

ORIGINAL ARTICLE / ORIJİNAL MAKALE

# İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri

Depression prevalence and related risk factors among high school students in Silivri district of Istanbul

 Gülver Gülen<sup>a</sup>,  Ethem Erginöz<sup>b</sup>,  Cemal Koçak<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı, Bahçelievler İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye.

<sup>b</sup> Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

<sup>c</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.

Received: 12.04.2021, Accepted: 28.11.2021

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, İstanbul'un Silivri ilçesi lise öğrencilerinde olası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin tespit edilmesi ve halk sağlığı açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipte bir araştırma olup 680 lise öğrencisiyle yapıldı. Çalışma verisi Kasım 2017 ile Ocak 2018 arasında gözlem altında anket yöntemiyle toplandı. Sözlü onamları alınan öğrencilere 34 soruluk "Sosyodemografik Veri Formu" ve "Beck Depresyon Ölçeği" (BDÖ) uygulandı. **Bulgular:** Araştırma grubunda olası depresyon sıklığı (BDÖ≥17) %33.2 (%95 GA= 29.7-36.8) iken, BDÖ puan ortalaması 13.3'tü. Olası depresyon riski açısından kadınlar, erkeklerden 3.0 kat daha riskliydi (p<0.001). Dokuzuncu ve on birinci sınıf öğrencilerinde (p=0.004), anne-babası ayrı yaşayanlarda (p=0.036), geniş ve dağılmış aileye sahip olanlarda (p=0.006) olası depresyon daha fazlaydı. Benzer şekilde haftada 0-1 gün fiziksel aktivite yapanlarda, düzenli hobisi olmayanlarda, uyku düzensizliği olanlarda, önerilmeyen uyku süresini uyuyanlarda, öğün atlayanlarda, okul günleri evde kahvaltı yapmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, düzenli ilaç kullananlarda, depresyon öyküsü olanlarda, ailede kronik hastalık ve ruhsal hastalık olanlarda olası depresyon daha fazlaydı (p<0.05). **Sonuç:** Olası depresyonu öngörmede, cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik, uyku süresi, öğün atlama, ailede kronik hastalık varlığı önemli faktörlerdir. Lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, ergen sağlığının geliştirilmesi ve koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır. Ergenlerde psikiyatrik bozukluklar olmaması için tedbirler alınmalı, okullarda bu tür hastalıklar taranmalı, gerekli durumlarda öğrenciler psikoloğa/psikiyatriste yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ergen, depresyon, Beck Depresyon Ölçeği

**Correspondence:** Cemal KOÇAK, T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.

**E-mail:** [cemal\\_kocak@hotmail.com](mailto:cemal_kocak@hotmail.com) **Tel:** 0312 565 59 47

**Cite This Article:** Gülen G, Erginöz E, Koçak C., İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. Turk J Public Health 2022;20(1):90-103.

©Copyright 2022 by the Association of Public Health Specialist (<https://hasuder.org.tr>)

Turkish Journal of Public Health published by Cetus Publishing.



Turk J Public Health 2022 Open Access <http://dergipark.org.tr/tjph/>.

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study is to determine the prevalence and related risk factors of possible depression for high school students in Silivri, and to emphasize the importance in terms of public health. **Methods:** This cross-sectional study conducted with 680 high school students. Data was collected by performing a questionnaire between November 2017-January 2018. "Beck Depression Inventory" and "Sociodemographic Data Form" consist of 34 questions were applied to students. **Results:** Possible depression ratio was 33.2%, (95% CI= 29,7-36,8) mean BDI score was 13.3. Women were 3.0 times more likely to be at risk of possible depression than men. Possible depression was more common in the nine and eleventh grade students, those whose parents living separately, those with extended and dispersed families. Similarly, possible depression was more common in those who had physical activity 0-1 days a week, without regular hobby, with sleep disorder, did not sleep as long as recommended hours, skip meal, did not have breakfast at home in school days, with chronic disease, with regular medication, with history of depression, with chronic/mental illness in family history. **Conclusion:** Gender, class, family type, physical activity, sleep duration, skipping meals, presence of chronic disease in family were important factors to predict possible depression. Assessment of depression prevalence and associated factors is important for improving adolescent health and protective mental health. Precautions should be taken to prevent psychiatric disorders in adolescents, such diseases should be screened in schools, and students should be directed to psychologist/psychiatrist when necessary.

**Keywords:** Adolescent, depression, Beck Depression Scale

**Giriş**

Depresyon; düşünce, davranış ve fizyolojik işlevler başta olmak üzere vücudun bütününe etkileyen, çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, enerji azlığı, uyku ve iştah değişiklikleri, konsantrasyon problemleri, suçluluk, değersizlik, karamsarlık ve kimi zaman da özkıyım düşünceleri ile karakterize bir sendromdur.<sup>1</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 raporuna göre dünya nüfusunun %4.4'ünde depresyon görülürken, sıklık kadınlarda (%5.1) erkeklerden (%3.6) anlamlı düzeyde yüksektir.<sup>2</sup> Yaşam boyu depresyon sıklığı Kessler'e göre %17.0, Angst'a göre %4.4-19.6 arasındadır.<sup>3,4</sup> Dünya nüfusunun altıda biri, diğer dönemlere kıyasla daha fazla sorunun yaşanabildiği, fiziksel, bilişsel ve duygusal değişimlerin yaşandığı ergenlik evresindedir.<sup>5</sup> Ergenlikte depresyon sıklığı %5-20 arasında değişmektedir.<sup>6-8</sup> Kadınlarda erkeklerden 2-3 kat yüksektir. Ayrıca bu dönemde başlayan depresyon erişkinlikteki depresyon riskini %30-63 arttırmaktadır.<sup>9</sup>

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

**Yöntem****Araştırmanın Evreni**

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

**Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi**

Örneklem büyüklüğü OpenEpi programıyla hesaplandı. Kayıpların olabileceği düşünülerek desen etkisi 1 yerine 1.2 alınmış olup,  $\alpha=0.05$ ,  $p=0.27$ ,  $d=0.04$  alınarak örneklem büyüklüğü  $n=537$  kişi hesaplandı.

Örneklem büyüklüğü liseler 4 kademedan olduğu için tabakalandırmayla arttırıldı ve  $n \times (1.1)^4$  formülü ile 786 hesaplandı. Toplam 14 okuldan da kademelere orantılı olarak öğrenci alındı. Şubeler basit rastgele örnekleme ile seçildi. Örneklemdeki 786 öğrencinin 98'i devamsızlık veya başka bir sebeple okulda bulunmadığı için, 8 öğrenci ise Beck Depresyon Ölçeği sorularını hatalı veya eksik doldurduğu için 680 kişi üzerinden analizler yapıldı.

### Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama için belirlenen okullara gidilerek müdürler ve öğretmenler ile görüşüldü. Öğrencilere araştırmanın amacı, anket formunun içeriği ve nasıl doldurulacağıyla ilgili bilgi verildikten sonra onam formları dağıtılarak gönüllü olanların katılımı sağlandı. Veri toplama formu, sosyodemografik veri formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktaydı. Soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürdü.

