için gerekli esnekliği gösterememektedir. Bu uyum çabalarının sonucu ortaya, gençlik çağı için olağan saydığımız benlik bunalımı çıkmaktadır. Bu nedenle yeni denemelere girmekte önce ana babasını yadsımaya çabalamakta kendine yeni örnekler seçerek yeni özdeşimler denemektedir. Evden kopan

genç arkadaş kümelerinde, genç yetişkinler arasında kendine örnek alacağı nesneler seçmektedir. Sonuçta genç eski ve yeni özdeşim örneklerinden kendisine yeni kimlik çıkarmaktadır. Eskilerin bir bölümünü yadsımakta, bir bölümünü ise benimseyerek yenilerle harman etmekte ve değişik bir senteze varmaktadır. Erikson'un dediği gibi kimlik oluşumu özdeşimin bittiği yerde başlamaktadır. Ortaya gencin kendine özgü değerleri, amaçları ile bütünlük oluşturan özgün bir kimlik çıkmaktadır(12).

2.1.4 Üniversite gençliği:

Üniversite eğitimi gençlerin toplumun etkili bir üyesi olarak hayata atılmalarını amaçlayan formal eğitim sürecinin son aşamasını oluşturmaktadır. Üniversite eğitimi öğrencileri kendinden, yaşam rolünden ve uğraşından, çevresiyle olan ilişkilerinden memnun, yaşamı anlamlı bulan, düşünce üretebilen, misyon sahibi ve sağlıklı gençler yetiştirmeyi amaçlamak durumundadır.

Ülkemiz nüfusunun büyük kısmını gençler oluşturmaktadır, genç nüfusun toplam nüfusa oranı %29.6 dır. Üniversite eğitim çağındaki gençlerin ancak %10.2 si üniversite eğitimi görme şansını zorlu bir sınavdan sonra elde edebilmektedirler(14). Üniversite sayısı yeni açılan üniversitelerle 70 olsa da nitelik açısından yeterli olmamaları gençlerin seçeneklerini azaltmaktadır.

Yapılan araştırmalarda gençlerin üniversiteye girmek istemelerinin temel nedenleri meslek edinme istekleri, kişilik geliştirmek, bağımsız olmak, bilimsel çalışma yapmak ve statü sahibi olmak olarak belirtilmektedir. Üniversitelerin daha iyi eğitim vermesi, yabancı dil eğitimi ve mezunlarının iş bulma olanağının yüksek olması tercih nedeni olmaktadır. Öğrenciler ilgi ve yetenek düzeylerine uygun alanları seçebilme konusunda sorun yaşamaktadırlar(15).

Üniversite gençliğiyle ilgili çalışmalar son yıllarda artsa da geçmiş yıllara baktığımızda üniversite gençliğinin sorunlarına yönelik çalışmaların az sayıda olduğunu görüyoruz. İmamoğlu ve arkadaşlarının yaptığı 1982-1992 yıllarına ait üniversite gençliğinin sorunlarına ilişkin çalışmaların değerlendirildiği araştırmada bu çalışmaların yaklaşık yarısının 1989 yılında, %71'inin ise 1988-90 yılları arasında yayınlanmış olduğu saptanmıştır. Bu değerlendirme çalışmasında, üniversite gençliğinin akademik yaşam, akademik başarı, eğitim, öğretim sistemi, kişiler arası ilişkiler, kimlik sorunları ve sağlık sorunları gibi konularda sıkıntılarının olduğu saptanmıştır. Gençler özellikle derslerin yalnızca kuramsal olarak verilişinden, veriliş biçiminden, ezbere dayalı, liseden farkı olmayan bir eğitim sisteminden, öğretim üyelerinin yeterlilik düzeylerinden şikayet etmektedirler(15). Bunun yanında maddi sıkıntılar, barınacak yer sorunları da üniversite gençliğini zorlamaktadır(2).

Daha önce de belirtildiği gibi üniversite eğitiminin amacı kişilik ve misyon sahibi verimli ve sağlıklı gençler yetiştirmek olduğundan, üniversitelerde gençleri kalıp bilgilerle donatmak yerine sorgulayabilmelerine, analitik düşünmelerine, aktif öğrenme ve düşünce yollarını bulmalarına olanak sağlayan ortamlar oluşturulmalı, barınma, beslenme gibi fiziksel sorunlarda çözümlenmelidir.

2.2 DEPRESYON

Depresyon; duygulanımda elemde artma, isteksizlik, karamsarlık, düşünce içeriğinde değersizlik, yetersizlik, güçsüzlük, davranışlarda ise hipoaktivite, durgunluk, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur(16,17).

Bir hastalık belirtisi olmaksızın günlük yaşamdan kaynaklanan depresyon, hemen herkesin yaşamında birçok kez yaşadığı bir duygu durumudur. Çoğu kez bir kayba tepki olarak ortaya çıkar. Bir yakını ölen, işini yitiren ya da umut ettiği bir şeyi elde edemeyen

kişide sıklıkla depresyon ortaya çıkar. Bu tür depresyonun süresi ve şiddeti sınırlıdır ve belirli bir olayla ilişkilidir. Bu yaşantılar kısa sürer ve kişinin günlük yaşamına etki etmez(18). Klinik düzeyde bir depresyon ise yaşamın her alanını kaplar, her noktasına sızar. Kişi artık her zamanki gibi değildir. İş ve sosyal yaşamında aksamalar ortaya çıkar. Bellek daralır, kendi benliğine yönelik nefret ve umutsuzluk hislerine paralel olarak düşünce çarpıklaşır, dağılır. Depresif kişinin kolunu kaldıracak gücü olmaz, günlerce düzensiz uykulara katlanır. Kaçamadığı şiddetli bir acının pençesindedir, bazen bu tarif edilemez ruhsal ve fiziksel acılar onu yaşamına son vermeye itebilir. Acıları o denli yoğundur ki bazı depresif hastalar kendilerinde kanser ortaya çıktığında kanserin neden olduğu ağrılara dayanmanın daha kolay geldiğini belirtirler(19).

Depresyon geçiren hastaların %90'ının hekime başvurduğu bildirilmektedir. Ancak hastalar hekimlere çoğu zaman psikolojik değil fiziksel yakınmalarla başvururlar. Sıklıkla depresyon çok belirgin değildir ya da gözden kaçır. Hekimin bu konuda bilinçli olması ve özellikle depresyonu araştırması çok önemlidir(20). Hastalar genellikle halsizlik, iştahsızlık, zayıflama, çarpıntı, nefes darlığı gibi somatik yakınmalar ile hekime başvururlar. Hatta hastaların duygularından pek söz etmedikleri ve bazen de yadsıdıkları görülür. Bunun ülkemizdeki en önemli nedenlerinden birisi de muhtemelen duyguları konuşmaya yatkın bir toplum olmayışımızdır(18).

2.2.1 Belirtiler ve bulgular:

Genel görünüm ve dışa vuran davranış: Depresif bir hastanın genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökmüş, yüzü üzüntülü ve az bakımlı bir görünümü vardır. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Durgunluk göze çarpar, bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünümü olur.

Konuşma ve ilişki kurma: Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güçtür. Çok ağır depresyonda hiç konuşmama (mutizm) olabilir. Hafif ve orta derecelerde hasta ile ilişki ve işbirliği kurmak güç olmaz.

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

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

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

Bunaltılı hastalarda hipokondriyak uğraşlar ve bir çok bedensel yakınmalar bulunur.Özellikle orta yaş depresyonlarının başlangıç dönemlerinde hastalar bedensel yakınmalarla hekim hekim dolaşabilir.

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

Fizik ve fizyolojik belirtiler: Hastaların çoğunda yeme isteği azalır.Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir.Yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir.Daha seyrek olarak kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir.Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınırılar. Hastaların çoğunda

uyku bozulur.Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur.Öncelikle bunaltılı depresyonlarda sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların en çok tedirgin oldukları bir belirtidir.Bu belirti hatalığın biyolojik göstergelerinden biridir.Depresyonda toplam uyku süresi kısılır, uyku derinliği azalır.Hızlı göz küresi hareketleri (REM) uykusu normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer.Kimi hastalarda uyku bozukluğu uykuya aşırı eğilim biçiminde görülebilir.Mevsimsel depresyon nöbetleri geçiren hastalarda aşırı yeme, kilo alma ve aşırı uyku daha sık görülmektedir.

Hastanın sindirim sisteminde iştah azalması yanısıra genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür.Cinsel isteksizlik olur.Buna cinsel güçsüzlük demek yanlıştır.Hasta yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama da rahatsızlığın olağan bir parçasıdır(17).

2.2.2 Depresyonun Epidemiyolojisi:

Depresyon bütün dünyada yaygın olarak görülen, önemli düzeyde iş-güç yitimine ve yeti yitimine yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yapılan alan araştırmalarında psikiyatrik düzeyde yardım gerektiren ruhsal bozukluklar arasında depresif tipte olanların en fazla olduğu saptanmıştır. Erişkinlerin yaklaşık beşte birinin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon geçirme riski bulunduğu öne sürülmektedir(23).Birçok araştırmacı özellikle daha genç yaşlardaki prevalans artışına dikkati çekerek melankoli çağına girdiğimizden söz etmektedir. İleriye dönük toplum araştırmalarında son yirmi beş yılda depresyonun 10-20 kat arttığı bildirilmektedir(21,22).

Araştırma sonuçlarının ötesinde,hemen herkes en azından geçici süreler için hüznün/keder yönünden duygudurum dalgalanmaları yaşamakta ya da depresyonu olan bir arkadaşına veya yakınına tanık olmaktadır. Üzüntü, keder, ilgisizlik, isteksizlik benzeri

olumsuzluk yüklü duygudurum değişimleri bu hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Bunlar özellikle yaşantımızdaki kayıplara karşı doğal duygusal tepki olarak gelişen ruhsal durumlardır. Ancak her ne kadar depresif bozukluklar ile bu günlük duygudurum dalgalanmaları ve diğer komşu bozukluklar (örneğin anksiyete bozuklukları) arasındaki sınırları ayırmada güçlükler varsa da, depresyonun tüm insanlığı etkileyen bir klinik bütünlük olduğu yönünde görüş birliği söz konusudur. Bugün dünyada ve ülkemizde depresif bozukluklar ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır.

Bildirilen depresyon oranları tanı ve çalışmaya alma ölçütlerine göre büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir. Ayrıca değişik epidemiyolojik araştırmalarındaki prevalans hızlarını karşılaştırmak özellikle olgu tanımlama tekniklerindeki yöntem farklılıkları nedeniyle güçtür. Genel olarak depresif belirtilerin toplum içinde nokta prevalansının %13-20 arasında değiştiği, bipolar bozukluğa bağlı olmayan klinikte tanı alacak şiddette depresif bozukluğun nokta prevalansının sanayileşmiş ülkelerde erkekler için %3, kadınlar için %4-9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde ise toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansının %10 dolayında olduğu gözlenmiştir. Depresyonun somatik belirtileri, ruhsal belirtilerinden iki kat fazla prevalans hızına (%20 ye karşılık % 10) sahiptir. Bu alan araştırmaları yanında bazı alt gruplarda (üniversite öğrencileri, mahkumlar, işçiler gibi) yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde klinik derecede depresyon için %2-28 arası değişen nokta prevalans hızları bildirilmektedir(23). Dünya sağlık örgütü eşgüdümünde 14 ülkede yapılan uluslararası bir araştırmanın Ankara'ya ilişkin verilerine göre 1992 yılında Gölbaşı sağlık ocağına başvuran hastalar arasında depresyon prevalansı %11.6 bulunmuştur(17).

Genel bilgi olarak majör depresyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülür. Oran erkeklerde %3, kadınlarda % 5-9 olarak verilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12 kadınlar için % 20-26 olarak bulunmuştur. Son 30-

40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre depresyonlarda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı görülmektedir. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyo-ekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir(17).

Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 18-44' dür. Kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır. Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda ilk epizodun başlama yaşının 20'li yaşların başlarına kaydığı görülmüştür(17,20).

Pek çok çalışma depresyonun sosyo ekonomik düzeyi düşük kesimlerde daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Fakat bazı kaynaklarda da sosyo ekonomik düzey ile depresyon arasında bir ilişki bulunamadığından bahsedilmektedir(17,20).

İşini kaybetmiş, evlilik sorunları olan ve sosyal destek sistemleri zayıf olan erkekler evlilik sorunları olmayan ve güçlü sosyal desteklere sahip erkeklerden daha fazla depresyon riski altındadır(20).

Ayrıca doğum sonrası 2-3. haftalarda sinsi başlayan bedenle ilgili yorgunluk yakınmalarının ön planda olduğu postpartum depresyonlara rastlanmakta, yine fiziksel hastalığı olan kişilerde de depresyon belirti ve sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir.

2.2.3 Etyoloji:

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

etyolojisini açıklayabileceği düşünülmemelidir(18). Kişinin ruhsal yapısı, kişiliği,genetik yapısı, çocukluk yaşantıları,psikososyal stresörler ve nörobiyolojik etkileşimleri sonucu oluşur. Bu etkenler her bireyde hastalığa farklı ölçüde katkıda bulunurlar. Ancak sonunda affektif hastalıklar nörolojik sistemlerde fonksiyonel değişiklikler oluşturmurlar(20).

2.2.3.1 Biyolojik etkenler:

A) Kalıtım: Özellikle unipolar ve bipolar hastalıkta kalıtsal faktörler önemlidir.Aile çalışmaları ağır depresyonu olan hastaların birinci derece akrabalarında (toplumda gözlenen %1-2 ye karşılık) depresyon riskinin %10-15 olduğunu ortaya koymuştur.Evlat edinme ve ikiz çalışmaları da ağır depresyonlarda genetik etkenlerin önemli olduğu görüşünü desteklemektedir.(24).

Bipolar depresyonlarda kalıtımın rolü daha fazla gibi görünmektedir. Örneğin unipolar bozukluk, tek yumurta ikizlerinde %54 oranında konkordans gösterirken, bu oran bipolar hastalıkta %79 a yükselmektedir(25). Evlat edinme çalışmaları ve aile çalışmalarında özellikle bipolar hastalık söz konusu ise affektif hastalığın ortaya çıkma riskinin yüksek olduğunun saptanması da (unipolar bozuklukta birinci derece akrabalarda affektif hastalık riski yaklaşık %10, bipolar bozuklukta ise %20 dir) bu bulguları desteklemektedir. Moleküler genetik çalışmalarında 5.kromozomdan,11.kromozomun kısa kolundaki bir gen lokalizasyonundan, x kromozomundan söz edilmiş, ancak kanıtlanamamıştır(20).

B)Biyokimyasal kuramlar:

Depresyonun biyolojik temelleri ile ilgili hipotezler nörotransmitter sistemlerindeki anormalliklere odaklanmıştır. Nörotransmitterlerin spesifik nöron yollarına seçici biçimde dağılması ve diğer sistemlerle bağlantısı araştırmacılara nöron

aktivitesi ve onun emosyonel, fenomonolojik, davranışsal etkileri arasındaki en gözlenebilir bağlantılar olduğunu düşündürmektedir. Anormallikler nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerden veya etki ettikleri reseptörlerin işlevlerinde ya da sayılarındaki değişikliklerden kaynaklanır.Sonuçta ya haberci olarak rol oynadıkları sistemlerde ya da etkilerinin daha dolaylı olduğu sistemlerde aktivite azalması ya da aşırı aktivite ortaya çıkacaktır(20).

Depresyon etyolojisinde en önemli rolü monoaminlerin (Dopamin, noradrenalin ve serotonin) oynadığı düşünülmektedir.Bu hipotez, bazı ilaçların depresyon yapıcı ya da antidepresan etkileri olduğu gözleminden yola çıkarak geliştirilmiştir.Örneğin antihipertansif bir ajan olan rezerpin beyindeki monoamin düzeylerini azaltmakta ve kan basıncını düşürmenin yanı sıra depresif bir atağı da ortaya çıkarabilmektedir. Monoaminerjik nöronlar beyin sapındaki oldukça az sayıda çekirdekten salınmakla birlikte hemen hemen tüm beyin bölgelerine yayılır ve pek çok sayıda farklı reseptörü, dolayısıyla birçok yapısal ve fonksiyonel nöron sistemlerini etkiler. Monoamin sistemlerinin depresyondaki rolünü aydınlatmaya yönelik pek çok çalışma yapılmıştır(20).