### Etik kurul izni

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.09.2017 tarihli toplantısında, araştırmanın etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (sayı no: 324973).

### İstatiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS 21 programı ile yapıldı. Tanımlayıcı özellikler; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin analizi Pearson ki-kare testi ve Fisher-Exact Test kullanılarak gerçekleştirildi. İki'den fazla grup karşılaştırmalarında farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için standardize rezidü değeri  $\pm 1.96$ 'den düşük veya yüksek olan grubun farkı oluşturduğu kabul edildi.<sup>10</sup> Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. İkili karşılaştırmalarla belirlenen farklı prediktörlerin olası depresyon varlığını öngörmedeki etkileri lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi. Tek değişkenli

analizler sonucu belirlenen ( $p < 0,25$ ) cinsiyet, okul türü, sınıf, anne-baba birlikteliği, aile aylık geliri, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, düzenli hobi varlığı, uyku süresi, öğün atlama, okul günleri evde kahvaltı yapma, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık varlığı bağımsız değişkenler olarak alınırken, BDÖ puanının 17 ve üzeri olması veya 17'nin altı olması ise bağımlı değişken olarak alındı. Çok değişkenli analiz için oluşturulan model, omnibus test sonucu  $p < 0,001$  ve Hosmer&Lemeshow test sonucu  $p = 0,908$  olduğundan geçerli bir modeldi. Nagelkerke  $R^2 = \%26,6$ , modelin toplam ayrıricılığı ise  $\%74,6$  idi. Lojistik regresyonda Backward-LR yöntemi kullanılmış olup nihayi modele 6 adımda ulaşıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edildi.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 680 öğrencinin yaş ortalaması  $15.7 \pm 1.2$  olup,  $\%49.0$ 'u kadındı.  $\%66.5$ 'i anadolu,  $\%15.6$ 'sı meslek,  $\%14.3$ 'ü imam hatip,  $\%3.5$ 'i fen lisesinde öğrenim görüyordu.  $\%0.3$ 'ünün annesi,  $\%1.9$ 'unun babası hayatta değildi.  $\%6.6$ 'sının anne-babası boşanmış,  $\%2.1$ 'inin anne-babasından en az biri hayatını kaybetmişti,  $\%5.4$ 'ü tek çocuktü. Öğrenci annelerinin  $\%64.1$ 'i ilk-ortaokul,  $\%17.8$ 'i lise mezunuydu. Babaların  $\%59.1$ 'i ilk-ortaokul,  $\%25.4$ 'ü lise mezunuydu. Annelerin  $\%66.9$ 'u çalışmıyorken,  $\%21.5$ 'i işçi,  $\%7.2$ 'si serbest meslekle uğraşmakta,  $\%2.8$ 'si memurdu. Babaların  $\%43.8$ 'i işçi,  $\%39.9$ 'u serbest meslekle uğraşmakta,  $\%7.8$ 'i memur,  $\%1.8$ 'i çalışmıyordu. Katılımcıların  $\%78.8$ 'i çekirdek ailedendi.  $\%93.4$ 'ü evde-aileleriyle kalmaktaydı (tablo 1).

Öğrencilerin  $\%35.1$ 'i haftada 0-1 gün,  $\%64.9$ 'u haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapıyordu.  $\%75.9$ 'unun düzenli hobisi vardı.  $\%50.1$ 'i uyku düzensizliği yaşamakta,  $\%25.6$ 'sı az ya da fazla ( $< 7$  saat veya  $> 11$  saat) uyumaktaydı.  $\%44.7$ 'si son 1 haftada öğün atlamışken,  $\%51.6$ 'sı hafta içi evde kahvaltı yapmaktaydı.  $\%9.0$ 'unda kronik hastalık vardı.  $\%4.3$  düzenli ilaç kullanırken,  $\%9.6$ 'sı depresyon tanısı almış,  $\%3.2$ 'si bu sebeple tedavi olmuştu. Halen tedavi görenler  $\%0.3$ 'tü. Depresyon dışı bir ruh sağlığı

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

		Sayı	%*
Okul türü	Anadolu Lisesi	451	66.5
	Fen lisesi	24	3.5
	Meslek lisesi	106	15.6
	İmam hatip lisesi	97	14.3
Sınıf	9.sınıf	215	31.8
	10.sınıf	170	25.1
	11.sınıf	180	26.6
	12.sınıf	112	16.5
Okul başarı durumu	Takdir belgesi	134	19.7
	Teşekkür belgesi	170	25.0
	Belge yok	376	55.3
Aile tipi	Çekirdek aile	536	78.8
	Geniş aile	111	16.3
	Parçalanmış aile	33	4.9
Ailenin aylık geliri	<2000 TL	214	31.5
	2000-4000 TL	346	50.9
	>4000 TL	120	17.6
Yaşadığı yer	Evde-Ailesiyle	633	93.4
	Diğer (yurt vb.)	45	6.6
Fiziksel etkinlik sıklığı (son 1 hafta)	0-1 gün	239	35.1
	≥2 gün	441	64.9
Düzenli hobiniz var mı?	Hayır	164	24.1
	Evet	516	75.9
Uyku düzensizliği var mı?	Hayır	339	49.9
	Evet	341	50.1
Günlük uyku süreniz?	Önerilen (7-11 saat)	506	74.4
	Önerilmeyen (<7 saat veya >11 saat)	174	25.6
Son bir hafta içerisinde öğün atladığınız oldu mu?	Hayır	376	55.3
	Evet	304	44.7
Okul günleri evde genellikle kahvaltı yapar mısınız?	Hayır	329	48.4
	Evet	351	51.6
Düzenli olarak kullandığımız bir ilaç var mı?	Hayır	651	95.7
	Evet	29	4.3
Daha önce hiç depresyon tanısı aldınız mı?	Hayır	613	90.4
	Evet	65	9.6
Daha önce hiç depresyon tanısı ile tedavi gördünüz mü?	Hayır	656	96.8
	Evet	22	3.2
Halen depresyon tanısı ile tedavi görüyor musunuz?	Hayır	676	99.7
	Evet	2	0.3
Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı aldınız mı?	Hayır	674	99.4
	Evet**	4	0.6

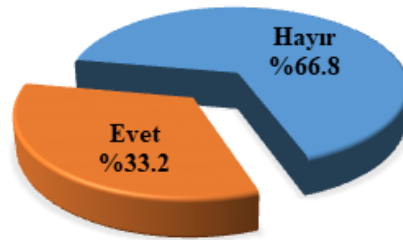
\*Sütun yüzdesi, \*\*2 kişide panik atak, 1 kişide obsesif kompulsif bozukluk

bozukluğu tanı sıklığı %0.6'ydı (4 kişi). Bu kişilerden 2'sine panik atak, 1'ine obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuştu (tablo 1).

Öğrencilerin %45.2'si Beck Depresyon Ölçeği'nden 0-9 puan, %21.6'sı 10-16 puan, %22.9'u 17-29 puan ve %10.3'ü 30-63 puan aldı. Bu puanlamaya göre ölçek puanı  $\geq 17$  olan %33.2'lik grubun olası depresyonu vardı (%95 GA= 29,7-36,8). Şekil 1'de araştırmaya katılan öğrencilerde BDÖ'ye göre olası depresyon varlığını, şekil 2'de ise araştırmaya katılan öğrencilerin BDÖ'ye göre olası depresyon şiddetini gösteren grafikler verilmiştir.

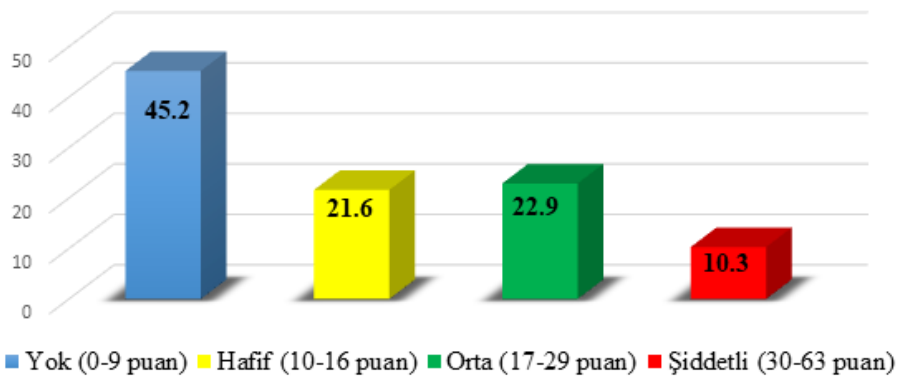
Ortalama BDÖ puanı  $13.3 \pm 10.9$ 'du (0-52). Yaş ilerledikçe BDÖ puanı  $\geq 17$  olma sıklığı azalmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0.488$ ). BDÖ puanının  $\geq 17$  olması kadınlarda (%48.0), erkeklerden (%19.0) anlamlı yüksekti ( $p<0.001$ ). Anadolu/fen liselerinde %28.8, meslek lisesinde %43.4, imam hatip lisesinde %44.3 BDÖ puanı  $\geq 17$  olan öğrenci vardı ( $p=0.001$ ). Standardize rezidüellere bakıldığında BDÖ puanının  $\geq 17$  olması anadolu/fen lisesi öğrencilerinde anlamlı düşüktü. BDÖ puanı  $\geq 17$  olması 10.sınıflarda diğer sınıflardan anlamlı düşüktü ( $p=0.004$ ). Okul başarısına göre fark yoktu ( $p=0.483$ ). Normal kilolu öğrencilerin %31.6'sında, zayıf öğrencilerin

**Olası Depresyon Varlığı**



**Şekil 1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerde BDO'ye Göre Olası Depresyon Varlığı

**Olası Depresyon Şiddeti**



**Şekil 2.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BDÖ'ye Göre Olası Depresyon Şiddeti

%35.7'sinde, kilolu öğrencilerin %38.2'sinde, obez öğrencilerin %36.4'ünde BDÖ puanı  $\geq 17$ 'ydi ancak fark anlamlı değildi ( $p=0.615$ ). Annesi sağ olanların %33.2'sinde, ölenlerin %50.0'sinde BDÖ puanı  $\geq 17$  idi ( $p=0.555$ ). Babası sağ olanların %32.7'sinde, ölenlerin %61.5'inde BDÖ puanı  $\geq 17$  idi. Fark anlamlıydı ( $p=0.033$ ). Anne-baba birlikte yaşayanların %31.9'unda, boşanmışların %44.4'ünde ve anne-babadan biri vefat edenlerin %57.1'inde BDÖ puanı  $\geq 17$  idi. Fark anlamlıydı ( $p=0.036$ ). Anne-baba

birlikte yaşayan grupta BDÖ puanının  $\geq 17$  olma durumu diğerlerinden düşüktü. Çekirdek ailede yaşayanların %30.4'ünde, geniş ailedekilerin %41.4'ünde, parçalanmış ailede yaşayanların %51.5'inde BDÖ puanı  $\geq 17$  idi ( $p=0.006$ ). Çekirdek ailelerde BDÖ puanının  $\geq 17$  olması diğer gruplardan anlamlı düşüktü. Ailenin aylık gelirine ( $p=0.064$ ) ve öğrencinin yaşadığı yere ( $p=0.315$ ) göre BDÖ puanı açısından anlamlı fark yoktu (tablo 2).

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri ile BDÖ Puanı İlişkisi

		BDÖ $\geq 17$		BDÖ $< 17$		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Yaş	14-15	101	35.6	183	64.4	1.435	0.488
	16	55	32.9	112	67.1		
	17-18	70	30.6	159	69.4		
Cinsiyet	Kadın	160	48.0	173	52.0	64.528	<0.001
	Erkek	66	19.0	281	81.0		
Okul türü	Anadolu/fen lisesi	137	28.8	338	71.2	14.420	0.001
	Meslek lisesi	46	43.4	60	56.6		
	İmam hatip lisesi	43	44.3	54	55.7		
Sınıf	9	88	40.9	127	59.1	13.272	0.004
	10	40	23.5	130	76.5		
	11	62	34.4	118	65.6		
	12	35	31.3	77	68.8		
Başarı durumu	Takdir belgesi	46	34.3	88	65.7	1.455	0.483
	Teşekkür belgesi	62	36.5	108	63.5		
	Belge yok	118	31.4	258	68.6		
BKİ Grubu	Zayıf	51	35.7	92	64.3	1.801	0.615
	Normal	137	31.6	297	68.4		
	Kilolu	29	38.2	47	61.8		
	Şişman (Obez)	4	36.4	7	63.6		
Kardeş Sayısı	Tek	13	35.1	24	64.9	0.481	0.786
	1 kardeş	83	31.7	179	68.3		
	2 ve üzeri kardeş	130	34.1	251	65.9		
Anne sağ mı?	Sağ	225	33.2	453	66.8	0.254	0.555*
	Ölü	1	50.0	1	50.0		
Baba sağ mı?	Sağ	218	32.7	449	67.3	4.785	0.033*
	Ölü	8	61.5	5	38.5		
Anne-baba birliktelik durumu	Birlikte	198	31.9	423	68.1	6.665	0.036
	Boşanmış	20	44.4	25	55.6		
	Vefat	8	57.1	6	42.9		
Aile aylık gelir durumu	<2000 TL	82	38.3	132	61.7	5.506	0.064
	2000-4000 TL	113	32.7	233	67.3		
	>4000 TL	31	25.8	89	74.2		
Aile tipi	Çekirdek aile	163	30.4	373	69.6	10.266	0.006
	Geniş aile	46	41.4	65	58.6		
	Parçalanmış aile	17	51.5	16	48.5		
Yaşadığı yer	Evde-Ailesiyle	207	32.7	426	67.3	1.009	0.315
	Diğer	18	40.0	27	60.0		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BKİ: Beden kitle indeksi, n: sayı, %: satır yüzdesi, X<sup>2</sup>: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi, \*Fisher'in kesin testi



Tablo 3'te öğrencilerin bazı yaşam alışkanlıkları, hastalık ve ilaç kullanma öyküleriyle BDÖ puanının  $\geq 17$  veya 17'nin altı olması incelenmiştir.