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

Noradrenalin; Noradrenalin içeren aksonlar locus ceruloustan kaynaklanır ve serebral kortekse yayılır.Çeşitli alt grupları ile birlikte alfa ve beta reseptörler tüm beyinde bulunur.Yıllarca depresyon noradrenalin ilişkisinden şüphe edilmiştir.Noradrenerjik sistemler uyanıklıkla ilişkilendirilmiştir.Ayrıca trisikliklerin ve monoamino oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) sinaptik noradrenalin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir.Bazı çalışmalarda bir noradrenalin metaboliti olan MHPG'nin (3- metoksi 4- hidroksi fenil glikol) depresif hastalarda düzeyinin düştüğü bildirilmişse de bu tutarlı bir bulgu değildir. Bazı nöroendokrin testlerde de noradrenarjik sistemin depresyonda anormal olduğuna ilişkin bulgular saptanmıştır.Örneğin depresyonda klonidine büyüme hormonu yanıtı körelmiştir.Bu da postsinaptik alfa reseptörlerinde muhtemel bir bozukluğu akla getirmektedir. Antidepresanların noradrenarjik mekanizmalar üzerinden etki edip etmediği sorusunun yanıtı belirsizdir. Trisiklikler ve MAOI' leri sinaptik aralıkta noradrenalinini arttırırlar ve tedavi süresince beta adrenarjik reseptörlerde sayı azalması oluşur. Ancak bu ilaçlar başta serotoninergik sistem olmak üzere diğer transmitter sistemlerini de etkilemektedirler.Trisiklikler sağlıklı kontrollere verildiğinde başlangıçta noradrenarjik aktivite artsa da tedavi uzadığında normale döner.

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

Ancak bunların çoğunda nedensel bir bağlantı olduğu konusunda pek fazla kanıt bulunamamıştır.

Serotonin sistemindeki anormallikleri depresif bozuklukla ilişkilendiren kanıtların çoğu dolaylıdır. Ancak son yıllarda bir ilişki olduğu konusunda oldukça fazla sayıda veri elde edilmiştir. Serotoninin merkezi sinir sisteminde modölatör bir rol oynadığı düşünülmektedir. Raphe çekirdeğindeki hücrelerin bir tür düzenleyici aktivitesi olduğu bilinmektedir. Örneğin suprakiazmatik çekirdekteki serotoninerjik nöronların sirkadyen ritmlerin bir tür içsel saati olduğu düşünülmektedir. Doğrudan serotoninerjik sisteme etki eden Serotonin geri alın inhibitörleri (SSRI) depresif hastaların önemli bir bölümünde oldukça etkilidirler. Bunu doğrudan serotonin üzerindeki etkileri ile mi yoksa serotoninin düzenleyici etkisi aracılığıyla diğer sistemler üzerine etki ederek mi gerçekleştirdikleri bilinmemektedir. Hem trisikliklerle hem de SSRI' larla tedavi sırasında artan serotonine bağlı olarak 5HT₂ reseptörlerinde sayı azalması ortaya çıkarken ,5 HT₁ reseptörlerinin bağlanma kapasitesi artar. Bazı SSRI larla 5-HT sisteminde aktivite artışı noradrenarjik sistemde aktivite artışı ile sonlanır. Serotoninerjik sistem noradrenerjik ,dopaminerjik, gabaerjik ve kolinerjik sistemlerle etkileşir. Bu sistemlerde benzer biçimde geri bildirimle serotoninerjik sistemi etkiler.

Depresyon oluşumunda adrenarjik- kolinerjik dengenin kolinerjik sistem lehine bozulmasının önemli olduğunu ileri süren araştırmacılar da vardır.

Tüm antidepresanlarla beyinde nörotransmitter değişiklikleri hızlı olmasına karşın antidepresif etkinin geç ortaya çıkması bir çok sistemin yukarıda sözedildiği gibi karmaşık biçimde birbirlerini etkilemelerine bağlanabilir.

Melatonin: Melatonin salınımı hem B-adrenarjik işlevlerin hem de sirkadyen ritmin belirleyicisi olarak araştırılmaktadır.Bazı depresif hastalarda melatonin salınımının azaldığını bildiren çalışmalar varsa da sonuçlar tartışmalıdır(26).

C)Uyku değişiklikleri: Depresif hastalarda yapılan bazı tetkikler uyku değişikliklerinin depresyona özgü olduğunu ortaya koymuştur.Majör depresyonu olan kişilerde uykunun sürekliliği bozulmuş, süresi uzamış ya da kısalmış, derin uyku(3 ve 4. evreler) süresi azalmıştır.Hızlı göz küresi hareketleri (REM) uykunun latansında azalma ,uykunun ilk yarısındaki REM uykusunun oranında artma saptanmıştır.REM latansında azalmanın hasta iyileştikten sonra da devam ettiği ve hastanın rölapsa yatkınlığının bir göstergesi olduğu ileri sürülmektedir(27).

Son yıllarda uyku profillerinin hastaların tedaviye vereceği yanıtın bir belirleyicisi olarak kullanılabileceği bildirilmektedir.Thase ve arkadaşları (1997), anormal bir uyku profilinin ,merkezi sinir sisteminde uyanıklık halinde belirgin bir bozukluğu yansıttığını ve bu hastaların psikoterapi ve farmakoterapiye daha iyi yanıt verdiklerini ileri sürmektedir(20).

D)Beyin görüntüleme çalışmaları: Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) yöntemleri ile yapılan çalışmalar duygudurum bozukluğu olan hastalarda yan ventriküllerde genişlemeler olduğunu göstermiştir(28).Daha sonra yapılan çalışmalar bu bulgunun daha çok geç başlayan depresyonlarda belirgin olduğunu düşündürmektedir(29) .Bazı MRI çalışmalarında depresif hastalarda temporal ve frontal loblarda hacim azalması saptanmıştır.Geç başlayan depresyonlarda genetik faktörler önemsiz görünmektedir.Bu hastalarda sulkuslarda atrofi ve genişlemenin yanısıra MRI da subkortikal alanlarda sıklıkla yoğunluk artışı saptanmaktadır.Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında

depresyonlu yaşı hastaların sol dorsolateral prefrontal korteksinde serebral kan akımının ve metabolizmanın azaldığını ortaya konmuştur. Bu nedenle özellikle geç başlayan depresyonların emosyonları düzenleyen nöroanatomik yapılarda gözlenen aterosklerotik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıktığı ileri sürülmektedir(30). Bu tip depresyonlar için "aterosklerotik depresyon" terimi önerilmekte ve bu hastalarda anhedoni(haz alamama) ve yeti yitim riskinin daha fazla olduğu, bilişsel işlev bozukluğu , retardasyon, içgörü yokluğu ve depresif düşünce içeriğinin ise yoğun olmadığı bildirilmektedir(31).

2.2.3.2 Psikososyal etkenler:

A)Yaşam olayları: Olumsuz yaşam olayları ve sosyal sorunlar depresyonla ilişkilidir. Bunun en iyi örneği matemdir. Olumsuz yaşam olaylarından çok, bireyin bunları nasıl algıladığı önemlidir. Birisi için küçük bir terslik olan bir olay, diğeri için çok olumsuz olabilir. Çocukluk çağındaki yaşam olaylarının depresyon oluşumunda önemli olabileceği ileri sürülmektedir. Çocukluk çağında fiziksel ve psikolojik suistimale ve önemli kayıplara maruz kalmış kişilerde erişkin yaşamda depresyon riskinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür(32). Neden bazı kişilerin stresöre maruz kalınca depresyona girdiğini açıklamak için psikodinamik ve bilişsel depresyon modelleri kullanılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar ,anne babanın evlilik sorunları nedeniyle ayrılmasının depresyona zemin hazırladığını göstermiştir. Hastanın ebeveynlerinin ilişki kurma biçiminin kişinin nörotizmini artırarak ya da benlik saygısında düşmeye katkıda bulunarak dolaylı biçimde depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir. Sosyal destek sisteminin yetersiz olmasının da depresyona zemin hazırladığı kabul edilmektedir. benlik saygısı az olan bireylerde, olumsuz çevre koşulları ve yaşam olayları ile depresyon riski artar.

Tıbbi hastalık stressör bir etken olmasının ötesinde doğrudan etkilerle de depresyon oluşumuna katkıda bulunabilir.Örneğin Cushing sendromlu hastaların yaklaşık yarısında depresyon ortaya çıkar(20).

B)Hastalık öncesi kişilik özellikleri: Bazı kişilik özellikleri depresyona özellikle zemin hazırlar.Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır: Aşırı sorumluluk duyma eğilimi,bağımlılık, özseverlik(narsisizm), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlama eğilimi. Öztürk, depresyon geçirmeye yatkın olan kişilerde oldukça belirli kişilik özellikleri kümesi bulunduğunu görüşündedir(17). Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye,iyiliksever olmaya eğilimli,aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı kişilerdir.Bu özelliklerin çoğu, yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir.Bu erdemler yüzünden bu kişiler genellikle sevilirler,sayırlılar ve başarılı olurlar.Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin karşılanmaması gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alma meziyetleri eziyet haline gelir.Kişi kendini ezilmiş, yenik düşmüş, bir çok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissetmeye başlar.Ancak kişilik yapısı nasıl olursa olsun, hastaların bir bölümünde hastalık nöbetleri belirgin bir psikososyal etken olmadan başlayabilir ya da yinelenebilir.

C) Psikodinamik kuramlar:

Psikoanalitik kuram: Freud yas ve depresyon arasındaki benzerliğe dikkati çekmiş ve bu iki durumu karşılaştırmalı olarak incelemiştir(17). Yas tutan kişinin yitirdiği gerçek bir sevgi nesnesi vardır.Kişiden kişiye ve yitirilen nesneye olan bağlılığın derecesine göre bu yitimin ardından değişik şiddet ve sürede yas tutma olur.Bu sırada kişide derin

üzüntü, sıkıntı, ağlamalar, uyku bozukluğu, durgunluk, isteksizlik, bir şeyden zevk almama, dünyayı bomboş algılama gibi belirtiler görülür. Birkaç haftadan birkaç aya kadar süren bir zaman içinde yas belirtileri yavaş yavaş azalır ve söner. Arada bir anıların tazelenmesi ile duygulanım artmaları olabilir ise de kişi normal yaşama döner.

Depresiflerde ise gerçek sevgi nesnesi yitimi olabilir veya olmayabilir. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin varolması gerektiğini vurgulamıştır. Yani hastanın sevdiği tarafından artık terk edilmiş gibi bir yitim duygusu olması gerekir. Bu yitim duygusunun gerçek dayanakları olabilir, ya da olmayabilir. Yitim duygusu tümüyle bilinçdışı etkilerle ortaya çıkabilir. İşte depresifler de gerçek ya da gerçek dışı yitim duygusunun eşliğinde “sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusu, ve buna bağlı olarak da özsaygı yitimi olur. Oysa ki, çok sevdiği bir yakını yitiren yaşlı kişide “ben sevilmiyorum, ben kötüyüm” duygusu, yani özsaygının yitimi olmaz. Yas ile çökkünlükler arasındaki dinamik açıdan en önemli ayırıcı özellik budur(17).

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

- i) Kişinin üstbenliği katı, acımasızca cezalandırıcıdır.
- ii) İlişkilerinde ikili-duygular (ambivalans) egemendir. Yani sevgi ve nefret yan yana bulunur. Ancak nefret bilinçdışıdır.
- iii) İçe atılmış olarak kişinin benliğinde yaşatılan sevgi nesnesine karşı güçlü ikili duygular vardır.
- iv) Belki gerçek bir duruma, ya da düşüncede olan bir değişime bağlı olarak bireyde bir yitim duygusu olur. Sevdiği kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu gelişir, ya da gerçekten yitirmiştir.

v) Bu yitim duygusu ikili duyguları,yani sevgi ve özlemle birlikte bilinçdışı kin ve nefreti uyarır.

vi) Katı üstbenlik yüzünden kin ve nefret bireyin kendisine yönelir.

vii) Birey,kin ve nefreti kendine yöneltince özsaygı düşer. Kişi kendini değersiz,küçük ve suçlu görür.Yaşam anlamını yitirir.Artık ölümü bile hak etmiştir.Böylece ruhsal çökkünlük oluşmuştur.

Burada görülüyor ki temelde sevginin yanı sıra kin ve nefret, yani saldırgan dürtülerin bulunuşu depresyon için zorunludur.Bu dürtüleri dışa vuramayan ego, katı üstbenliğin diktası ile saldırgan dürtüleri bireyin kendisine yöneltir.(17).

Özmen'e göre Edward Bibring, depresif hastalıkta düşük benlik saygısının çok önemli olduğunu, kişinin ego idealleri(iyi,güçlü, sevilen olmak) ile gerçek arasındaki uyuşmazlığı farketmediğinde depresyona girdiğini ileri sürmüştür. Heinz Kohut, kişinin benliğini bütün ve güçlü hissedebilmesi için çevresindekilerin bazı gereksinimlerini karşılamaları gerektiğinden, bunun karşılanmadığı durumlarda benlik saygısının düştüğünden söz eder. Charles Brenner'da depresyonun çocukluk çağındaki olumsuzlukların her birine bağlı olarak ortaya çıkabildiğinden bahseder. Kişi çeşitli durumlarda sevilmediğini, kastre edildiğini, cezalandırıldığını düşünürse kendini depresif hissetmektedir(20).

Bilişsel görüş: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur.Duygulanım bozukluğu buna ikincildir. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere, ve tutumlara

neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür. Örneğin; evlilikte bir şeyin bozuk gitmesi hemen çocuklukta yerleşmiş olumsuz kavramları zincirleme uyarır ve kişi artık evliliğinde her şeyin kötüye gideceği, kendisinin değersiz ve seilmeyen bir kişi olduğu, geleceğin karanlık, dünyanın bomboş olduğu yargılarını harekete geçirir. Yine örneğin, böyle bir kişinin eşi ve çocukları diyelim ki uçakla bir geziye giderken, uçağın düşeceği, kötü haber geleceği duyguları önde gelir. Varılan yerden yapılması gereken telefon konuşması gecikse, telefon hatlarının arızalı olabileceği düşüncesi akla gelmez, öncelikle bir felaket olabileceği düşüncesi kişiyi kemirir. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu ortaya çıkar(17).

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

Seligman öğrenilmiş çaresizlik olarak adlandırılan tablonun (hayvan deneylerinde hayvanların kontrol edemedikleri ceza niteliğindeki uyaranlara maruz kaldıklarında ortaya çıkan depresyon benzeri durum) depresyonla benzerliğine dikkat çekmiştir. Buna göre kişi ne yaparsa yapsın sonucu değiştiremeyeceğine dair güçlü bir içsel yorum geliştirmiştir.(20). Bu görüşe göre, depresyon çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.

2.2.4 Sınıflama: Depresif durumları sınıflamak için değişik sistemler geliştirilmiştir. Özmen depresyon el kitabında sınıflamayı aşağıdaki gibi derlemiştir(20): Psikotik depresyon terimi İngilizler tarafından psikotik belirtiler olsun olmasın major depresyonu tanımlamak için kullanılırken, Amerikalı yazarlar psikotik belirtiler varsa kullanmaktadır.

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

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

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

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

Siklotimi,daha az şiddetli mizaç bozukluğu olan, mizaçta kronik ve ısrarlı biçimde oynamamalarla şekillenen hecmeleri tanımlamak için kullanılır.

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

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

organik beyin sendromu belirtilerinin eşlik etmediği duygu durum bozuklukları için kullanılır.

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

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

Yine hastalıkların uluslararası sınıflandırma sistemi onuncu versiyonuna (ICD-10) göre hafif, orta, ağır derecelendirmeleri ve tek nöbet, yineleyici depresyon ayrımı önerilmiştir(17).