Son haftada 0-1 gün fiziksel etkinlik yapanlarda (%40.6), en az 2 gün etkinlik yapanlardan (%29.3) BDÖ puanının  $\geq 17$  olması anlamlı yüksekti ( $p=0.003$ ). Düzenli hobisi olmayanların %41.5'inde, onların %30.6'sında BDÖ puanı  $\geq 17$ 'ydi ( $p=0.010$ ). BDÖ puanı  $\geq 17$  olması uyku düzensizliği olanlarda (%43.1) olmayanlara (%23.3) göre, uyku süresi 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlarda (%46.6), uyku süresi 7-11 saat olanlara (%28.7) göre anlamlı yüksekti ( $p<0.001$ ). Öğün atlayanlarda (%45.7) atlamayanlara (%23.1) göre, okul günleri evde kahvaltı yapmayanlarda (%39.5) yapanlara (%27.4) göre BDÖ puanının  $\geq 17$

olma durumu anlamlı yüksekti ( $p=0.001$ ). Kronik hastalığı olanların %49.2'sinde, olmayanların %31.7'sinde BDÖ puanı  $\geq 17$  idi ve fark anlamlıydı ( $p=0.006$ ). BDÖ puanı  $\geq 17$  olma durumu depresyon özgeçmiş olanlarda (%75.4), olmayanlardan (%28.8) yüksekti ( $p<0.001$ ). Düzenli ilaç kullananlarda (%51.7), kullanmayanlardan (%32.4) anlamlı yüksekti ( $p=0.050$ ). Ailede kronik hastalığı olanların %49.1'inde, olmayanların %30.3'ünde BDÖ puanı  $\geq 17$ 'ydi ve fark anlamlıydı ( $p<0.001$ ). BDÖ puanının  $\geq 17$  olması ailede ruhsal hastalık tanılı kişi olanlarda (%62.5), olmayanlardan (%32.4) anlamlı yüksekti ( $p=0.024$ ).

Tablo 4'te öğrencilerin bazı özelliklerinin BDÖ puanının  $\geq 17$  veya 17'nin altı olmasına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir.

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Yaşam Alışkanlıkları, Hastalık ve İlaç Kullanma Öyküleri ile BDÖ Puanı İlişkisi

n (%)		BDÖ $\geq 17$		BDÖ $< 17$		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
<b>Fiziksel etkinlik sıklığı (Son 1 hafta)</b>	0-1 gün	97	40.6	142	59.4	8.973	0.003
	$\geq 2$ gün	129	29.3	312	70.7		
<b>Düzenli hobi</b>	Evet	158	30.6	358	69.4	6.594	0.010
	Hayır	68	41.5	96	58.5		
<b>Uyku düzensizliği</b>	Evet	147	43.1	194	56.9	30.049	$< 0.001$
	Hayır	79	23.3	260	76.7		
<b>Uyku Süresi</b>	7-11 saat	145	28.7	361	71.3	18.687	$< 0.001$
	$< 7$ saat/ $> 11$ saat	81	46.6	93	53.4		
<b>Öğün atlama</b>	Evet	139	45.7	165	54.3	38.642	$< 0.001$
	Hayır	87	23.1	289	76.9		
<b>Okul günleri evde kahvaltı</b>	Evet	96	27.4	255	72.6	11.323	0.001
	Hayır	130	39.5	199	60.5		
<b>Kronik hastalık öyküsü</b>	Evet	30	49.2	31	50.8	7.678	0.006
	Hayır	196	31.7	423	68.3		
<b>Önceden Depresyon Tanısı Alma</b>	Evet	49	75.4	16	24.6	57.542	$< 0.001$
	Hayır	177	28.8	438	71.2		
<b>Düzenli İlaç kullanma</b>	Evet	15	51.7	14	48.3	3.837	0.050
	Hayır	211	32.4	440	67.6		
<b>Ailede kronik hastalık tanısı</b>	Evet	52	49.1	54	50.9	14.108	$< 0.001$
	Hayır	171	30.3	393	69.7		
<b>Ailede ruhsal hastalık tanılı kişi</b>	Evet	10	62.5	6	37.5	5.093	0.024
	Hayır	213	32.4	444	67.6		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, n: sayı, %: satır yüzdesi, X<sup>2</sup>: Pearson ki kare değeri, p: anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerinin BDÖ Puanına Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu

	B Kat Sayısı	Standart Hata	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı		p
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın (ref: erkek)	1.2	0.2	3,0	2.1	4.4	<0.001
<b>Sınıf</b>						
9. sınıf (ref.: 10. sınıf)	0.8	0.3	2.4	1.5	4.0	0.001
11. sınıf (ref.: 10. sınıf)	0.6	0.3	1.9	1.1	3.2	0.019
12. sınıf (ref.: 10. sınıf)	0.4	0.3	1.5	0.8	2.7	0.223
<b>Aile tipi</b>						
Geniş aile (ref: çekirdek aile)	0.6	0.2	1.8	1.1	2.9	0.015
Dağılmış aile (ref: çekirdek aile)	0.8	0.4	2.3	1.1	5.1	0.037
<b>Fiziksel etkinlik (son 1 hafta)</b>						
0-1 gün (ref: ≥2 gün)	0.5	0.2	1.6	1.1	2.3	0.029
<b>Uyku süresi</b>						
<7 saat veya >11 saat (ref: 7-11 saat)	0.6	0.2	1.8	1.2	2.6	0.006
<b>Son bir haftada öğün atlama</b>						
Evet (ref: hayır)	0.9	0.2	2.6	1.8	3.7	<0.001
<b>Ailede kronik hastalık varlığı</b>						
Evet (ref: hayır)	0.7	0.3	1.7	1.1	2.9	0.031
<b>Sabit</b>	-0.1	0.2	0.9	-	-	0.676

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ref.: referans. Lojistik regresyon Backward: LR yöntemi ile yapıldı. İlk basamakta dahil edilen değişkenler: cinsiyet, okul türü, sınıf, anne-baba birlikteliği, aile aylık geliri, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, düzenli hobi varlığı, uyku süresi, öğün atlama, okul günleri evde kahvaltı yapma, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık varlığıdır. Hosmer & Lemeshow  $R^2 = 0.908$ , Cox & Snell 0.18, Nagelkerke 0.27, Model  $\chi^2 = 2.174$ ,  $p < 0.001$

BDÖ puanının  $\geq 17$  olma durumunu; cinsiyet, sınıf, aile tipi, fiziksel etkinlik yapılan gün sayısı, uyku süresi, son bir haftada öğün atlama, ailede kronik hastalık varlığı anlamlı düzeyde etkiliyordu. Erkeklere göre kadınlar BDÖ puanının  $\geq 17$  olma riskini 3.0 kat arttırmaktaydı. 10. sınıf olmaya göre 9. sınıf olmak 2.4 kat, 11. sınıf olmak 1.9 kat arttırmaktaydı. Çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre geniş ailede yaşayanlar 1.8 kat, dağılmış ailede yaşayanlar 2.3 kat arttırmaktaydı. Haftada 0-1 gün fiziksel etkinlik yapmak, en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmaya göre riski 1.6 kat kat arttırmaktaydı. Uyku süresi 7-11 saat olanlara göre 7 saatten az veya 11 saatten fazla olanlar riski 1.8 kat arttırırken, son bir haftada öğün atlamayanlara göre atlayanlar 2.6 kat, ailesinde kronik hastalık olmayanlara göre olanlar 1.7 kat arttırmaktaydı.