Genel olarak kabul edilen DSM IV tanı ölçütlerine göre de depresif bozukluklar, Majör depresif bozukluk, Distimik bozukluk ve Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere 3 bölümde incelenir(33). Buna göre;

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

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

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

2.2.5 Tanı ölçütleri:DSM IV tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı koyabilmek için hastada en az iki hafta süre ile aşağıdaki semptomlardan en az beşinin saptanması bunlardan en az birinin ilk iki maddedeki belirtiler olması gerekir.

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

Bu belirtilerin organik bir etkene ve sevilen bir kişinin kaybına bağlı olarak ortaya çıkmamış olması ve belirgin işlev bozukluğuna neden olması gerekir(33).

2.2.6 Ayırıcı Tanı:

Yas: Bir yakını kaybetmiş kişide yas döneminin bir aşamasında depresyonun tüm belirtileri gözlenir ve bu belirtiler 6 ay yada bir sene kadar sürebilir(20).Yas önemli ayrılıklara ,romantik hayal kırıklıklarına ,göç ya da katastrofik olaylara bağlı olarak da ortaya çıkabilen normal bir tepkidir.Klinik düzeyde bir majör depresyondan belirtilerin şiddeti ve depresyonlarda tipik olan suçluluk duygularının bulunmaması ile ayrılır.Şiddetli suçluluk duygularının eşlik ettiği , yas sürecinin uzadığı ya da kişinin duygudurum bozukluğuna yatkın olduğu durumlarda tedavi gerekebilir.

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

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

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

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

Şizoaffectif bozukluk: Duygudurum belirtilerine şizofreni belirtileri eşlik eder. Prognoz şizofreni ile duygudurum bozuklukları arasında bir yerdedir.

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

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

Tıbbi hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar: Cushing sendromu, beyin tümörü, metabolik hastalık, HIV ensefalopatisi gibi hastalıklarda ortaya çıkan belirtiler depresyon olarak değerlendirilebilir. Örneğin bazen Aids tanısı konmadan önce HIV ensefalopatisi ortaya çıkabilir ve hastada saptanan sosyal çekilme, apati, psikomotor retardasyon, konsantrasyon ve bellek işlevlerinde bozulma yanı sıra depresyon olarak değerlendirilebilir(20).

2.2.7 Hastalığın seyri:

Tedavi edilmeyen bir majör depresif hecme ortalama 10 ay sürer. Sıklıkla semptomlar tam olarak geriler ve kişi önceki işlevsellik düzeyine geri döner. Bazen hecme

iki yıl kadar sürer. Kişide yarattığı yeti yitimi değişkenlik göstermekle birlikte hemen her zaman bireyin sosyal ve iş yaşamı etkilenir.Yeti yitimi ağırsa hasta sosyal ve iş yaşamını, bazen kişisel bakımını sürdüremez, beslenemez ve giyinemez(20).Depresyonlu hastaların yeti yitimlerinin artrit, diyabet ve hipertansiyondan daha fazla olduğu bilinmektedir(34).İzleme çalışmaları depresyonun kronik ve tekrarlayan bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır. Nükslerin büyük bölümü remisyonu izleyen iki yıl içinde ortaya çıkmaktadır(35).

Depresyon geçiren hastaların %15-17'si intihar etmektedir.Hafif depresyon geçirenlerin bile %10-15 inin hastalıklarının 2 seneden fazla sürdüğü , diğer bir %15 lik grupta da bir hecme sonrasında depresyonun kronikleştiği bildirilmektedir.Sürdürme tedavisi yapılmayanlarda, ünipolar depresyonda, aile öyküsünde depresyon saptananlarda ve kadınlarda kronikleşme oranı daha yüksektir.Nörötizm, emosyonel güçsüzlük de depresyon geçirme ve kronikleşme riskini arttırmaktadır.Depresyon hastalarında uzun sürede başka ruhsal bozukluklar ve madde bağımlılığı ek olarak gelişebilir(36).

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

Depresif hecmenin aktif tedavisi ve sosyal destek sisteminin varlığı olumlu prognoz göstergesidir.Epidemiyolojik çalışmalar klinik belirtilerin yanı sıra psikososyal etkenlerinde prognozu belirlediğini göstermiştir.İyileşemeyenlerde depresif hecme zaten ağır başlamıştır ve daha fazla kronik sosyal ve fiziksel sorunlar vardır(20).

Depresif hastaların bir biçimde birinci basamaktaki doktorlara başvurdıkları bilinmektedir.Kısıtlı zamanı ve olanakları olan birinci basamaktaki doktorların bu

rahatsızlığı tanınmaları ve uygun tedavi başlatmaları sağlık hizmetlerine önemli bir katkı sağlayacaktır(36).

2.2.8 Tedavi yaklaşımları:

2.2.8.1 Genel ilkeler: Öztürk'e göre tedavinin genel ilkeleri şöyle sıralanabilir(17).

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

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

c) Aile ile işbirliği yapılabiliyorsa ,ağır intihar riski ya da beslenme sorunu yoksa hastaların çoğu evde ayaktan tedavi görebilir.Bu hastalara ruhsal depresyon ve tedavi hakkında bilgi verilir.Hastalığın iyileşeceği, fakat bunun bir süre alacağı anlatılır.Bu süre içinde hem hastalığın gereği ,hem de ilaçların yan etkileri nedeni ile hastanın iş,gezme, konuk ağırlama, cinsel ilişki, herkesi hoşnut etmeye çalışma gibi beklentilerini askıya alması,ertelemesi,kendini zorlamaması tavsiye edilir.Çünkü hasta bu tür işleri yapmaya zorlandıkça ve yapamayınca kendini daha yetersiz, değersiz görerek suçluluk duygusu artabilir,çökkünlük derinleşebilir(17).

2.2.8.2 Farmakoterapötik yaklaşım:

Depresyonun akut tedavisi ilaçla yapılır ve hastaların 2/3 ünde etkilidir. Genellikle ilk olarak ilaç tedavisi uygulanır(20).Farmakoterapötik yaklaşım depresyondaki bir hastanın bir ay içinde düzelme olasılığını yaklaşık iki kat

arttırır(37).Yaklaşık otuz yıldır depresyon tedavisi için yeni yeni ilaçlar piyasaya sürülmektedir.Bunlar arasından hangisinin seçileceği konusu bazen sorun olabilir.İlaç seçimini depresyonun türüne göre yapabilmek için elde henüz yeterli bilgi yoktur,bazı genel ilkeleri şöyle sıralayabiliriz(17):

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

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

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

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

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

f)Hastanın uzun süre tedaviyi sürdürebilmesi için uykusuzluğunun ve bunaltısının kısa sürede giderilmesi gereklidir.Bunaltı,ajitasyon ve uykusuzluk varsa yatıştırıcı ve bunaltı giderici etkisi daha yüksek olan ilaçlar tercih edilir ya da benzodiazepinler eklenebilir. Psikomotor yavaşlama, ağır isteksizlik,hep yatma eğiliminin

belirgin olduğu hastalarda uyarıcı ve kalkındırıcı diye bilinen ilaçların (örn;Amineptin,serotonin geri alım inhibitörleri MAOI'leri) tedavide daha etkili olduğu söylenemezse de hastayı daha fazla yatağa bağlamama açısından bunlar tercih edilebilir.

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

Ülkemizde depresyonların tedavisinde en sık kullanılan ilaç grupları şunlardır(17):

ı)Trisiklikler

ıı)Trisiklik olmayanlar

a)Tetrasiklik ve başka yeni kuşak antideprasanlar

b)Serotonin geri alım inhibitörleri

c)MAO inhibitörleri

ı)Trisiklikler:

İlacın jenerik adı	Ticari adı	Satılış biçimi	Ortalama doz
İmipramin	Tofranil	10, 25 mg draje	150-200 mgr
Amitriptilin	Triptililin	25 mg amp.	
		10, 25 mg tb	150-200 mgr
	Laroxyl	10, 25 mg dr	
		25 mg amp. im.	
Klomipramin	Anafranil	10, 25 mg dr	150-200 mgr
		75 mg SR	
Opipramol	İnsomin	50 mg tb	150-200 mgr
	İnsidon	50 mg dr.	
	Deprenyl		

Şekil 1:Depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik ilaçların listesi

Trisiklik ilaçların sık görülen yan etkileri şunlardır:

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

Seyrek görülen yan etkiler:Deri allerjileri, konfüzyon, bellek bozukluğu, kardiyotoksik yan etkiler,adet düzensizliği

11) Trisiklik olmayanlar:

a) Tetrasiklik ve başka yeni kuşak antidepresanlar

İlacın jenerik adı	Ticari adı	Satış biçimi	Ortalama doz
Maprotilin	Ludiomil	25, 75 mg tb	100-150 mg
Mianserin	Tolvon	10, 30 mg tb	60-120 mg
Trazodon	Desyrel	50-100 mg tb	200-300 mg
Amineptin	Survector	100 mg tb	200 mg

Şekil 2:Depresyon tedavisinde kullanılan tetrasiklik ve diğer yeni kuşak antidepresanlar

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

antikolinerjik etkisi düşük, sedatif etkisi yüksektir. Kalbe toksik etkisi zayıftır. Nadir de olsa ağrılı penis sertleşmesine (priapismus) neden olabilir.

b) Serotonin geri alım inhibitörleri:

İlacın jenerik adı	Ticari adı	Satış biçimi	Ortalama doz
Fluoksetin	Prozac	20 mg kap	20 mg
Fluvoksamin	Faverin	50 mg tb	150-200 mg
Sertralin	Lustral	50 mg kap	50 mg

Şekil 3: Depresyon tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörlerinin listesi

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

c) MAO inhibitörleri:

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

2.2.8.3 Psikoterapötik yaklaşım:

Terapistin hastadan eşduyumlu olarak bilgi edindiği ve hastanın güvenini kazandığı, destekleyici terapötik bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi depresyon

tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Böyle bir yaklaşımda diğer önemli noktalar hastanın kendisi ya da başkalarıyla ilgili yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olma, hastaya hastalığı ve belirtileriyle ilgili akılcı açıklamalar getirme ve iyileşme için kabul edilebilir bir süre belirleme, hastanın hastalığı, prognozu ve tedavisi ile ilgili eğitim, bilgi, geribildirim sağlama, hastaya kişilerarası ilişkiler, iş, ev ortamı ve hastalığı dışındaki diğer tıbbi sorunlarında yardımcı olma, hastalığından doğan, işi ve diğer sorumluluklarıyla ilgili aksamalarda hastaya yardımcı olma, hastanın depresif durumda iken yaşamıyla ilgili kararlar almasını engelleme, hastanın çevresindeki kişilerin hastayı desteklemelerini sağlama, gerektiğinde hastanın çevresindekilere de yardımcı olma, gerçekçi, elle tutulur ve ulaşılabilir hedefler belirleme, hastanın dış dünyayla ilişkisini arttıracak, küçük de olsa başarı duygusu yaşatacak girişimlerini destekleme şeklinde sıralanabilir(37).

Depresyonların psikoterapisinde gözönünde tutulacak temel ilkeler şöyle özetlenebilir(17):

- a) Depresif hasta başlangıçta uzun konuşmalara ve çözümlemelere dayanamaz. Konuşmaya zorlanmakla hasta gereksiz yere yüklenmemelidir. Fakat hastayı dinlemek, onun istediklerini anlatabilmesi için zaman vermek gereklidir.
- b) Depresif nöbet sırasında hastaların günlük iş ve uyum beklentilerini en düşük düzeye indirmeleri için yardımcı olmak gerekir. Beklentiler yüksek tutulup da gerçekleştirilmedikçe yetersizlik, güçsüzlük, suçluluk duyguları artar ve depresyon derinleşir.
- c) Klasik psikanalitik kurama göre depresyonlarda varsayılan ambivalan duyguların ve bilinçdışı nefretin deşilmesi ya da yorumlanması hastayı daha çok suçluluk duygularına itebilir ve bu nedenle de depresyon belirginleşebilir.
- d) Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalı, iyileşme olduktan sonra depresyona yatkınlık doğuran kişilik özellikleri ele alınmalıdır. Bu hastalar herkesi hoşnut etmeye çalışan, aşırı verici, hayır diyemeyen, başkalarının dertlerini yüklenen, aşırı

sorumluluk duyguları olan, öfkeyi belli etmekte güçlük çeken, ileri derecede duyarlı ve bağımlı kişilerdir. Bu eğilimlerin depresyon ile bağlantıları hastaya gösterildikçe bunların azaltılması, bırakılması için yol gösterilmeye çalışılır. Hiç öfke tepkisi gösteremeyen bir kişi duygularını daha rahat açığa vurmayı, hakkını savunmayı, hayır diyebilmeyi öğrenebilmelidir. Geçirdiği depresyondan bir şeyler öğrenen ve içgörü kazanan hasta genellikle sonraki uyumunda daha güçlü olur.

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

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

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

2.2.8.4 Elektro-Konvulsif Terapi(EKT)

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

Yine de intihar riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT halen kullanılan gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınır(17).

Ayrıca mevsimsel özellikli depresyonlarda hastayı yapay parlak gün ışığına günde 2-6 saat maruz bırakarak, uygulanan ışık tedavisinin yararlı olduğu bildirilmektedir. Yine uyku baskılanmasının hastaların %59'unda antidepresan etki yaptığı gösterilmiştir(20). Hastayı haftada bir veya birkaç kez 24 saat süre ile uykusuz bırakmak için sürekli oyalamak ve hastanın bu konuda kesin işbirliğini sağlamak suretiyle uygulanmaktadır. Sonuçlar tartışmalıdır(17).

2.2.9 Korunma:

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

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

2.2.10 Beck Depresyon Ölçeği:

Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Her madde,

depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3) dört seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler, depresyonun belirtilerine ilişkin olup, depresyonun etyolojisiyle ilgili herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler sırasıyla; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık,, bedensel imajın çarpıtılması, çalışmama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır(8).

BDÖ 'nin üniversite öğrencilerinde hangi kesme noktasında klinik depresyonu yakalamaya yardımcı olabileceği Hisli'nin çalışmasında incelenmiş (1989) ve bu ölçekte alınacak 17 ve üstündeki puanların normalin üzerindeki bir depresyona işaret edeceği söylenmiştir(8). Öte yandan Bryson'un (1984) çalışmasında üniversite öğrencileri için önerdiği puan aralıkları : depresyonsuz grup için 0-9, hafif düzeyde depresyon için 10-15, orta derecede depresyon için ise 24-63 tür. Yine Burns (1980) de puan aralıklarını; 0-10 puan normal, 11-16 puan hafif depresyon, 17-20 puan sınırdaki depresyon, 21-29 puan orta şiddette depresyon 30-40 puan şiddetli depresyon, 40 ve üzeri çok şiddetli depresyon olarak kabul etmiştir(38).

Daha önce de belirtildiği gibi Hisli'nin çalışmasında Türk üniversite öğrencileri arasında BDÖ'nde 17 ve üstünde puan alanların bir risk grubu oluşturabileceği belirtilmektedir. Aynı ölçeğin geçerlik çalışması Aydın ve Demir (1987) ve Hisli (1989) tarafından, güvenirlik çalışması da Tegin (1980) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır(8,45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesinde 1999-2000 eğitim- öğretim yılında öğrenim gören 9614 öğrenciden Eğitim, Mühendislik,İktisat,Fen-Edebiyat Fakülteleri normal öğreniminde öğrenim gören 4757 öğrenci oluşturmuştur.

3.2 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ VE ZAMANI

Araştırma tanımlayıcı nitelikte analitik bir çalışma olup , veriler 1-30 Nisan 2000 tarihleri arasındaki bir aylık süre içinde toplanmıştır.

3.3 ÖRNEK SAYISI VE ÖRNEK SEÇİM YÖNTEMİ

Araştırmanın evrenini yukarıda anlatılan sınırlılıkta Pamukkale Üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır.Depresyonun sınıflara göre de değerlendirmesi yapılacağından 4 yıllık fakülteler tercih edilmiştir.Ayrıca ikinci öğretim öğrencileri uygulama güçlükleri nedeniyle araştırma dışı bırakılmıştır.

Daha önce toplumda yapılmış araştırmalarda depresyon sıklığının %13-20 arasında değiştiği göz önüne alınarak(23), araştırmaya alınacak öğrenci sayısı, % 95 güven aralığında 0,05 yanılma payı ile en az 245 kişi olarak bulunmuştur.Çalışma 500 öğrenci üzerinde planlanmış, fakültelerin sınıflarından alınacak öğrenci sayıları Tabakalı Rasgele Örneklem yöntemi ile belirlenmiş, öğrenci sayıları okullara ve sınıflara göre orantılı alınmıştır.

**YÜCE YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Bütün bu hesaplamalar sonucunda araştırma kapsamına Eğitim fakültesinden 238, Mühendislik Fakültesinden 139, Fen-Edebiyat fakültesinden 73, ve İktisadi ve İdari bilimler fakültesinden 54 olmak üzere toplam 504 öğrenci alınmıştır.

3.4 VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmada istenen veriler hazırlanan sosyo-ekonomik durum ve sorun alanlarını belirlemeyi amaçlayan bir anket kullanılarak toplanmış, öğrencilerin depresyon belirtilerinin derecesini belirlemek içinde Beck Depresyon ölçeği kullanılmıştır.

Daha önceden belirlenen sınıflara giderek öğrencilere çalışmanın amacı ve anketi nasıl cevaplayacakları açıklanmış ve sosyo-demografik özellikleri tanımlayan anket formu ile Beck Depresyon Ölçeği soru formunun cevaplanması sırasında öğrencilerden gelen sorular yanıtlanmıştır. Anketlerin ortalama cevaplama süresi maksimum 15 dakikadır.

3.4.1 Veri toplamada kullanılan gereçler:

1)Beck depresyon ölçeği:Beck tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyi ile şiddet değişimini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Hastalar ölçeğin üzerini işaretleyerek yanıt verirler.Yönergesi ölçeğin başındadır ve hastalara kendi durumlarına uygun ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.Her madde 0-3 arasında puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir.Toplam puan 0-63 arasında değişir(39). Ölçeğin kesme puanı geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 17 kabul edilmiştir(8).

2)Genel anket formu:Öğrencilerin sosyo-ekonomik durum ve sorun alanlarını belirlemek için hazırlanmış 22 sorudan oluşan bir anket formudur.

3. 5 ÇÖZÜMLEME YÖNTEMİ

Veriler bilgisayarda SPSS-PC 9,0 istatistik programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Analizlerde ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi testleri, Tukey testi, Spearman korelasyon testi, Mann-Whitney U testi ve Maentel Haenszel Linear Association testi kullanılmıştır.

3. 6 BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmadaki bağımlı değişken depresyondur. Bağımsız değişkenler ise; okuduğu bölüm, yaş, sınıf, kaldığı yer, cinsiyet, en çok yaşadığı coğrafi bölge, mezun olduğu lise, başarı durumu, anne eğitimi, baba eğitimi, annenin çalışma durumu, baba mesleği, kardeş sayısı, en çok yaşadığı yerleşim yeri, gelir durumunu değerlendirme, üniversite eğitimini karşılama durumu olarak belirlenmiştir.

3.7 KISITLILIKLAR

Çalışmada sınıf faktörü önemli olduğundan sadece dört yıllık fakülteler alınmıştır, bu nedenle Tıp fakültesi ile iki yıllık yüksekokullar alınmamıştır. Dört yıllık olan Fizik Tedavi yüksekokulu ile hemşirelik yüksekokulu da tüm sınıfları henüz tamamlanmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır.

Öğrencilere uygulanan Beck Depresyon Envanteri sonucu saptanan depresyon düzeyi yüksek öğrencilere ulaşamamıştır. Bu konuda psikiyatri ile ortak çalışılarak bu öğrencilere ulaşmak çalışmayı daha verimli hale getirebilirdi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Pamukkale Üniversitesinden 504 öğrenci alınmıştır..Araştırmaya katılan öğrencilerin %58.7'si erkek,%41.3'ü kız öğrencidir.Birinci sınıflarda kız öğrenci oranlarının büyük sınıflara oranla arttığı görülmektedir.Yaş gruplarına göre öğrencilerin daha çok 19-20 yaş grubunda yığıldığı ve büyük çoğunluğunun yurtlarda kaldığı görülmektedir(Tablo I).

Tablo I:Öğrencilerin cinsiyete göre, okulları, sınıf, yaş ve kaldıkları yer dağılımı

	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek sayı	%	kız sayı	%	sayı	%
Okullar						
Eğitim Fak.	103	43.3	135	56.7	238	100.0
Mühendislik Fak.	109	78.4	30	21.6	139	100.0
Fen-Edebiyat Fak.	53	72.6	20	27.4	73	100.0
İktisat Fak.	31	57.4	23	42.6	54	100.0
Sınıf						
1.sınıf	77	51.3	73	48.7	150	100.0
2.sınıf	81	62.3	49	37.7	130	100.0
3.sınıf	71	61.7	44	38.3	115	100.0
4.sınıf	67	61.5	42	38.5	109	100.0
Yaş grupları						
16-18 yaş	20	45.5	24	54.5	44	100.0
19-20 yaş	120	55.3	97	44.7	217	100.0
21-22 yaş	100	60.6	65	39.4	165	100.0
23 yaş ve üstü	56	71.8	22	28.2	78	100.0
Kaldıkları Yer						
Aile Yanı	49	45.4	59	54.6	108	100.0
Yurt	96	47.3	107	52.7	203	100.0
Arkadaşları ile	138	80.2	34	19.8	172	100.0
Diğer	13	61.9	8	38.1	21	100.0
Toplam	296	58.7	208	41.3	504	100.0

Öğrencilere uygulanan Beck Depresyon ölçeğine göre bulunan değerler iki şekilde değerlendirilmiştir. Birinci değerlendirmede kesme noktası 17 puan alınmıştır, buna göre depresif olanların oranı %26.2 'dir (Tablo II).

Tablo II: Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu

Depresyon puanı	Depresyon durumu	Sayı	%
16 ve altı	Yok	372	73.8
17 ve üstü	Var	132	26.2
Toplam	-	504	100

Diğer değerlendirmede ise kesme noktası 11 olarak alınmış ve Burns'un sınıflamasına göre depresyon durumu değerlendirilmiştir. Bu durumda öğrencilerin %44.2 si normal kabul edilirken, %29.6' sı hafif, %3.4'ü şiddetli, %0,4'ü çok şiddetli depresyonda olarak bulunmuştur (Tablo III).

Tablo III: Öğrencilerin Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların Burns sınıflamasına göre dağılımı

Depr. Puanı	Depr. durumu	Sayı	%
0-10 puan	Normal	223	44.2
11-16 puan	Hafif depresyon	149	29.6
17-20 puan	Sınırdaki depresyon	66	13.1
21-29 puan	Orta şid. depresyon	47	9.3
30-40 puan	Şiddetli depresyon	17	3.4
40 puan ve üstü	Çok şiddetli depresyon	2	0.4
Toplam	-	504	100

Öğrencilerin okudukları okul ile BDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek depresyon oranını Fen-Edebiyat Fakültesinde %31.5, en düşük depresyon oranı da İktisat Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde %20.4 bulunmuştur. Fakat yapılan ki kare testinde okul ile depresyon durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo IV).

Tablo IV:Öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar ve Beck Depresyon ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Okul	BDÖ puanı				Toplam	
	16 ve altı Sayı	%	17 ve üstü Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Fak.	177	74.4	61	25.6	238	100.0
Mühendislik Fak.	102	73.4	37	26.6	139	100.0
Fen-Edeb. Fak.	50	68.5	23	31.5	73	100.0
İktisat Fak.	43	79.6	11	20.4	54	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=2,065 p=0,559

Okullara göre Beck Depresyon Ölçeği grup ortalamalarına bakıldığında en düşük ortalamanın İktisat fakültesinde 10.75, en yüksek ortalamanın da Fen-Edebiyat fakültesinde 14.45 olduğu görülmüştür (Tablo V).Yapılan varyans analizinde okul ile Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p=0.038).Tukey testinde İktisat Fakültesi ile Fen-Edebiyat Fakültesi arasında farklılık bulunmuştur.

Tablo V:Öğrencilerin okullarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Okul	sayı	ort. ± S.S	Min.-Max.
Eğitim fak.	238	13.01 ± 7.18	1 - 47
Mühendislik fak.	139	12.65 ± 7.46	1 - 42
Fen-edebiyat fak.	73	14.45 ± 7.29	2 - 37
İktisat fak.	54	10.75 ± 5.87	3 - 30
Toplam	504	12.80 ± 7.19	1 - 47

F=2,832, SD:3, p=0,038

Öğrencilerin sınıfları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında en yüksek oranın %31.2 ile 4. sınıf öğrencilerinde olduğu görülmüştür.Yapılan ki kare testinde sınıf ile depresyon arasında bir ilişki saptanamamıştır (Tablo VI).

Tablo VI:Öğrencilerin sınıfları ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Sınıf	BDÖ puanı				Toplam	
	16 ve altı sayı	%	17 ve üstü sayı	%	sayı	%
1.sınıf	113	75.3	37	24.7	150	100.0
2.sınıf	97	74.6	33	25.4	130	100.0
3.sınıf	87	75.7	28	24.3	115	100.0
4.sınıf	75	68.8	34	31.2	109	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=1. 837 p=0,607

BDÖ sınıf ortalamaları alındığında en düşük ortalama 11.98 ile birinci sınıflarda, en yüksek ortalama 14.08 ile dördüncü sınıflarda bulunmuştur. Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır(Tablo VII).

Tablo VII: Öğrencilerin sınıflarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Sınıf	sayı	Ort. ± S.S	Min-Max.
1.sınıf	150	11.98 ±6.83	2 - 35
2.sınıf	130	12.84 ±7.07	2 - 42
3.sınıf	115	12.96 ±7.79	1 - 47
4.sınıf	109	14.08 ±7.07	1 - 37
Toplam	504	12.88 ±7.19	1 - 47

F=1,814 p=0,144

Sınıflar ile ölçekten alınan puanlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile tespit edilmiştir. Sınıf ile ölçekten alınan puan arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmış, sınıf arttıkça ölçek puanları artmıştır ($r=0,11$) ($p=0,013$).

Öğrencilerin yaş gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında 19-20 yaş grubunda depresif belirtiler taşıma oranı %24.4 iken, 23 yaş ve üstünde depresif belirtiler taşıma oranının %32.1 olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo VIII).

Tablo VIII: Öğrencilerin yaş grupları ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Yaş grupları	16 ve altı		BDÖ puanları 17 ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
16-18 yaş	33	75.0	11	25.0	44	100.0
19-20 yaş	164	75.6	53	24.4	217	100.0
21-22 yaş	122	73.9	43	26.1	165	100.0
23 yaş ve üstü	53	67.9	25	32.1	78	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0
Kikare=1,770 p=0,621						

Yaş gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasının 14.8 ile 23-24 yaş grubunda, en yüksek olduğunu görüyoruz. Fakat yapılan varyans analizinde de bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo IX).

Tablo IX:Öğrencilerin yaş gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Yaş grupları	sayı	ort. $\pm$ S.S	Min.-Max
16-18 yaş	44	11.70 $\pm$ 5.47	4 - 22
19-20 yaş	217	12.71 $\pm$ 7.23	1 - 47
21-22 yaş	165	12.63 $\pm$ 7.20	1 - 34
23 yaş ve üstü	78	14.52 $\pm$ 7.74	2 - 37
Toplam	504	12.88 $\pm$ 7.19	1 - 47

F=1,862 p=0,135

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında erkeklerde depresif belirti oranının %28.0, kadınlardaki depresif belirti oranının %23.6 olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde anlamlılık bulunamamıştır (TabloX).

Tablo:X:Öğrencilerin cinsiyetleri ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Cinsiyet	BDÖ puanı				Toplam	
	16 ve altı sayı	%	17 ve üstü sayı	%	sayı	%
Erkek	213	72.0	83	28.0	296	100.0
Kadın	159	76.4	49	23.6	208	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=1,270 p=0,260

Cinsiyetlere göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında erkeklerin puan ortalaması 12.90, kadınların puan ortalaması 12.84 olarak bulunmuştur. Yapılan t testinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XI).

Tablo XI:Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Cinsiyet	sayı	ort. $\pm$ S.S	Min.-Max.
Erkek	296	12.90 $\pm$ 6.94	1 - 35
Kadın	208	12.84 $\pm$ 7.54	1 - 47
Toplam	504	12.88 $\pm$ 7.19	1 - 47

t=0,266 p=0,606

Araştırmaya katılan öğrencilerin kaldıkları yer ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında aile yanında kalanların depresif belirtiler taşıma oranı %27.8, yurttaki kalanların depresif belirtiler taşıma oranı %27.1, arkadaşları ile kalanların %25.0 ve diğer olarak belirtilenlerin %19.0 olarak bulunmuştur. Diğer olarak pansiyon, misafirhane ve akraba yanında kalanlar kastedilmiştir. Yapılan ki kare testinde kalınan yer ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (TabloXII).

Tablo XII:Öğrencilerin kaldıkları yer ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Kalınan yer	BDÖ puanı				Toplam	
	16 ve altı sayı	%	17 ve üstü sayı	%	sayı	%
Aile yanı	78	72.2	30	27.8	108	100.0
Yurt	148	72.9	55	27.1	203	100.0
Arkadaşları ile	129	75.0	43	25.0	172	100.0
Diğer	17	81.0	4	19.0	21	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=0,907 p=0,824

Öğrencilerin kaldıkları yere göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında yurttaki kalanların puan ortalaması 13.12 iken diğer olarak belirtilen misafirhane, pansiyon, akraba yanında kalanların puan ortalamaları 11.95'tir.Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır(p>0,05) (Tablo XIII).

Tablo XIII:Öğrencilerin kaldıkları yere göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Kaldığı yer	sayı	ort. $\pm$ S.S	min- Max.
Aile yanı	108	12.91 $\pm$ 7.12	2 - 35
Yurt	203	13.12 $\pm$ 7.10	2 - 47
Arkadaşları ile	172	12.68 $\pm$ 7.22	1 - 42
Diğer	21	11.95 $\pm$ 8.46	2 - 34
Toplam	504	12.88 $\pm$7.19	1 - 47

F=0,238 p=0,870

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında annesi ortaokul mezunu olanların depresif belirtiler taşıma oranı %17.8 iken, annesi okuryazar olanların depresif belirtiler taşıma oranı % 38.2 olarak bulunmuştur. Yapılan ki kare testinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XIV).

Tablo XIV: Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ve Beck Depresyon Ölçeği ne göre depresyon durumu değerlendirmesi

Öğrenim durumu	BDÖ puanı				Toplam	
	16 ve altı Sayı	%	17 ve üstü Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar değil	46	78.0	13	22.0	59	100.0
Okuryazar	34	61.8	21	38.2	55	100.0
İlkokul mez.	168	75.0	56	25.0	224	100.0
Ortaokul mez.	37	82.2	8	17.8	45	100.0
Lise mez.	48	71.6	19	28.4	67	100.0
Yüksekokul	39	72.2	15	27.8	54	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=6,663, p=0,247

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama 15.45 ile annesi okuryazar olanlarda bulunmuştur. Fakat yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır(Tablo XV).

Tablo XV:Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Öğrenim durumu	sayı	ort. $\pm$ S.S	min.-max
Okuryazar değil	59	12.11 $\pm$ 6.44	2 - 32
Okuryazar	55	15.45 $\pm$ 8.98	2 - 42
İlkokul mez.	224	12.75 $\pm$ 6.72	1 - 35
Ortaokul mez.	45	12.02 $\pm$ 8.37	2 - 47
Lise mez.	67	12.77 $\pm$ 6.09	4 - 28
Yüksekokul mez.	54	12.46 $\pm$ 7.75	1 - 34
Toplam	504	12.88$\pm$7.19	1 -47

F=1,734 p=0,125

Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında babaları okuryazar olanların depresif belirtiler taşıma oranı %43.5, yüksekokul mezunu olanların %31.2 olup, en düşük oran %14.3 ile okuryazar olmayanlardadır. Yapılan ki kare testinde bir anlamlılık bulunamamıştır. İlkokulu bitirenlerle ilkokulu bitirmeyenler arasında yapılan karşılaştırmada da bir anlamlılık bulunamamıştır(Tablo XVI).