### Tartışma

Öğrencilerin ortalama BDÖ puanı 13.3'tü. Puanı  $\geq 17$  olan %33.2'lik grubun olası depresyonu vardı. Eskişehir'de 14-19 yaş lise öğrencilerinde depresyon prevalansı %30.7'ydii.<sup>11</sup> Ankara'da 9 ve 11. sınıf öğrencilerde ortalama BDÖ puanı 12.4, depresyon prevalansı %28.0'di.<sup>12</sup> BDÖ puanı  $\geq 17$  sıklığı; Trabzon'da %21.1, Erzurum'da %47.1, Gaziantep'te %38.5'ti.<sup>13,14,15</sup> Suudi Arabistan'da 16-20 yaş 490 öğrencide ortalama BDÖ puanı 15.2'ydii.<sup>16</sup> İran'da 14-20 yaş 4020 öğrencinin %34.0'ünde depresyon eğilimi bulunurken, aynı oran Jamaika'da 748 öğrencide %14.2'ydii.<sup>17,18</sup> Görüldüğü gibi pek çok çalışmada lise çağı olası depresyon prevalansı geniş bir yelpaze oluşturur. Bu farklılık kullanılan ölçeklerin özelliklerinden, farklı kesme noktalarının kullanılmasından, örnekleme oluşturan yaş gruplarından ve araştırmaların farklı coğrafi bölgelerde, farklı



sosyokültürel özelliklere sahip öğrencilerde yapılmasından kaynaklanmaktadır.

BDÖ puanının  $\geq 17$  olması kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde ve 3.0 kat fazlaydı. Üner ve Özcebe'nin çalışmasında kadınlar, erkeklerden 3.1 kat fazla riskliydi.<sup>12</sup> Öner'in çalışmasında kadınlarda %28.8, erkeklerde %12.0 depresyon eğilimi vardı ve kadınlarda 2.5 kat fazlaydı.<sup>13</sup> Brezilya'da 15-17 yaş lise öğrencilerinde kadınların BDÖ puanı, erkeklerden anlamlı yüksekti.<sup>19</sup> ABD'de 2224 lise öğrencisinde kadınlar, erkeklerden 3.3 kat riskliydi.<sup>20</sup> ABD'de Paxton tarafından 15214 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada kadınların %35.5'i, erkeklerin %22.0'si depresif ruh haline sahipti. Kadınlar 2.0 kat daha riskliydi.<sup>21</sup> Literatürde ergenliğin ilk yıllarından itibaren depresyon eğiliminin kadınlarda fazla olduğu görülmektedir. Bu durum kadınların fizyolojik/hormonal farklılıklarıyla ve duygusal travmalara daha yatkın olmalarıyla ilgili olabilir. Stresle baş etme yeteneği erkeklerden farklı olabilir. Kadınların sosyokültürel normlara göre toplumdaki yeri de psikolojilerini olumsuz etkileyebilir.

BDÖ puanının  $\geq 17$  olması 10.sınıfta anlamlı düşüktü. Liseye başlayan öğrenciler alışma/uyum sorunları yaşayabilir. Lise sona yaklaşan öğrencilerde ise sınav kaygısı baş gösterebilir. Bu bağlamda 9 ve 11. sınıfların stres yükünün daha fazla olabileceği düşünülmüştür. Öner'in çalışmasında 9. sınıfların %25.9, 10. sınıfların %19.7, 11. sınıfların %22.9, 12. sınıfların %14.0'ünde depresyon eğilimi vardı fakat fark yoktu.<sup>13</sup> Bu çalışmada 9. sınıfların depresyon sıklığı diğerlerinden yüksekken, 12. sınıfta bizimkinden farklı olarak azdı. Öner ve Gençdoğan'ın çalışmasında 11. sınıfta depresyon sıklığı 9 ve 10. sınıftakilerden yüksekti.<sup>14</sup> İran'da bir çalışmada depresif olguların çoğu (%36.2) 11. sınıftı.<sup>17</sup> Paxton'un çalışmasında sınıf düzeylerine göre depresyon eğilimleri farklılık göstermiyordu.<sup>21</sup> Çin'de bir çalışmada 10. sınıfların depresif belirti prevalansı %32.4, 11. sınıfların %33.0, 12. sınıfların %40.1'di. Prevalans sınıf yükseldikçe anlamlı şekilde artmıştı.<sup>22</sup> Çalışmalarda olası depresyon sıklıklarının sınıfa göre değişebileceği

görülmüştür. Okulu bitirmeye, meslek seçimine yaklaşan öğrencilerde genel olarak depresif belirtilere daha sık rastlanmıştır. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde, sorumluluk alma ve geleceği planlama baskı oluşturabilir. Bunun neticesinde de depresyona yakalanma olasılıkları artabilir.

Katılımcıların %78.8'i çekirdek, %16.3'ü geniş aileye sahipti. Çekirdek ailelerde BDÖ puanının  $\geq 17$  olması diğer gruplardan anlamlı düşüktü. Geniş aile riski 1.8 kat, dağılmış aile 2.3 kat arttırıyordu. Öner'in çalışmasında öğrencilerin %82.8'i çekirdek, %15.1'i geniş ailedendi. Geniş/çekirdek ailedeki ergenlerin depresyon eğilimleri benzerdi.<sup>13</sup> Benzer çalışmalarda çekirdek ailede yaşama Gaziantep'te %82.0, Mardin'de %81.3, İzmir'de %83.5'ti.<sup>15,23,24</sup> Her üç çalışmada da aile tipine göre fark yoktu. Özfirat'ın çalışmasında çekirdek ailede yaşayanların %46.5'i, geniş ailedekilerin %43.2'si, parçalanmış ailedekilerin %55.7'si depresyon belirtisi göstermişti. Ancak fark yoktu.<sup>25</sup> Ertem ve Yazıcı'nın çalışmasında çekirdek ailede ağır depresyon görülme %6.7 iken, geniş ailede %12.0'ydü. Fark anlamlı değildi.<sup>26</sup> Çin'de depresyon prevalansı çekirdek ailede %15.0, dağılmış ailede %18.3, diğer gruplarda %27.3'tü. Fark anlamlıydı. Çekirdek aileye göre parçalanmış ailede risk 1.1 kat fazlaydı.<sup>27</sup> Çalışmamızda anne-baba birlikte yaşayan grupta BDÖ puanı  $\geq 17$  olması diğer gruplardan anlamlı düşüktü. Deveci'nin çalışmasında anne veya babası ölmüş öğrencilerin BDÖ puanı hayatta olanlardan yüksekti.<sup>28</sup> Anne-babanın ayrı ayrı sorumlulukları vardır. Herhangi birinin olmayışı ergenin psikolojik olarak sağlıklı kalmasını zorlaştırabilir. Geniş ailede yaşayan öğrenciler aileden yeterli ilgi ve desteği göremiyor olabilir. Anne-babanın ayrı yaşaması ya da kaybı, ergenlerin ruh sağlığı için çok önemli bir faktör olan aile desteğinin azalmasına neden olabilir. Bu durum travmatik strese sebep olup depresyona meyil oluşturabilir.