Tablo XVI:Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Öğrenim durumu	16 ve altı		BDÖ puanları		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Okuryazar değil	6	85.7	1	14.3	7	100.0
Okuryazar	13	56.5	10	43.5	23	100.0
İlkokul mez.	146	77.7	42	22.3	188	100.0
Ortaokul mez.	45	71.4	18	28.6	63	100.0
Lise mez.	76	77.6	22	22.4	98	100.0
Yüksekokul mez.	86	68.8	39	31.2	125	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

Ki kare=8,028, p=0,155

BDÖ puan ortalamaları ile araştırmaya katılan öğrencilerin babaların öğrenim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek ortalamanın 15.30 ile okuryazar grupta, en düşük ortalamanın da 11.14 ile okuryazar olmayan grupta olduğu görülmüştür. Fakat yapılan varyans analizinde öğrenim durumu ile puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo XVII).

Tablo XVII: Öğrencilerin babalarının öğrenim durumlarına göre Beck depresyon Ölçeği ortalama puanları

Öğrenim durumu	sayı	ort. $\pm$ S.S	min.- max.
Okuryazar değil	7	11.14 $\pm$ 5.33	7 - 22
Okuryazar	23	15.30 $\pm$ 7.32	3 - 30
İlkokul mez.	188	12.48 $\pm$ 6.82	1 - 37
Ortaokul mez.	63	13.74 $\pm$ 7.85	2 - 47
Lise mez	98	12.19 $\pm$ 6.97	2 - 38
Yüksekokul mez.	125	13.23 $\pm$ 7.57	1 - 42
Toplam	504	12.88 $\pm$7.19	1 - 47
F=1,138 p=0,339			

Babanın mesleği ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında babaları doktor, mühendis, avukat, akademisyen yönetici olarak görev yapanların depresif belirtiler taşıma oranı %32.9 iken, babası zanaatkar olan grubun depresif belirtiler taşıma oranının %16.7 olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde baba mesleğiyle depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo XVIII).

Tablo XVIII:Öğrencilerin baba mesleği ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu

Meslek	BDÖ puanları				Toplam	
	16 ve altı s	%	17 ve üstü s	%	s	%
Memur	49	71.0	20	29.0	69	100.0
İşçi	40	75.5	13	24.5	53	100.0
Emekli	92	74.8	31	25.2	123	100.0
Serbest	75	76.5	23	23.5	98	100.0
Çiftçi	51	76.1	16	23.9	67	100.0
Kalifiye eleman*47	67.1		23	32.9	70	100.0
Zanaatkar	10	83.3	2	16.7	12	100.0
Toplam	364	74.0	128	26.0	492**	100.0

Ki kare=3,155 p=0,789

*Doktor, mühendis, avukat , akademisyen veya yönetici olarak çalışanlar

**Bilinmeyen 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Öğrencilerin babalarının mesleği ile puan ortalamalarına bakıldığında memur çocuklarının puan ortalamasının 13.49, babası zanaatkar olanların 9.91 olduğu görülmektedir. Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XIX).

Tablo XIX:Öğrencilerin babalarının mesleğine göre ortalama puanları

Meslek	sayı	ort. ±S.S	min.- max
Memur	69	13.49 ±7.54	2 - 42
İşçi	53	13.03 ±6.73	1 - 31
Emekli	123	12.91 ±7.78	2 - 38
Serbest	98	12.34 ±6.22	1 - 31
Çiftçi	67	12.71 ±7.34	2 - 47
Kalifiye eleman	70	13.07 ±7.36	3 - 34
Zanaatkar	12	9.91 ±5.58	2 - 22
Toplam	492**	12.81 ±7.16	1 - 47

**bilinmeyen 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=0,526 p=0,788

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin mesleğine bakıldığında annesi ev kadını olanların depresif belirtiler taşıma oranı %25.9'dur. Anneleri çalışan grupta kalifiye iş grubunda olan annelerin çocuklarının depresyon puanları %22.9'dur. En yüksek oran %36.4 ile anneleri işçi olan öğrencilerdedir(Tablo XX)..

Tablo XX:Öğrencilerin anne mesleği ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu

Meslek durumu	BDÖ puanları					
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ev kadını	309	74.1	108	25.9	417	100.0
Memur	9	69.2	4	30.8	13	100.0
İşçi	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Emekli	16	66.7	8	33.3	24	100.0
Serbest	1	100	-	-	1	100.0
Kalifiye eleman*	27	77.1	8	22.9	35	100.0
Zanaatkar	3	100	-	-	3	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0

*Doktor, mühendis, avukat , akademisyen veya yönetici olarak çalışanlar
Ki kare=3.002 p=0,809

Genel olarak anneleri ev kadını olanla, çalışan şeklinde karşılaştırdığımızda da anneleri çalışan gruptaki öğrencilerin depresif belirtiler taşıma oranı %27.6'dır. Yapılan ki kare testinde bir anlamlılık bulunamamıştır. (Tablo XXI).

Tablo XXI : Annelerin çalışıp çalışmama durumuna göre öğrencilerin depresyon durumu

Çalışma durumu	BDÖ puanları					
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ev kadını	309	74.1	108	25.9	417	100
Çalışan	63	72.4	24	27.6	87	100
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100

F= 0,523 p=0,745

Annelerin mesleği ve Beck depresyon ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XXII).

Tablo XXII: Öğrencilerin anne mesleğine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Meslek durumu	sayı	ort. $\pm$ S.S	min.-max.
Ev kadını	417	12.90 $\pm$ 7.20	1 - 47
Memur	13	13.15 $\pm$ 7.90	5 - 27
İşçi	11	14.90 $\pm$ 7.21	5 - 30
Emekli	24	13.58 $\pm$ 7.43	4 - 31
Serbest	1	7.00 $\pm$ -	7 - 7
Kalifiye eleman*	35	11.62 $\pm$ 7.08	1 - 34
Zanaatkar	3	12.66 $\pm$ 2.08	11 - 15
Toplam	504	12.88 $\pm$ 7.19	1 - 47

F=0,473 p=0,828

*Doktor,mühendis,avukat, akademisyen ve yönetici olarak çalışanlar.

Annenin çalışıp çalışmamama durumuna göre yapılan varyans analizinde BDÖ puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunamamıştır(Tablo XXIII).

Tablo XXIII : Annelerinin çalışıp çalışmama durumuna göre öğrencilerin BDÖ ortalama puanları

Çalışma durumu	sayı	ort. S.S	min.-max.
Ev kadını	417	12.90 $\pm$ 7.20	1 - 47
Çalışan	87	12.79 $\pm$ 7.15	1 - 34
Toplam	504	12.88 $\pm$ 7.19	1 - 47

F=0,016

p=0,898

Tablo XXIV: Öğrencilerin kardeş sayısı ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Kardeş sayısı	BDÖ puanları				Toplam	
	16 ve altı		17 ve üstü			
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Tek çocuk	7	53.8	6	46.2	13	100.0
1 kardeş	131	74.4	45	25.6	176	100.0
2 kardeş	108	73.0	40	30.3	167	100.0
3 kardeş ve üstü	126	75.4	41	24.6	75	100.0
Toplam	372	73.8	132	26.2	504	100.0
Ki kare=3.001 p=0,391						

Araştırmaya katılan öğrencilerin kardeş sayıları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında kardeş sayısı arttıkça depresif belirtiler taşıma oranı da düşmektedir. Tek çocukta depresif belirtiler taşıma oranı %46.2 iken, 3 kardeş ve üstünde %24.6 dır. Yapılan ki kare testinde kardeş sayısı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo XXIV).

Tablo XXV: Öğrencilerin kardeş sayılarına göre Beck Depresyon ölçeği ortalama puanları

Kardeş sayısı	sayı	ort. ±S.S	min.- max
Tek çocuk	13	14.92 ±8.69	7 - 37
1 kardeş	176	12.73 ±7.26	1 - 38
2 kardeş	148	12.97 ±7.57	2 - 47
3 kardeş ve üstü	167	12.79 ±6.67	1 - 33
Toplam	504	12.88 ±7.19	1 - 47

F=0,390 p=0,760

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarıyla kardeş sayıları karşılaştırıldığında en yüksek ortalama 14.92 ile tek çocuk olanlarda bulunmuştur. Diğer ortalamalarda sırasıyla 12.73, 12.97 ve 12.79'dur. Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XXV).

Araştırmaya katılan öğrencilerin en uzun yaşadıkları coğrafi bölge ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarına arasındaki ilişkiye bakıldığında depresif belirtiler taşıma yönünden en düşük oran %20.6 ile İç Anadolu bölgesindedir, en yüksek oran ise %28.9 ile Akdeniz bölgesindedir(Tablo XXVI).Yapılan ki kare testinde en uzun yaşanan bölge ile depresif belirtiler taşıma arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo XXVI:Öğrencilerin en uzun yaşadıkları coğrafi bölge ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Coğrafi bölge	BDÖ puanları					
	16 ve altı		17 ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Ege B.	159	72.9	59	27.1	218	100.0
Marmara B.	36	75.0	12	25.0	48	100.0
İç Anadolu B.	50	79.4	13	20.6	63	100.0
Karadeniz B.	26	74.3	9	25.7	35	100.0
Akdeniz B.	69	71.1	28	28.9	97	100.0
D. ve G:Doğu An. B.	31	73.8	11	26.2	42	100.0
Toplam	371	73.8	132	26.2	503	100.0

*Bilinmeyen 1 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Ki kare=1,488 p=0,914

En uzun yaşanan bölgeye göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında en düşük ortalama 11.82 ile Karadeniz bölgesinde en yüksek ortalama 13.89 ile Marmara bölgesindedir(Tablo XXVII).Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo XXVII:Öğrencilerin en uzun yaşadıkları coğrafi bölgeye göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Coğrafi bölge	sayı	Ort. $\pm$ S.S	min.- max.
Ege B.	218	12.71 $\pm$ 6.90	1 - 34
Marmara B.	48	13.89 $\pm$ 7.25	3 - 37
İç A. B.	63	12.25 $\pm$ 6.74	1 - 32
Karadeniz B.	35	11.82 $\pm$ 6.24	3 - 31
Akdeniz B.	97	13.24 $\pm$ 7.64	2 - 47
D. ve G. Doğu B.	42	13.61 $\pm$ 8.93	2 - 42
Toplam	503	12.88 $\pm$7.19	1 - 47

*Bilinmeyen 1 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=0,596 p=0,703

Araştırmaya katılan öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında depresif belirtiler görülme oranının en fazla %30.6 ile köy-kasaba kökenli öğrencilerde olduğu görülmüştür. İl merkezinde yaşayanlarda bu oran %25.0'dır(Tablo XXVIII). Fakat yapılan ki kare testinde en uzun yaşanan yer ile depresif belirtiler taşıma arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo XXVIII:Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Yerleşim yeri	BDÖ puanları					
	16 ve altı		17 ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Köy-kasaba	59	69.4	26	30.6	85	100.0
İlçe mrk.	103	74.1	36	25.9	139	100.0
İl mrk.	210	75.0	70	25.0	280	100.0
Toplam	372	73.8	132	25.9	504	100.0

Ki kare=1,062 p=0,588

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının öğrencilerin en uzun süre yaşadığı yere göre dağılımına bakıldığında en yüksek ortalama 13.71 köy- kasaba kökenli olanlarda görülmüştür(TabloXXIX).Fakat yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo XXIX: Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Yerleşim yeri	sayı	ort. $\pm$ S.S	min.-max.
Köy-kasaba	85	13.71 $\pm$ 7.25	2 - 37
İlçe mrk.	139	12.82 $\pm$ 7.19	1 - 47
İl mrk.	280	12.66 $\pm$ 7.18	1 - 42
Toplam	504	12.88 $\pm$7.19	1 - 47
F=0,710 p=0,492			

Araştırmaya katılan öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile ailelerinin yaşadığı yerleşim yeri arasındaki ilişkiye bakıldığında, depressif belirtiler görülme oranının en fazla %29.9 ile ailesi köy-kasabada yaşayanlar olduğu görülmüştür(Tablo XXX). Fakat yapılan ki kare testinde ailenin yaşadığı yer ile depresif belirtiler taşıma arasında bir ilişki bulunamamıştır .

Tablo XXX:Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yerleşim yeri ve Beck depresyon ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Yerleşim yeri	BDÖ puanları				Toplam	
	16 ve altı		17 ve üstü			
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Köy-kasaba	61	70.1	26	29.9	87	100.0
İlçe mrk.	89	73.6	32	26.4	121	100.0
İl mrk.	221	74.9	74	25.1	295	100.0
Toplam	371	73.8	132	26.2	503*	100.0

*Bilinmeyen 1 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Ki kare=0,803 p=0,669

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının ailenin yaşadığı yere göre dağılımına bakıldığında en yüksek ortalamanın 13.12 ile ailesi köy-kasaba da yaşayanlar olduğu görülmüştür(Tablo XXXI). Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır .

Tablo XXXI:Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yerleşim yerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Yerleşim yeri	sayı	ort. $\pm$ S.S	min.-max.
Köy kasaba	87	13.12 $\pm$ 6.76	2 - 32
İlçe mrk.	121	12.83 $\pm$ 7.30	1 - 47
İl mrk.	295	12.83 $\pm$ 7.30	1 - 42
Toplam	503*	12.88 $\pm$7.19	1 - 47

*Bilinmeyen 1 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=0,59 p=0,943

Araştırmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları lise ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, normal devlet lisesinden gelenlerde depresif belirtiler görülme oranı %28.0, Anadolu lisesinden gelenlerde %25.0, İmam hatip lisesinden gelenlerde %22.7 ve diğer meslek liselerinden gelenlerde %22.7 iken özel liseden gelenlerde depresif belirtiler taşıyan öğrenci yoktur(Tablo XXXII).Yapılan ki kare testinde mezun olunan lise ve depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır .Liselere ikili olarak Mann-Whitney U testi uygulanmış ve bunun sonucu olarak özel lise ile diğer liseler arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur.

Tablo XXXII:Öğrencilerin mezun oldukları lise ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Mezun olunan lise	BDÖ puanları				Toplam	
	16 ve altı		17 ve üstü		sayı	%
	sayı	%	sayı	%		
Normal lise	260	72.0	101	28.0	361	100.0
Özel lise	6	100	-	-	6	100.0
Anadolu lisesi	21	75.0	7	25.0	28	100.0
İmam-hatip lisesi	17	77.3	5	22.7	22	100.0
Diğer meslek liseleri	53	76.8	16	22.9	69	100.0
Toplam	357	73.5	129	26.5	486 *	100.0

*Bilinmeyen 18 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Ki kare=3,146 p=0,534

Yine öğrencilerin mezun oldukları liseye göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama 13.10 ile Anadolu lisesinde iken, en düşük ortalama 7.00 ile özel liseden gelenlerdedir(Tablo XXXIII).Yapılan varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo XXXIII:Öğrencilerin mezun oldukları liseye göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Mezun olunan lise	sayı	ort. ± S.S	min.-max.
Normal lise	361	13.09 ±7.35	1 - 47
Özel lise	6	7.00 ±4.42	2 - 13
Anadolu lisesi	28	13.10 ±6.99	5 - 32
İmam-hatip lisesi	22	12.36 ±6.18	2 - 25
Diğer meslek liseleri	69	12.71 ±6.30	2 - 35
Toplam	486*	12.93 ±7.12	1 - 47

*Bilinmeyen 18 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=1,142 p=0,336

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerinin gelir durumu ile depresif belirtiler görülme sıklığı ilişkisine bakıldığında 86 milyon TL ve altında aylık geliri olanlarda depresif belirtiler görülme oranı %31.7 iken 86 milyon ile 250 milyon TL aylık geliri

olanlarda %23.6 bulunmuştur(Tablo XXXIV).Yapılan ki kare testinde aylık gelir ile depresif belirtiler görülme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır .

Tablo XXXIV:Öğrencilerin ailelerinin gelir durumu ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Aylık gelir	BDÖ puanları				Toplam	
	16 ve altı		17 ve üstü			
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
86 milyon TL ve altı	28	68.3	13	31.7	41	100.0
86000001TL - 250000000 TL	178	76.4	55	23.6	233	100.0
250000001TL - 500000000 TL	120	72.3	46	27.7	166	100.0
500000001TL - ve üstü	42	73.7	15	26.3	57	100.0
Toplam	368	74.0	129	26.0	497	100.0

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Ki kare=1,645 p=0,649

Ailelerin aylık gelir durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamanın 13.46 ile en düşük gelir grubunda olduğu görülmüştür(Tablo XXXV). Yapılan varyans analizinde anlamlılık bulunamamıştır .

Tablo XXXV:Öğrencilerin ailelerinin gelir durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Gelir durumu	sayı	ort.	±S.S	min.- max.
86 milyon ve altı	41	13.46	±6.23	2 - 30
86000001-250000000	233	12.76	±7.28	2 - 47
250000001-500000000	166	12.92	±7.00	1 - 42
500000001 ve üstü	57	12.42	±8.03	1 - 34
Toplam	497*	12.83	±7.18	1 - 47

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=0,183 p=0,908

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerinin üniversite masraflarını karşılama durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında çok güç ve

oldukça güç şeklinde yanıtlayanların sırasıyla %34.7 ve % 30.7 oranında olduğu buna karşılık güç değil şeklinde yanıtlayanların oranının ise % 21.9 olduğu görülmüştür(Tablo XXXVI). Bu farklılık Maentel- Haensael Linear Association (Eğimde Ki kare) ile test edilmiş ve masrafları karşılama ile depresyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Masrafları karşılama zorlaştıkça depresyon artmaktadır.

Tablo XXXVI:Öğrencilerin ailelerinin üniversite masraflarını karşılama durumu ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Masraf kar.durumu	BDÖ puanları					
	16 ve altı		17 ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Çok güç	47	65.3	25	34.7	72	100.0
Oldukça güç	95	69.3	42	30.7	137	100.0
Güç değil	225	78.1	63	21.9	288	100.0
Toplam	367	74.1	130	26.2	497*	100.0

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Eğimde ki kare=6,905 p=0,024

Ailenin üniversite masraflarını karşılama durumunun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımına bakıldığında en yüksek ortalamanın 15.06 ile çok güç diyen grupta en düşük ortalamanın da 11.88 ile güç değil diyen grupta olduğu görülmüştür(Tablo XXXVII).Yapılan varyans analizinde de anlamlılık bulunmuştur (p=0,001).Hangi gruplar arasında fark olduğu Tukey testiyle test edildiğinde güç değil ile çok güç, güç değil ile oldukça güç arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo XXXVII:Öğrencilerin ailelerinin masrafları karşılama durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Masr. kar. durumu	sayı	ort. $\pm$ S.S	min - max
Çok güç	72	15.06 $\pm$ 7.70	3 - 38
Oldukça güç	137	13.84 $\pm$ 7.06	2 - 42
Güç değil	288	11.88 $\pm$ 6.95	1 - 47
Toplam	497*	12.70 $\pm$7.18	1 - 47

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=7,549 p=0,001

Araştırmaya katılan öğrencilerin başarı durumlarına göre BDÖ puanlarına bakıldığında en yüksek oranın %62.9 ile başarı durumunun iyi olmadığını belirten öğrenci grubunda olduğu, en düşük oranında %18.3 ile başarı durumunu iyi olarak belirten grupta olduğu görülmüştür(Tablo XXXVIII). Öğrencilerin ders başarıları ile depresif belirtiler görülme sıklığı arasında ilişki olduğu Maentel – Haensel Linear Association(Eğimde Ki kare) testiyle test edilmiş ve ders başarısı ile depresyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo XXXVIII:Öğrencilerin okuldaki başarı durumu ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirmesi

Başarı durumu	BDÖ puanları					
	16 ve altı		17 ve üstü		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
İyi	156	81.7	35	18.3	191	100.0
Orta	198	73.1	73	26.9	271	100.0
İyi değil	13	37.1	22	62.9	35	100.0
Toplam	367	73.8	130	26.2	497	100.0

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Eğimde ki kare=30,558 p<0,0001

Öğrencilerin ders başarılarının BDÖ puan ortalamalarına göre dağılımına bakıldığında en yüksek ortalamanın 19.65 ile ders başarısı iyi olmayan grupta olduğu,

en düşük ortalamanın da 11.07 ile dersleri iyi olan grupta olduğu saptanmıştır(Tablo XXXIX).Yapılan varyans analizinde anlamlılık bulunmuştur ($P<0,0001$). Tukey testiyle tüm grupların birbirleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Sperman korelasyon testinde de başarı azaldıkça Beck Depresyon Ölçeği puanlarının arttığı görülmektedir($r = -0,226$).

Tablo XXXIX:Öğrencilerin başarı durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları

Başarı durumu	sayı	ort. $\pm$ S.S	min. -max.
İyi	191	11.34 $\pm$ 6.50	1 - 33
Orta	271	13.07 $\pm$ 6.86	2 - 42
İyi değil	35	19.65 $\pm$ 9.09	4 - 47
Toplam	497*	12.87 $\pm$7.18	1 - 47

*Bilinmeyen 7 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

F=33,286 p<0,0001

Öğrencilerin sorun alanları sıralamasına bakıldığında ilk 3 sırada %69.2 ile sosyal yaşam ve tesis eksikliği olduğu, sonra %54.8 ile eğitim sistemi ve kalitesinin yetersizliği %49.3 ile, ekonomik sorunlar olduğu saptanmıştır.Bu sorun alanlarının depresyonla ilişkisine bakıldığında, ekonomik sorunlar, arkadaşlık ilişkileri ve sorunun olup olmaması depresyonla ilişkili bulunmuştur (Tablo XL).

Tablo XL:Öğrencilerin sorun alanları sıralaması ve Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları

Sorun alanları	sayı	%*	Var	Yok	p
			ort. $\pm$ S.S	ort. $\pm$ S.S	
Sosyal yaşam ve tesis eksikliği	352	69.2	12.92 $\pm$ 7.15	12.77 $\pm$ 7.33	p>0,05
Eğt. sist. ve kalite yetersizliği	279	54.8	12.41 $\pm$ 6.52	13.46 $\pm$ 7.94	p>0,05
Ekonomik sorunlar	251	49.3	13.64 $\pm$ 7.20	12.09 $\pm$ 7.19	p=0,01
Aradığını bulamama	220	43.2	13.13 $\pm$ 7.50	12.67 $\pm$ 6.95	p>0,05
Arkadaşlık ilişkileri	132	25.9	14.16 $\pm$ 7.91	12.41 $\pm$ 6.87	p=0,01
İdari sorun	113	22.2	12.60 $\pm$ 7.67	12.95 $\pm$ 7.06	p>0,05
Barınma ve beslenme	52	10.2	12.36 $\pm$ 6.49	12.93 $\pm$ 7.28	p>0,05
Sorunum yok	15	2.9	7.66 $\pm$ 3.90	13.04 $\pm$ 7.22	p<0,0001

* Yüzdelere tüm öğrenciler üzerindendir ve öğrenciler birden fazla sorun alanını işaretlemişlerdir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ:

Gençlik çağı biyopsikososyal yönden bir risk dönemidir. Gençlik çağındaki birey kimlik, beden algısı, arkadaş ilişkileri, öğretim, ekonomik sorunlar meslek edinme, iş bulma gibi alanlarda önemli sorunlarla karşılaşır. Fizyolojik değişikliklerin yanısıra ruhsal ve toplumsal değişiklikler genci zorlar. Zorlamalara her gencin tepkisi aynı olmayıp, bu tepkilerin bir grubu da depresyon belirtileridir. Kimi zaman bu belirtilerin klinik depresyonla mı, yoksa gençlik çağının doğal tepkileriyle mi ilgili olduğunun ayrımı güç olabilir(40). Depresyon ölçekleri bu konuda her zaman yeterli olmaz. Bu nedenle klinik değerlendirme sonuçlarıyla birlikte karar vermek daha uygundur. Yapılan çeşitli araştırmalar, üniversite öğrencilerinde rastlanan depresyon ile klinik depresyon arasında en önemli farkın belirtilerin yoğunluğunda ve geçici olup olmamasında yattığına işaret etmektedir(41). Üniversite öğrencilerinde BDÖ kullanılarak yapılan çeşitli araştırmalar öğrencilerde rastlanan depresif belirtilerin geçici niteliğine dikkat çekmekte, Beck Depresyon Ölçeği'nin birkaç hafta arayla yürütülen iki uygulaması arasında bazı farklılıkların ortaya çıktığını, birinci uygulamada puanı yüksek olan öğrencilerin ikinci uygulamada normal puanlar aldığını ileri sürmektedirler. Diğer yandan yapılan bazı araştırmalar Beck Depresyon Ölçeği ile ölçülen depresif belirtilerin öğrencilerdeki kaygı düzeyi ile yüksek korelasyon gösterdiğine işaret etmektedir(30,41). Bu nedenle ölçeğin uygulanma zamanı da sonuçları değiştirebilir.

Araştırmamızda BDÖ' ne göre üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı %26.2 olarak bulunmuştur(Tablo II). Tüm grubun BDÖ puan ortalaması 12.87 ± 7.19 'dur(Tablo II).

BDÖ ile yapılan alan çalışmalarının bir kısmında sonuçlar oran olarak verilirken bir kısmında da tüm grubun aldığı puan ortalaması alınarak değerlendirme

yoluna gidilmiştir(40,42). Çalışmamızda her iki tür sonuç ile karşılaştırma yapabilmek için, hem depresyon oranları yüzde olarak belirlenmiş, hem de grup ortalamaları alınarak depresyon durumları değerlendirilmiştir.

Türkiye de çeşitli üniversitelerde BDÖ ile yapılan çalışmalarda %13.8 ile %69 arasında değişen oranlarda depresyon bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi intern doktorları ile yapılan çalışmada bu oran %13.8 bulunurken (43), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde %34.7 bulunmuştur(40). Gühane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) yapılan çalışmada ise %35.4' dür. BDÖ puan ortalaması ise 14.5'dir(44). Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) öğrencileri ile yapılan çalışmada depresyon oranı %16.4, BDÖ puan ortalaması 13.9 bulunmuştur(41).Yine Ankara Üniversitesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada oran %69'dur(45). İran da 405 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 10.8 bulunurken(46), Kanada'da 432 psikoloji öğrencisiyle yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 8.2 olarak bulunmuştur(47). ABD'de 17-25 yaş arası üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması 7.6'dır(42). Bu örnekler arttırılabilir. Görüldüğü gibi yurt dışındaki çalışmalarda depresyon puan ortalamaları daha düşüktür. Bu yurt dışında okuyan öğrencilerin, ekonomik ve sosyal koşullarının daha iyi olmasına bağlanabilir. Türkiye'de de farklı üniversitelerde değişik sonuçlar bulunmuştur. Bu durum değişik nedenlere bağlı olabilir. Bu nedenler arasında gençlerin ekonomik güçlükleri, okullarıyla ilgili hoşnutsuzlukları, iş bulma endişeleri, çoğunun ailesinden uzakta olması sayılabilir. Ayrıca bu çalışmaların çoğunda tek bir sınıflamanın kullanılmadığı, her araştırmada kesme noktası olarak değişik bir puanın ölçüt olarak saptandığı görülmektedir.Kesme noktası olarak alınan puan araştırmaların çoğunda 10 olarak belirtilmekteyse de bazı araştırmalarda 17, bazı araştırmalarda ise 21 puanın kesme noktası olarak alındığı görülmektedir(41).

BDÖ puanlarının okullara göre dağılımına bakıldığında Fen –Edebiyat fakültesinde depresif belirtiler görülme oranı %31.5 iktisat fakültesinde ise %20.4 bulunmuştur(Tablo IV). Ki kare testinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Fakat grup ortalamalarına bakıldığında İktisat fakültesinden kaynaklanan bir farkın bulunduğu görülmektedir(Tablo V).Yapılan varyans analizinde de anlamlılık bulunmuştur ($p=0,038$). İktisat fakültesi gelir düzeyi yüksek ve daha çok il merkezinden gelen öğrencilerden oluştuğundan dolayı bu farkın ortaya çıktığı düşünülmektedir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde ve Ankara Üniversitesi'nde yapılan çalışmalarda ise okullar arasında depresif belirtiler açısından bir fark bulunamamıştır(40,45).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflara göre BDÖ puanlarına bakıldığında 4. Sınıflarda %31.2 öğrenci depresif belirtiler taşırken 1.sınıflarda %24.7 öğrencinin depresif belirtiler taşıdıkları görülmüştür(Tablo VI). Sınıflara göre grup ortalamalarına bakıldığında da en yüksek ortalama 14.08 ± 7.07 ile 4.sınıflarda, en düşük ortalama 11.98 ± 6.83 ile 1.sınıflarda bulunmuştur(Tablo VII). Sınıf ile ölçekten alınan puanlar arasında Sperman korelasyon testiyle pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır($r=0,01$) ($p=0,13$). Sınıf yükseldikçe ölçekten alınan puanlar artmıştır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmalarda sınıflar arasında bir fark bulunamamıştır(40,43). ODTÜ'de yapılan bir çalışmada birinci sınıf öğrencileri üst sınıftaki öğrencilere göre daha depresif bulunmuştur(11). Fakat GATA' da yapılan çalışmada en düşük ortalama birinci sınıfta bulunmuş, sınıf yükseldikçe puan ortalamalarının arttığı görülmüştür(44). Bu sonuç bizim çalışmamızla da uyumlu olup, bu durumu son sınıf öğrencilerinin iş bulma ve gelecek kaygılarının daha yüksek olmasına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.6 ± 1.77 'dir. Yaş gruplarına göre depresif belirtilerin görülme sıklığına bakıldığında en yüksek oran %32.1 ile 23 yaş ve üzeri grupta, en düşük oran %25.0 ile 16-18 yaş grubundadır (Tablo VIII). Bu grupların puan ortalaması sırasıyla 14.52 ± 7.74 ve 11.70 ± 5.47 'dir (Tablo VIX). Yapılan ki kare testi ve tek yönlü varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Hacettepe üniversitesinde yapılan çalışmada 25 yaş ve üzerinde daha az sıklıkta bulunmuştur (43). GATA 'da yapılan çalışmada yaş arttıkça depresif belirtiler görülme oranının yükseldiği görülmüştür (44). Sivas cumhuriyet üniversitesinde yapılan çalışmada ise yaşla depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (40). Her ne kadar çalışmamızda yaşla depresyon arasında istatistiksel bir anlam bulunamasa da 23 yaş ve üstünün son sınıflara denk gelmesi nedeniyle yaş arttıkça depresyon puanlarının artmasını, okulu bitirmeye yakın gelecek kaygılarının artmasına bağlayabiliriz.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BDÖ puanlarına bakıldığında erkeklerin depresif belirtiler gösterme oranı %28.0, kadınların ise %23.6 olarak bulunmuştur (Tablo X). Erkeklerin BDÖ puan ortalamaları 12.90 ± 6.94 , kadınların 12.84 ± 7.54 'dür (Tablo XI). Yapılan ki kare testi ve varyans analizinde cinsiyetle depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde, ODTÜ de, Hacettepe Üniversitesi intern doktorları arasında yapılan çalışmada depresif belirtilerle cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır (40, 41, 43). Teri (1982) ve Sullivan'da (1986) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet farkı bulamamışlardır (48). Fakat GATA'da ve Kanada Üniversitesi'nde yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılığı bulunmuştur (44, 47). Klasik bilgi depresyonun kadınlarda daha fazla görüldüğüdür (37). Oysa Murphy'e göre depresyonda kadın erkek farkı giderek kapanmaktadır. Bumbery ve arkadaşları depresyon yaygınlığı yönünden üniversite öğrencilerinde cinsiyet farkının önemsiz olduğunu ileri sürerken, Mitchel ve Abbot ile Oneil ve arkadaşları kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda

görüldüğünü belirtmektedirler(40). Oysa üniversite eğitimi almayı başarmış kadınlar kendilerini daha iyi ifade edebilmekte ve daha fazla haklara sahip olabilmektedir. Bu yüzden üniversite popülasyonunda cinsler arasında depresyon açısından fark olmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Kalınan yer ile BDÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında depresif belirtiler taşıyanların %27.3'ünün aile yanında, %27.1'inin yurttan, %24.6'sının arkadaşları ile kaldığı görülmektedir(Tablo XII). Bu öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarına bakıldığında 13.12 ± 7.10 ile yurttan kalanlar en yüksek ortalamaya sahiptir(Tablo XIII). Yapılan ki kare testi ve varyans analizinde bir anlamlılık bulunamamıştır. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da kalınan yer ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(43). Bu bizim çalışmamızla uyumludur. Fakat başka bir çalışma da nörotizm açısından en olumsuz yaşam ortamlarının sırasıyla akraba yanı ve devlet yurtları olduğu saptanmıştır(40).

Anne- babanın öğrenim durumu , meslekleri ve en uzun yaşadıkları coğrafi bölge ile öğrencilerde görülen depresif belirtiler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da böyle bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır(41,43,44).

Kardeş sayısı ile depresyon arasında bir bağlantı olup olmadığına bakıldığında tek çocuk olanların depresyon oranı %46.2 iken, 3 kardeş ve üstünde olanların depresyon oranı %24.6'dır(Tablo XXIV). Ayrıca tek çocuk olanların BDÖ puan ortalaması 14.92 ± 8.69 olup genel ortalamadan üstündedir(Tablo XXV). Bu farklılık dikkat çekici olup, ki kare testinde istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin en uzun yaşadıkları yerleşim yeri ile depresyon puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, köy-kasaba da yaşayanlarda depresif belirtiler

görölme oranı %30.6 iken, ilçe merkezinde yaşayanlarda %25.9, il merkezinde yaşayanlarda ise %25.0 olduğu görölmektedir(Tablo XVIII). Depresyon puan ortalamalarına bakıldığında da köy-kasaba da yaşayanların puan ortalaması 13.71 ± 7.25 iken, il merkezinde yaşayanların puan ortalaması 12.82 ± 7.19 'dur(Tablo XXIX). Yapılan ki kare testinde ve varyans analizinde bir anlamlılık görölme de il merkezinden küçük yerleşim merkezlerine doğru gidildikçe öğrencilerin depresif belirtiler taşıma oranının arttığı görölmektedir. GATA' da yapılan çalışmada da en çok yaşanan yer ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, aynı ilişki Hacettepe üniversitesi tıp faköltesi öğrencilerinde yapılan çalışmada bulunamamıştır(44,43). Bize göre de küçük yerleşim yerleri ve kapalı bir toplumdan gelen gençler farklı kesimlerden gelen arkadaşlarla karşılaşınca bocalamakta ve uyum güçlüğü çekmektedirler. Ayrıca aileden ayrılmak, sorumluluğun artması ve yeni arkadaşlar edinmek gibi problemlerle de karşılaşırılar.

Yine aynı şekilde ailelerinin yaşadıkları yere göre depresif belirtiler taşıma oranlarına bakıldığında, ailesi köy-kasabada yaşayanlarda depresyon oranı %29.9 iken, ailesi il merkezinde yaşayanların %25.1'dir (Tablo XXX). Yapılan ki kare testinde bir anlamlılık bulunamasa da ailesi küçük yerleşim merkezlerinde yaşayan öğrencilerin, aileden uzak ve tüm sorunlarla tek başına uğraşmak zorunda olmaları nedeniyle uyum güçlüğü ve buna bağlı depresif belirtiler taşıma olasılıkları yüksektir.

Öğrencilerin mezun oldukları liselere göre depresyon durumlarına bakıldığında normal liseden mezun olanlarda depresyon oranı %28.0, meslek liselerinden mezun olanlarda %22.9 olarak bulunmuştur. Özel liseden mezun olanlarda depresyon belirtileri taşıyan öğrenci bulunmaması ilgi çekicidir(Tablo XXXII). BDÖ puan ortalamaları alındığında da normal liseden mezun olanların ortalaması 13.09 ± 7.35 iken özel liseden mezun olanların ortalaması 7.00 ± 4.42 'dir(Tablo XXXIII).Yapılan Mann

Whitney-U testinde özel liselerle diğer liseler arasında depresif belirtiler açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Bunda özel liseden mezun olan öğrencilerin daha iyi sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden gelmeleri etkili olabilir. Fakat özel liseden gelen öğrencilerin sayısının az oluşu bu konuda bir genelleme yapmanın doğru olmayacağını düşündürmektedir.

Öğrencilerin ailelerinin aylık gelirlerine bakıldığında en alt gelir grubu olan 86 milyon ve altında geliri olanların depresyon oranı %31.7 iken, en üst gelir grubu olarak düşünülen 500 milyon ve üstü geliri olanların depresyon oranı %26.3'dür(Tablo XXXIV).BDÖ puan ortalamalarına bakıldığında da, en alt gelir grubunda olanların puan ortalaması 13.46 ± 6.23 , 500 milyon ve üstü gelir grubunda ise 12.42 ± 8.03 'dür(Tablo XXXV).Yapılan ki kare testi ve varyans analizinde gelir durumu ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır.GATA da yapılan çalışmada ise gelir durumu ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur(44).Biz de gelir durumu düşük kişilerde depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü düşüncesindeyiz. Yukarıda bir ilişki çıkmaması rakamsal olarak gelirin sorulmasından kaynaklanmış olabilir. Gelirin yeterli olup olmaması göreceli bir durumdur. Rakamsal olarak sorulduğunda herkes için yeterli olan para farklı bulunurken, kendi değerlendirmelerine göre paranın yetip yetmediği sorulduğunda ise daha farklı sonuçlar çıkmaktadır.

Ailenin üniversite masraflarını karşılama durumu ile BDÖ puanlarına bakıldığında çok güç diyenlerin %34.7'si depresif belirtiler taşıırken güç değil şeklinde yanıtlayanların %21.9'unun depresif belirtiler taşıdığı görülmektedir(Tablo XXXVI).Yapılan ki kare testi de anlamlı çıkmıştır($p=0,024$). Öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarına bakıldığında da üniversite masraflarını karşılama durumu çok güç olan öğrencilerin puan ortalaması 15.06 ± 7.70 iken güç değil diyenlerin

11.88±6.95'dir(XXXVII). Üniversite masraflarını karşılayamamak düşük gelir seviyesine sahip olmanın bir göstergesidir. Ankara üniversitesinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin gelir durumuyla depresyon arasında ilişki bulunmuştur(45). Kocaeli Üniversitesi'nde ve GATA'da yapılan çalışmada alt gelir grubunda olan öğrencilerin daha fazla ruhsal belirtiler taşıdıkları bildirilmektedir(2,44). Ekonomik güçlükler herkes de bir takım sıkıntılara neden olur. Gençler beslenme, barınma, ders araç gereçlerine sahip olma, sosyal aktivitelere katılmada kısıtlamalarla karşılaşınca ve yaşlarının bir özelliği olarak istedikleri gibi gezip, giyinemeyince daha da sıkıntı yaşamakta, bu durumda gençlerin benlik saygısını azaltarak ruhsal yapılarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Öğrencilerin okuldaki başarı durumları ile BDÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, başarı durumu iyi olanların %18'3'ü, iyi değil şeklinde yanıtlayanlarınsa %62.9'u depresif belirtiler taşımaktadır(Tablo XXXVIII). BDÖ puan ortalamalarına bakıldığında ders başarısını iyi olarak niteleyenlerin ortalaması 11.34±6.50 iken iyi değil diyenlerin ortalaması 19.65±9.09'dur(Tablo XXXIX). Ders başarısı azaldıkça depresyon puanları artmaktadır. Sonuçlar ileri derecede anlamlıdır($p<0,0001$).Ankara Üniversitesi'nde ve ODTÜ'de yapılan çalışmalarda başarı ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve depresyon arttıkça, akademik başarının düştüğü saptanmıştır(45,11). Bu sonuçlar, depresyon mu başarısızlığa yol açıyor, yoksa başarısızlık mı depresyona neden oluyor sorularını akla getirebilir.Burada çift yönlü bir etki söz konusu olup, öğrencilerin içinde bulundukları depresif ruh hali, dikkatini toplayamama, isteksizlik, halsizlik, uyku bozuklukları gibi semptomlar derslerini etkileyebileceği gibi, ders başarısının düşmesi ile ortaya çıkan benlik saygısında azalma öğrencilerdeki depresif belirtileri ortaya çıkarabilir.

Öğrencilere ilk üç sırada gelen sorunları sorulduğunda sosyal yaşam ve tesis eksikliğinin %69.2 ile ilk sırada olduğu, daha sonra %54.8 ile eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliği, %49.3 ile de ekonomik sorunlar izlemektedir. Öğrencilerin sorun alanlarıyla depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ekonomik sorunlar ve arkadaşlık ilişkilerinin depresyonla ilişkili olduğu görülmektedir(Tablo XL).

Ekonomik güçlükler depresyonla ilişkili olmasına rağmen ilk sıradaki sorun sosyal yaşam ve tesis eksikliği olarak belirtilmiştir. Doğan'ın yaptığı bir çalışma da sosyal aktivitede bulunan gençlerde depresif belirtiler daha az oranda bulunmuştur(40).Gençler sosyal aktivitelerin içinde daha çok bulunmak istemekte bu sayede kimlik kazanmakta ve sorunlarını unutmaktadırlar. İmamoğlu'nun yaptığı bir çalışmada, ruhsal sorunları olan öğrenciler kendilerini en çok etkileyen sorunlar olarak, kişisel ve ailevi sorunlar, arkadaş ilişkileri ve fakülteye uyum sorunları gibi kişiler arası ilişkileri sıklıkla ifade etmişlerdir. Ruhsal sorunları olmayanlar ise ekonomik zorluk, barınma ve eğitimle ilgili sorunlardan daha sıklıkla yakınmaktadırlar(15). Dolayısıyla bulgular öğrencilerin ruh sağlığının ekonomik nedenlerden çok kişiler arası sorunlarla daha yakından ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.Bu bizim bulgularımızla çelişmektedir(Tablo XL).

Çalışma sonuçlarına göre;

- Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde depresyon sıklığı %26.2'dir. Bu oran toplumdaki prevalansın üzerindedir.
- Ailelerin üniversite masraflarını karşılama durumu ile depresyon arasında ileri derecede ilişki vardır. Üniversite masraflarını karşılama güçleştikçe depresyon oranı artmaktadır.

- Okuldaki başarı durumu kötü olan öğrencilerin depresyon oranları yüksektir. Okul başarısı ile depresyon arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır.
- Öğrencilerin öğrenim gördükleri okul ile depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İktisat fakültesinde okuyanlarda depresyon düzeyi daha düşüktür.
- Sınıf düzeyi ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Sınıf düzeyi yükseldikçe depresyon puanları artmaktadır. En yüksek puanlar son sınıf öğrencilerinde görülmektedir.
- Mezun olunan lise ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özel liseden mezun olanlarda depresyon puanları daha düşüktür.
- İstatistiksel olarak bir anlamlılık olmasa da, öğrencilerin yaşı, kardeş sayısı, kendilerinin ve ailelerinin yaşadıkları yerleşim yeri, ailelerinin gelir durumu ile depresyon arasında ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre yaş arttıkça depresyon oranı artmakta, tek çocuk olanlarda, köy-kasaba gibi küçük yerleşim merkezlerinden gelenlerde, düşük gelir grubundaki öğrencilerde depresyon daha fazla görülmektedir.
- Depresyon ile cinsiyet, anne-babanın öğrenim durumu, anne-babanın mesleği ve en uzun yaşanan coğrafi bölge arasında bir ilişki bulunamamıştır.
- Öğrencilerin en önde gelen üç sorunu, sosyal yaşam ve tesis eksikliği, eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliği ile ekonomik sorunlardır.
- Öğrencilerin bu sorun alanları ile depresyon durumu karşılaştırıldığında ekonomik sorunlar, arkadaşlık ilişkileri ve sorunu olup olmaması depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Bütün bu sonuçların ışığında önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz;

- 1) Araştırmamızın sonuçlarına göre Pamukkale Üniversitesi'ndeki depresyon oranı %26.2'dir. Oysa aynı yıl mediko-sosyal merkezine psikolojik danışmanlık için başvuran

öğrenci sayısı 104'dür.Bu tüm öğrencilere oranlandığında başvuru oranı %1 gibi çok düşük bir oran çıkmaktadır.Bu öğrencilerin mediko-sosyal merkezinde psikolojik danışmanlık verildiğini bilmemelerinden kaynaklanabilir.Üniversitemizde psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri yaygınlaştırılmalı, öğrenciler sorunları olduğunda ilgili kişilere nasıl ulaşabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

2) Son sınıflarda depresyon oranının arttığı görülmektedir.Bu daha çok öğrencilerin iş bulma kaygılarından dolayı olabilir.Bu nedenle son sınıfa gelmiş ve öğrencilik yılları bitip yaşama atılacak öğrencilere ortada kalmışlık duygusundan kurtulmaları için destek olunmalı, özellikle o konu ile ilgili eğitimciler tarafından çalışma alanları ve iş bulma konularında yardımcı olunarak, bilgi verilmelidir.

3) Üniversite masraflarını karşılamakta zorlanan öğrencilerin depresyon düzeyleri daha yüksektir. Bu yüzden ekonomik durumu kötü olan öğrencilere burs bulmada yardımcı olunmalı, onların bu sorunlarının çözümlenmesine çalışılmalıdır.

4) Köy-kasaba gibi küçük yerleşim merkezlerinden gelen öğrencilerde yaşadıkları uyum güçlüklerinden dolayı depresyon daha fazla görülmektedir. Aileden ilk kez uzaklaşan ve çevreye uyum sağlanmaya çalışılan bu dönemde yitirilmiş olan aile desteği arkadaşlar tarafından sağlanır. Arkadaşlık ilişkileri, aile bağlarının yerini alacak derecede önem kazanır. Çalışmamızda arkadaşlık ilişkilerini sorun olarak gören öğrencilerde depresyona daha fazla rastlanması da bunu desteklemektedir.Ayrıca öğrenciler en önemli sorunları olarak ilk sıraya sosyal yaşam ve tesis eksikliğini koymuşlardır. Bütün bu nedenlerden dolayı gençlerin birbirlerini tanıyıp ilişki kurabilecekleri kütüphane ,spor salonları, ve çeşitli sosyal tesislerin sayısı arttırılmalı, kurulacak öğrenci klüpleriyle öğrencilerin birbirlerini tanıyıp,sosyal aktivitelere katılmaları sağlanmalıdır.

5) Eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliği öğrencilerin en önemli ikinci sorunlarıdır. Öğrenciler büyük umutlarla geldikleri üniversitede liseden farklı bir eğitim bulamadıklarını söylemekte ve hayal kırıklığına uğradıklarını ifade etmektedirler. Burada üniversite yönetimi ve öğretim üyelerine düşen görev gençleri kalıp bilgilerle donatmak

yerine sorgulayabilmelerine, analitik düşünmelerine, aktif öğrenme ve fikir üretme yollarını öğrenebilmelerine olanak sağlayan ortamların oluşturulmasını sağlamaktır. Ayrıca üniversitelerimiz nitelik ve nicelik yönünden kapsamlı biçimde değerlendirilmeli ve uygun düzenlemeler yapılmalıdır.