Öğrencilerin %93.4'ü aileleriyle kalmaktaydı. Yaşadıkları yere göre BDÖ puanı açısından anlamlı fark yoktu. Öner'in çalışmasında öğrencilerin %91.8'i evde, %7.2'si yurтта

kaliyordu.<sup>13</sup> Özfirat'ın çalışmasında son sınıf öğrencilerin %91.8'i ailesiyle yaşıyordu.<sup>25</sup> Her iki çalışmada da öğrencilerin yaşadıkları yere göre depresyon açısından fark yoktu. Ekundayo'nun çalışmasında ailesiyle yaşayanların depresif belirti sıklığı %11.5, yaşamayanların %16.0'ydı ve fark anlamlıydı.<sup>18</sup> Nijerya'da yapılan çalışmada, adölesanların %90.2'si ailesiyle yaşamaktaydı. Ailesiyle yaşamayanlar, yaşayanlardan 1.8 kat riskliydi.<sup>29</sup> Aile ortamında yaşamak ergeni motive edebilir, yaşama tutunmasını kolaylaştırabilir. Yalnız yaşama veya yurt ortamı öğrenciyi bunalıma sokabilir. Ama bizde olduğu gibi kimi çalışmalar öğrencinin yaşadığı yerle olası depresyon arasında anlamlı ilişki bulamamıştır.

Öğrencilerin %64.9'u son bir haftada en az 2 gün fiziksel etkinlik yapmıştı. Son hafta 0-1 gün etkinlik yapanlarda (%40.6), en az 2 gün yapanlardan (%29.3) BDÖ puanının  $\geq 17$  olması anlamlı yüksekti. En az 2 gün etkinlik yapmak, riski 1.6 kat azaltmaktaydı. Hong'un çalışmasında haftada bir saatten az fiziksel etkinlik yapmaya göre 1-7 saat yapmak riski 1.43 kat, 8-14 saat yapmak 1.47 kat, 15 saat ve üzeri yapmak 1,51 kat azaltmaktaydı.<sup>27</sup> Japonya'da her gün fiziksel aktivitede bulunmaya göre hiç bulunmamak riski 4.2 kat arttırmaktaydı.<sup>30</sup> Avrupa'da 10 ülkeden 11110 adölesanla yapılan bir çalışmada "son iki haftada kaç gün en az 60 dakika orta-şiddetli aktivitede buldunuz" sorusuna erkekler ortalama 7.5 gün, kadınlar 5.9 gün yanıtını vermişti. Öğrencilerin %13.6'sı her gün demişti. 4-7 gün aktivitede bulunanlara göre 0-3 gün bulunanların depresif belirti sıklığı anlamlı yüksekti.<sup>31</sup> Fiziksel aktivite ile depresyon arasındaki ilişki hem biyolojik hem psikososyal olarak açıklanabilir. Biyolojik olarak, aktivite,  $\beta$ -endorfin, serotonin, dopamin, norepinefrin gibi nörotransmitterlerin salınımı artırır. Beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) arttırarak hipokampal atrofiyi hafifletebilir. Ayrıca hipokampusun dentat girusundaki nörogenezi arttırarak veya nöroimmünolojik reaktivite aracılığıyla da depresyonun önlenmesine ve tedavinde yardımcı olabilir.<sup>32</sup>

Psikososyal olarak ise, kişide duygusal gerginliği ve yalnızlık duygularını azaltıp, sosyal ilişkileri, özgüveni arttırır.

Öğrencilerin %50.1'i uyku düzensizliği yaşamakta, %25.6'sı  $< 7$  saat veya  $> 11$  saat uyumaktaydı. BDÖ puanı  $\geq 17$  olması uyku düzensizliği olanlarda (%43.1), olmayanlardan (%23.3); uyku süresi  $< 7$  saat veya  $> 11$  saat olanlarda (%46.6), uyku süresi 7-11 saat olanlardan (%28.7) anlamlı yüksekti. Uyku süresi 7-11 saat olanlara göre uyku süresi  $< 7$  saat veya  $> 11$  saat olanlar, BDÖ puanı  $\geq 17$  olma riskini 1.8 kat arttırmaktaydı. Çin'de 13-18 yaş 3186 adölesanın %39.6'sında uyku bozukluğu vardı. Uyku bozukluğu olanlar olmayanlardan depresif belirti açısından 2.5 kat riskliydi.<sup>33</sup> Chang'ın yaptığı kohort çalışmasında düşük uyku kalitesi ve 7 saatten az uyumanın depresyon için risk faktörü olduğu bildirildi.<sup>34</sup> ABD'de bir çalışmada 8 saat uyuyan adölesanlara göre 5 saat ve altında uyuyanlarda çalışmamıza benzer şekilde depresyon riski 1.7 kat artmıştı.<sup>35</sup> Uyku insan yaşamının vazgeçilmez bir öğesidir. Özellikle gençlerde artan sosyal medya bağımlılığı uyku düzensizliklerine sebep olabilir.<sup>36</sup> Sağlıklı bir uyku uyuyamayan öğrenciler derslerinde başarısız olabilir. Hangi sebeple olursa olsun, uyku düzensizliği olan öğrenci dikkat ve motivasyon kaybına uğrar ve bu durum psikolojik yıpranma ile sonuçlanabilir. Öğrencilerin dörtte üçünün düzenli hobisi vardı ve düzenli hobisi olmayanlarda (%41.5), olanlardan (%30.6) BDÖ puanının  $\geq 17$  olması anlamlı yüksekti. Hobi varlığı sıklığı Emiroğlu'nun çalışmasında %51.0, Deveci'nin çalışmasında %45.7'ydi. İki çalışmada da hobi varlığına göre depresyon belirtisi gösterme açısından anlamlı fark saptanmamıştı.<sup>15,28</sup> Hobi varlığı, çeşitli zorluklarla mücadele eden bireyin yaşam enerjisini artırarak olumlu yönde bir etki sağlayabilir ve depresyona eğilimi azaltabilir. Çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık yarısı son 1 hafta içinde öğün atlamışken, yine yarısı okul günleri evde kahvaltı yapmadığını belirtmişti. BDÖ puanı  $\geq 17$  olması son bir hafta içinde öğün atlayanlarda, atlamayanlara göre ve evde kahvaltı yapmayanlarda,

yapanlara göre anlamlı yüksekti. Deveci ve arkadaşları düzenli beslenmediğini ifade eden öğrencilerin BDÖ puanlarını yüksek bulmuştu.<sup>28</sup> Kang'ın 1652 lise öğrencisinde yaptığı çalışmada her beş öğrenciden üçü hergün kahvaltı yapıyordu.<sup>37</sup> Güney Kore'de bir çalışmada öğün atlama sıklığı arttıkça depresif belirti prevalansı arttıyordu.<sup>38</sup> Görüldüğü gibi öğün atlama ile depresif belirti gösterme ilişkilidir. Düzenli beslenme zihinsel ve ruhsal gelişim için çok önemlidir. Sabahları geç kalkan öğrenciler evde kahvaltı yapma fırsatı bulamayabilir. Gün içerisinde okul çevresinden ve kantinden sağlıklı besinler tüketebilir. Yeterli ve dengeli beslenemeyen öğrencilerin kognitif ve psikososyal fonksiyonları azalarak depresyona eğilim artabilir. Diğer yandan depresyonun kendisi de beslenme düzensizliği yaratabilir.

Öğrencilerin %9.0'unda kronik hastalık vardı, %4.3'ü ilaç kullanmaktaydı. %9.6'sı depresyon tanısı almışken, depresyon dışı bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma sıklığı %0.6'ydı. Düzenli ilaç kullanma, kronik hastalık varlığı, depresyon öyküsüne göre BDÖ puanı açısından anlamlı fark vardı. Öner'in çalışmasında ergenlerin %8.2'sinde kronik rahatsızlık vardı. Kronik rahatsızlığı bulunan ergenlerle, bulunmayanların depresyon eğilimleri benzerdi.<sup>13</sup> Bu çalışmada kronik hastalık sıklığı benzerlik gösterirken, kronik hastalık gruplarında depresyon varlığı anlamlı değildi. Almanya'da kronik hastalığı olan ergenlerin belirti gösterme durumu, olmayanlardan anlamlı yüksekti.<sup>39</sup> Özgeçmişte hastalık bulunmasının depresyon açısından risk oluşturabileceği düşünülmüştür. Bu öğrenciler kendilerini akranlarından farklı hissediyor olabilir ve okula devam etme, akran ilişkilerini sürdürme konusunda sıkıntı yaşıyor olabilir. Özfirat'ın çalışmasında depresyon açısından ruhsal hastalık öyküsü olan öğrenciler, olmayanlardan 3.5 kat, ruhsal hastalık dışı bir hastalığı olanlar olmayanlardan 2.5 kat riskliydi.<sup>25</sup> Abdel-Fattah'ın çalışmasında psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, olmayanlardan depresyon açısından 7.5 kat riskliydi.<sup>16</sup> Salle'nin çalışmasında psikiyatrik hastalık öyküsü olanların

olmayanlardan ortalama BDÖ puanları anlamlı yüksekti.<sup>19</sup> Psikiyatrik özgeçmiş üzerinde durulması gereken bir konudur. İlgili literatür incelendiğinde depresyona komorbid pek çok psikiyatrik hastalığın olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ergenlerin depresyon eğilimi artmıştı. Bu durumda olan öğrencilerin okul rehberlik servisleri tarafından sıkı bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir.

Araştırmamıza göre ailede kronik hastalık tanısı olanların %49.1'inde, ruhsal hastalık tanısı olanların %62.5'inde BDÖ puanı 17 ve üzeriydi. Ailede kronik-ruhsal hastalık varlığına göre BDÖ puanı açısından anlamlı fark vardı. Ailesinde kronik hastalık olmayanlara göre olanlar riski 1.7 kat arttırıyordu. Üner-Özcebe<sup>12</sup> ve Abdel-Fattah<sup>16</sup> tarafından yapılan çalışmalarda ailesinde kronik hastalığı olanlar, olmayanlardan depresyon açısından daha riskliydi. Munhoz'un çalışmasında ailesinde depresyon öyküsü olanlarda olmayanlardan depresyon riski 5.0 kat fazlaydı.<sup>40</sup> Ailesinde depresyon öyküsü olan öğrencilerin olmayanlara göre büyük risk altında oldukları söylenebilir. Bu risk artışının sebebi genetik faktörler olabileceği gibi, aile ortamıyla da ilişkili olabilir. Depresif semptomları olan ebeveynler çocuklarına yeteri kadar ilgi gösteremiyor, bu ergende psikolojik sorunlar yaratıyor olabilir.

### Sonuç

Bu çalışmada sonucunda öğrencilerin üçte birinde olası depresyon olduğu görüldü. Kadın olmak erkek olmaya göre, dokuzuncu ve on birinci sınıf olmak, onuncu sınıf olmaya göre riski arttırmaktaydı. Anne-babası boşanmış/vefat etmiş öğrencilerde ve geniş-parçalanmış ailede yaşayanlarda olası depresyon daha fazlaydı. Yaş, başarı durumu, kardeş sayısı, yaşadığı yer, aile geliri, anne-baba eğitim düzeyi ve mesleği ile depresyon arasında anlamlı ilişki yoktu. Depresyon düzenli hobisi olmayan öğrencilerde olanlardan, okul günleri evde kahvaltı yapmayan öğrencilerde ise yapanlardan fazlaydı. Önerilmeyen miktarda uyumak, öğün atlamak depresyon için risk faktörüydü.

Haftalık egzersiz sıklığı ile depresif belirti sıklığı ilişkiliydi. Düzenli ilaç kullananlarda, kronik hastalığı olanlarda, depresyon özgeçmişli olanlarda olası depresyon daha fazlaydı ve ailede ruhsal veya kronik hastalık varlığı olası depresyon için risk faktörüydü.

### Öneriler

Ergenlerde psikiyatrik bozukluklar olmaması için tedbirler alınmalı, okullarda bu tür hastalıklar taranmalı, gerekli durumlarda öğrenciler psikoloğa/psikiyatriste yönlendirilmelidir. Liseye yeni başlayıp, okula alışma ve uyum sorunlarıyla ve lise sona yaklaştıkça sınav kaygısıyla karşılaşabilecek öğrencilere gerekli destek sağlanmalıdır. Ebeveyn kaybı yaşayan ergenlere yeterli destek sağlanmalıdır. Aile içi sorunlar ve şiddete çocukların küçük yaştan itibaren maruz kalmaması için devlet tarafından tedbirler alınmalıdır. Ailesinde kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan öğrenciler detaylı şekilde araştırılmalıdır.