6. ÖZET

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

Çalışmamızda Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde depresyon sıklığını, bunu etkileyen sosyo-ekonomik faktörleri ve öğrencilerin sorun alanlarını saptamayı amaçladık. Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 504 öğrenci alınmış olup, bunların %58.7'si erkek, %41.3'ü kadındır. Çalışmaya alınacak öğrenciler Tabakalı Rasgele Örneklem yoluyla okul ve sınıfa göre orantılı olarak alınmışlardır. Veriler anket uygulaması ile toplanmış, depresyon düzeyini saptamak için Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmamızın sonucunda Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde depresyon sıklığı %26.2 olarak bulunmuştur, ortalama depresyon puanı 12.88'dir. Depresyon ile ailelerin üniversite masraflarını karşılama durumu, ders başarısı, okul, sınıf, mezun olunan lise, istatistiksel olarak farklı bulunmuştur.. Cinsiyet, anne-babanın öğrenim durumu, anne-babanın mesleği ve en uzun yaşanan coğrafi bölge arasında farklılık bulunamamıştır. Öğrencilerin en önemli sorunları sırasıyla sosyal yaşam ve tesis eksikliği, eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliği ile ekonomik sorunlar olarak tespit edilmiştir. Ekonomik sorunlar, arkadaşlık ilişkileri ve sorunun olup olmaması depresyon ile istatistiksel olarak anlamlıdır.

Depresyon üniversite gençleri arasında sık görülen bir problemdir. Bu sorunun çözümünde üniversite yönetimi gençlere yardımcı olacak çalışmaları yapmalıdır.

Anahtar sözcükler: Depresyon, üniversite gençliği

7.SUMMARY

PAMUKKALE UNIVERSITY STUDENTS DEPRESSION PREVALENCE ACCORDING TO BECK DEPRESSION ENVANTERIAL THE CORRELATION BETWEEN DEPRESSION AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THESE STUDENTS AND TO OBTAIN THEIR PROBLEMS

The most frequent pyschiatric pathology is obtained as depression in the university students. Depression must also be determined as a public health problem because of its negative effects on peoples life quality and personal productivity.

In our study we aimed to obtain the depression prevalence of Pamukkale University students, and also the socioeconomic factors and problems of the students which are effecting depression.This is a cross-sectional study.504 students are attendened the study, the ratio of male students was 58.7 % and the ratio of the female students was 41.3 %.The students were selected by the way of random sampling according to their school and class ratios.The sociodemographic data are picked up by taking poll and the Beck Depression Envantarial is used to see the depression level.

We found the depression ratio 26.2 % among the Pamukkale University sudents. The family budgets for university education consuments, the success at the school, the school by itself, the class, and the high school are significantly difference with depression.Gender, parents 'education level, parents' job and the neighbourhood, most of the life has passed, are not difference with depression.The students three main problems are the absence of social events and facilities, the unqualified education systems and at last the economic problems.Depression is well difference with economic and friendship problems.

Keywords:Depression, university students

9. KAYNAKLAR

- 1) Hamburg B.A.Wortman RN: Adolescent development and psychopathology, Psychiatry/2 in Michels R(ed).J.B Lippincott Company, Philadelphia,1989: 1-14.
- 2) Çorapçıoğlu A.: Bir Mediko-Sosyal Merkeze genel Sağlık Sorunları İle Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler, Türk Psikiyatri dergisi;1999; 10(2):115- 22.
- 3) Bumbery,W.: Validation of the BDI in a university population using psychiatric estimate as the criterion. Journal of Consulting and Clinical psychology,1978; 46(1), 150-55.
- 4) Sherer, M.: Depression and suicidal ideation in college students. Psychological reports,1978; .57, 1061-62.
- 5) Seligman, M.E.: Fall in to helplessness. Psychology Today, 6, 43-48.
- 6) Stangler, R.S.: DSM III : Psychiatric diagnosis in a university population, American Journal of Psychiatry,1973; 137(8) 937-40.
- 7) Oliver, J.M.: Depression in university students:duration relation to calendar time, prevalence and demographic correlates. Journal of Abnormal Psychology, 1970;88, 667-70.
- 8) Hisli, N.: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi.1989; cilt 7, sayı 23, 3-13.
- 9) Rush, A.:Cognitive Therapy: Theory and Research, short term Psychotherapies for depression, ,Guilford Press, New York, 1982;143-81.
- 10) Aytar, G.:Bir grup Üniversite Öğrencisinde Yaşam olayları Depresyon ve Kaygı Araştırması. XXI. Ulusal Psikoloji ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, 1985: 75-79.
- 11) Aydın G.:Üniversite Öğrencilerinde Depresyon,Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı İlişkisi, Psikoloji Dergisi,1988; cilt VI, sayı 22, s:6-12 .

- 12) Yörükoğlu A.:Gençlik Çağının Ruhsal Özellikleri, XXI: Ulusal Psikiatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı,1985; 19-20.
- 13) Özbay H.Öztürk E.: Gençlik, cep Üniversitesi, İletişim Yayınları,Ankara, 1995; 24-25.
- 14) Karataş İ.:Gençlerin Önemli Sosyal Sorunları, III. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı.1993 ;25-33.
- 15) İmamoğlu O.,Gültekin Y.:Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları :1982-92 Döneminde Yayınlanan Araştırmalara İlişkin Bir Değerlendirme, Yorum ve Öneriler, Türk Psikoloji dergisi,1993; 8(30), s:27-41.
- 16) Köknel Ö.:Türkiyede Deppresyon Epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi, Özel Sayısı,1989; 1-5.
- 17) Öztürk O.:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6. basım, Hekimler Yayın Birliği,Ankara 1995.
- 18) Özmen E.:Depresyon Genel Bir Gözden Geçirme, Depresyon Dergisi, 1996;1(1),3-14.
- 19) Hirschfeld A.M.R., Goodwin K. F.:Mood disorders, Textbook of Psychiatry, chapter 13, RR Donnelly and Sons, 1988.
- 20) Özmen M.: Depresyon El Kitabı,İstanbul 1998.
- 21) Hagnel O.,Lanke J., Rorsman B.,Ojeajo L.: Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years; the Lundby Study, Sweden. Psychology medicine,1982; 12: 279-89.
- 22) Klerman G.L.: Affective Disorders. Armond M., Nichol MP(ed.):The harward Guide to Modern Psychiatry. Cambridge, belknap Press,253-3281, 1978.
- 23) Küey L., Üstün T.B., Güleç C.:Türkiye’de ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması.Toplum ve Hekim,1987;sayı 44,Ruh Sağlığı Özel Sayısı .

- 24) Gershon E.S.:Mood Disorders:Psychosocial Treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V (eds.) H.I. Kaplan, B.J: Sadock, Baltimore ; Willams and Wilkins. 1989.
- 25) Gershon E.S.:Single gene findings in manic-depressive illness. Current Opinion in Psychiatry,1991; 4;51-55.
- 26) Thomson C., Franey C.,Arendt J. Ve Checkley S.A.: A comparison of melatonin secretion in depresion and normal subjects. British Journal of Psychiatry,1988; 147, 914-19.
- 27) Giles D. E., Biggs M. M., Rush A.J.,Rofwarg H.P.: Risk factors in families of unipolar ddepression1. Psychiatric illness and reduced REM latency. Journal of affective Disorders,1988; (14) 51-60.
- 28) Robbins T. W., Joyce E. M.,Sahakian B.J.: Neuropsychology and imaging. Handbook of affective Disorders.(ed. Paykel ES) 289-309, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1992.
- 29) Alexopulos G.S., Meyers B.S.,Young R. C.,ve ark. : Clinically defined vaskular depression . American Journal of Psychiatry,1997; (154) 562-65.
- 30) Wayne C.D.: Geriatatric depression :Brain imaging correlates and pharmacologic consideration. Journal of clinical psychiatry. Journal of Clinical Psychiatry,1994; 55:9,71-81..
- 31) Krishnan K.R.R.,Hays J.C.,Blazer D.G.:MRI-defined vaskular depression.American Journal of Psychiatry.1997; (154) 497-501.
- 32) Brown G.W. ,Harris T.O. , Eales M.J.:Aetology of anxiety and depressive disorders in an inner city population 2. comorbidity and adversty. Psychological Medicine,1993; (223) 155-165.
- 33) Köroğlu E.: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el Kitabı.Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1998.

- 34) Wells K.B.:The functioning and wellbeing of depressed patients. JAMA,1989; 262, 914-919.
- 35) Lee A. S ve ark.:The long-term outcome of Moudsley depressives. British Journal of Psychiatry,1988; (153) 741-51.
- 36) Göğüş A.:Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon.Hacettepe Tıp Dergisi.1995; 26(1) ,9-11.
- 37) Köroğlu E.:Psikiyatri Temel Kitabı.Cilt 1,(ed. Köroğlu E.,Güleç C.),Hekimler Yayın Birliği,Ankara 1997.
- 38) Burns D.D.: Feeling good:The new mood therapy.New York Morrow, 1980.
- 39) Aydın Ö.,Köroğlu E.,: Beck Depresyon Envanteri, Psikiyatri Kullarılan Klinik Ölçekler , Hekimler Yayın Birliği.Ankara 2000.
- 40) Doğan O.,Doğan S., Çorapçıoğlu A., Çelik G.:Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi,Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi,1994;16(2), 148-51.
- 41) Aydın G. Demir A.:ODTÜ öğrencilerin de Depresif Belirtilerin Yaygınlığı, İnsan Bilimleri Dergisi,1989;VIII/I, 27-40.
- 42) Oliver J.M. Paul J.C.: Self –esteem and self efficacy ;perceived parenting and family climate;and depression in üniversity students, journal of Clinic Psicolgy, 1995;July 51(4), 467-81.
- 43) Tayşi B.N.,Azizoğlu F.,Perçinel S.,Hasan S.H.: 1992-1993 Öğrenim Yılı İntern Doktorlarında Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Prevalansı, Toplum ve Hekim, 1994;59,68-74.
- 44) Bakır B.,Yılmaz R.,Yavaş İ.,Toraman R.,Güleç N.:Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sorun alanları ve sosyo-demografik Özelliklerle Depresif belirtilerin Karşılaştırılması, Düşünen Adam,1997;10(1):5-12.

- 45) Güney M: Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon ve Problem Alanlarının Akademik Başarı İle İlişkileri ,Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, No:92,1985.
- 46) Tashakkori A., Barefoot J., Mehryar H.A.:What Does The Beck Depression Inventory Measure İn College Students:Evidence From a Non-Western Culture, Journal of Clinical Psychology ,1989;45(4) 595-602.
- 47) Dion K.L.,Giordano C.: Ethnicity and Sex As Correlates of Depression Symptoms in a Canadian University Sample, The International Journal of social Psichiatriy,1990;36 (1),30-41
- 48) Connely B., Johnston D.,Brown D.R.I.,Mackay S., Blackstock E.G.: the Prevalence of Depression in a High School Population.Adollescense,1993; 28(109), 149-58.

10. EKLER

Sevgili Öğrenciler

Bu bir tez çalışması anketi olup, üniversite öğrencilerinde rastlanan depresyon sıklığını ve sorun alanlarını belirlemeye yönelik bir çalışmadır. Soruları dikkatli ve doğru yanıtlayarak çalışmamıza yardımcı olmanız dileğiyle.

Teşekkür ederim.

GENEL ANKET FORMU

1) Okuduğu Fakülte/Yüksekokul:.....

2) Yaş:.....

3) Sınıf:..... ☐ 1. sınıf ☐ 2. sınıf ☐ 3. sınıf ☐ 4. sınıf

4) Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

5) Kaldığı Yer: ☐ Aile yanı ☐ Yurt ☐ Arkadaşlarıyla ☐ Diğer...(Yazınız)..

6) Annenizin öğrenim durumu:

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul mez. ☐ Ortaokul mez. ☐ Lise mez.
☐ Yüksekokul mez.

7) Babanızın öğrenim durumu:

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul mez. ☐ Ortaokul mez. ☐ Lise mez.
☐ Yüksekokul mez.

8) Babanızın mesleği nedir lütfen yazınız:.....

9) Babanızın yaptığı iş nedir lütfen yazınız:.....

10) Annenizin mesleği nedir lütfen yazınız:.....

11) Annenizin yaptığı iş nedir lütfen yazınız:.....

12) Siz dahil kaç kardeşsiniz lütfen yazınız:.....

13) Yaşamınız boyunca en uzun süre bulunduğunuz coğrafi bölge:

☐ Ege ☐ Marmara ☐ İç Anadolu ☐ Karadeniz ☐ Akdeniz
☐ Doğu ve Güneydoğu Anadolu

14) En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri:

☐ köy- kasaba ☐ ilçe merkezi ☐ İl merkezi

15) Ailenizin halen yaşadığı yerleşim yeri:

☐ köy- kasaba ☐ ilçe merkezi ☐ İl merkezi

- 16) Mezun olduğunuz liseyi yazınız:.....
- 17) Ailenizin (anne, baba, kardeşler ve diğer) toplam aylık gelir durumu nedir?
- ☐ 86 780 000TL ve altında
- ☐ 86 780 001TL- 250 000 000 TL
- ☐ 250 000 001 TL- 500 000 000 TL
- ☐ 500 000 001 TL- 750 000 000 TL
- ☐ 750 000 001 TL ve üzeri
- 18) Ailenizin üniversite masraflarını karşılama durumu nasıldır?
- ☐ Çok güç ☐ Oldukça güç ☐ Güç değil
- 19)Üniversite öğreniminizi sürdürmede ailenizden aldığınız maddi destek dışında herhangi bir burs veya kredi alıyor musunuz?
- ☐ Almıyorum (20. soruyu yanıtlamayınız.)
- ☐ Kredi ve yurtlar kurumundan alıyorum.
- ☐ Diğer (Belirtiniz)
- 20) Aldığınız burs veya kredi aylık olarak ne kadardır?
-TL
- 21) Size göre okuldaki başarı durumunuz:
- ☐ İyi ☐ orta ☐ iyi değil
- 22)Üniversite eğitiminiz sırasında aşağıdaki sorun alanlarından sizce önemli olan 3 tanesini önem sırasına göre numaralandırarak işaretleyiniz.
- ☐ Ekonomik sorunlar (Mali problemler)
- ☐ Okulla ilgili idari sorunlar
- ☐ Okuduğu bölümle ilgili aradığını bulamama
- ☐ Sosyal yaşam ve tesis eksikliği
- ☐ Eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliği
- ☐ Arkadaşlık ilişkileri
- ☐ Barınma ve beslenme
- ☐ Sorunum yok
- ☐ Diğer (Açıklayınız)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bu gün dahil son 15 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. ()- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
()- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
()-Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
()-O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. ()-Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
()-Gelecek hakkında karamsarım.
()-Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
()-Geleceğim hakkında karamsarım ve artık hiç bir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. ()-Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
()-Çevremdeki pek çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
()-Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
()-Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. ()-Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
()-Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
()-Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
()-Her şeyden sıkılıyorum.
5. ()-Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
()-Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
()-Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
()-Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. ()-Kendimden memnunum.
()-Kendi halimden pek memnun değilim.
()-Kendime çok kızıyorum.
()-Kendimden nefret ediyorum.
7. ()-Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
()-Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm.
()-Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
()-Her aksaklık karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. ()-Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
()-Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
()-Kendimi öldürmek isterdim.
()-Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. ()-Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
()-Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
()-Çoğu zaman ağlıyorum.
()-Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. ()-Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
()-Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
()-Şimdi hep sinirliyim.
()-Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. ()-Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi hiç kaybetmedim.
()-Başkaları ile eskisine oranla daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
()-Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
()-Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum
- 12.()-Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
()-Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
()-Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
()-Artık hiç karar veremiyorum.
- 13.()-Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
()-Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
()-Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
()-Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14.()-Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
()-Bir şeyler yapabilmem için gayret göstermem gerekiyor.
()-Her hangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
()-Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15.()-Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
()-Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
()-Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
()-Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16.()-Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
()-Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
()-Yaptığım her şey beni yoruyor.
()-Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17.()-İştahım her zamanki gibi.
()-İştahım eskisi kadar iyi değil.
()-İştahım çok azaldı.
()-Artık hiç iştahım yok.
- 18.()-Son zamanlarda kilo vermedim.
()-İki kilodan fazla kilo verdim.
()-Dört kilodan fazla kilo verdim.
()-Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19.()-Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
()-Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
()-Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor
()-Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka bir şey düşünemiyorum.

20.()-Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir deęişme fark etmedim.

()-Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

()-Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim

()-Cinsel konulara olan ilgimi şimdi tamamen kaybettim.

21.()-Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

()-Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

()-Cezalandırılmayı bekliyorum.

()-Cezalandırıldığımı hissediyorum.



44' WİCENİÖRETİM KURULU
ÖZEL HANCIYON LİSELERİ