Okullarda sağlıklı beslenme programları oluşturulmalıdır. Düzenli aktivite ve hobinin depresyona eğilimi azalttığı, beden-ruh sağlığını olumlu yönde geliştirdiğinden hareketle; okul takımları ve kulüplerine girmeleri için öğrenciler yönlendirilmeli, aileler tarafından teşvik edici yaklaşımlar geliştirilmeli, ergenler kendilerini tanıyabilecekleri/gerçekleştirebilecekleri sosyal aktivitelere yönlendirilmelidir. Çocuklara küçük yaştan itibaren uyku düzeni aşılanmalı ve sağlıklı uyku uyumasına engel olan faktörler uzaklaştırılmalıdır. Ergenlerde kronik hastalık varlığı titizlikle değerlendirilmeli, bu durumun yaratabileceği psikiyatrik sorunların önüne geçilmelidir. Ergenlerde psikiyatrik sorunları çözümlenmeye yönelik uygun ruh sağlığı politikaları oluşturulmalıdır.

### Çalışmada Karşılaşılan Zorluklar ve Çalışmanın Kısıtlılıkları

Depresyonu olma BDÖ'nün kesme noktası olan 17 ve üzerinde bir puan olarak tanımlanmıştır. Bu klinik bir tanı değildir. Bazı öğrenciler depresyon dışı birtakım nedenlerle bu düzeyde bir puan almış olabilir. Bu sebeple lise öğrencilerinde depresyon prevalansının bulduğumuzdan daha yüksek veya düşük olabileceği unutulmamalıdır.

Bu çalışma İstanbul Silivri'de yapıldığı için Türkiye'yi temsil etmesi beklenemez. Zaman, personel ve iş birliği yetersizliğinden faydacı bir yaklaşım geliştirilememiş ve sorunlu öğrenciler için yönlendirici olamamıştır. Ciddi bir sorun olan lise öğrencilerinde depresyon ve ilişkili risk faktörleri konusunda müdahale çalışmaları yapılmasına ihtiyaç vardır.

### Bildirimler

#### Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir.

#### Finansal destek

Çalışma için maddi destek alınmamıştır.

#### Yazar katkısı

Gülver Gülen: araştırma tasarımı, literatür taraması, verilerin toplanması, makale yazımı; Ethem Erginöz: araştırma tasarımı, literatür taraması, verilerin toplanması, makale yazımı; Cemal Koçak: literatür taraması, verilerin analizi, makale yazımı

### Kaynaklar

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, Switzerland: printed by the WHO Document Production Services, 2017.
3. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*. 1992;106(1):S71-S4.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
5. Singh K, Bassi M, Junnarkar M, Negri L. Mental health and psychosocial functioning in adolescence: An investigation among Indian students from Delhi. *Journal of adolescence*. 2015;39:59-69.
6. Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, Rohde P, Gotlib IH, Hops H. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(2):302-15.



7. Melnyk BM, Brown HE, Jones DC, Kreipe R, Novak J. Improving the mental/ psychosocial health of US children and adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*. 2003;17(6):S1-S24.
8. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(8):760-5.
9. Taşgın E, Çetin F. Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006;13(2):87-94.
10. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: Sage; 2013.
11. Ünsal A, Ayrancı U. Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of western Turkey: an epidemiological study. *Journal of School Health*. 2008;78(5):287-93.
12. Üner S, Özcebe H. Assessment of Depression and Risk Factors using Beck Depression Inventory in High School Students. *Erciyes Medical Journal/ Erciyes Tıp Dergisi*. 2008;30(4):250-8.
13. Öner K. Lise öğrencisi ergenlerde depresyon, internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
14. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2007;15(1):85-92.
15. Emiroğlu M, Murat M, Bindak R. Lise son sınıf öğrencilerinin depresyon düzeylerini yordayan sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011;10(38):262-74.
16. Abdel-Fattah MM, Asal A-RA. Prevalence, symptomatology, and risk factors for depression among high school students in Saudi Arabia. *Europe's Journal of Psychology*. 2006;2(3).
17. Modabber-Nia M-J, Shodjai-Tehrani H, Moosavi S-R, Jahanbakhsh-Asli N, Fallahi M. The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, northern Iran. *Arch Iran Med*. 2007;10(2):141-6.
18. Ekundayo OJ, Dodson-Stallworth J, Roofe M, Aban IB, Kempf MC, Ehiri JE, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms among high school students in Hanover, Jamaica. *The Scientific World Journal*. 2007;7:567-76.
19. Salle E, Rocha NS, Rocha TS, Nunes C, Chaves ML. Depression rating scales as screening tools for depression in high school students. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2012;39(1):24-7.
20. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health*. 2002;31(3):240-6.
21. Paxton RJ, Valois RF, Watkins KW, Huebner ES, Drane JW. Sociodemographic differences in depressed mood: Results from a nationally representative sample of high school adolescents. *Journal of School Health*. 2007;77(4):180-6.
22. Tang X, Wong D. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;245:498-507.
23. Ceylan A, Özen Ş, Palancı Y, Saka G, Aydın Y, Kıvrak Y, et al. Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(1):144-50.
24. Tekgül BN, Geroğlu B, Alanyalı FM, Mergen H. Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(4):152-60.
25. Özfirat Ö, Pehlivan E, Özdemir FÇ. Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2009;16(4):247-55.

26. Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2006;9(9):7-12.
27. Hong X, Li J, Xu F, Tse LA, Liang Y, Wang Z, et al. Physical activity inversely associated with the presence of depression among urban adolescents in regional China. BMC public health. 2009;9(1):148.
28. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Yasemin A. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(2):98-102.
29. Fatiregun A, Kumapayi T. Prevalence and correlates of depressive symptoms among in-school adolescents in a rural district in southwest Nigeria. Journal of adolescence. 2014;37(2):197-203.
30. Hyakutake A, Kamijo T, Misawa Y, Washizuka S, Inaba Y, Tsukahara T, et al. Cross-sectional observation of the relationship of depressive symptoms with lifestyles and parents' status among Japanese junior high school students. Environmental health and preventive medicine. 2016;21(4):265-73.
31. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V, et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. European child & adolescent psychiatry. 2017;26(1):111-22.
32. Loprinzi PD, Herod SM, Cardinal BJ, Noakes TD. Physical activity and the brain: a review of this dynamic, bi-directional relationship. Brain Research. 2013;1539:95-104.
33. Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. BMJ open. 2014;4(7):e005517.
34. Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag MJ. Insomnia in young men and subsequent depression: The Johns Hopkins precursors study. American journal of epidemiology. 1997;146(2):105-14.
35. Gangwisch JE, Babiss LA, Malaspina D, Turner BJ, Zammit GK, Posner K. Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. Sleep. 2010;33(1):97-106.
36. Akbaş Güneş N, İren Akbıyık D, Aypak C, Görpelioğlu S. Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi. Türk Aile Hek Derg. 2018;22(4):185-192
37. Ogawa S, Kitagawa Y, Fukushima M, Yonehara H, Nishida A, Togo F, et al. Interactive effect of sleep duration and physical activity on anxiety/depression in adolescents. Psychiatry research. 2019;273:456-60.
38. Kang YW, Park J-H. Does Skipping Breakfast and Being Overweight Influence Academic Achievement Among Korean Adolescents? Osong public health and research perspectives. 2016;7(4):220-7.
39. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. Journal of pediatric psychology. 2010;36(4):375-84.
40. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Depression among Brazilian adolescents: A cross-sectional population-based study. Journal of Affective Disorders. 2015;175:281-6.