

İlköğretim Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Depressive Symptom Incidence and Related Factors in Primary Education Students

Filiz ADANA,¹ Özgü ULUMAN,² Hülya ARSLANTAŞ,³ Filiz ERGİN⁴

ÖZET

Amaç: Çalışma, ilköğretim öğrencileri arasında depresif belirti sıklığı ve ilişkili olduğu etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırma, Kars merkezde bulunmakta olan bir ilköğretim okulunda, 435 ilköğretim öğrencisi ile yürütülmüştür. Araştırmaya 8–13 yaş aralığında öğrenciler dahil edilmiştir. Veriler; genel bilgiler formu ve Çocuklar İçin Depresyon Envanteri ile toplanmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ile Fisher'in kesin testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 9.96 ± 0.89 (8–13), depresyon ölçeği puan ortalaması 9.68 ± 4.84 (0–54) olup, %6.9'unun (n=30) depresyon ölçeği puanının 19 ve üstü olduğu bulunmuştur. Öğrencilerde sağlık sorunu olanların, başarı durumu kötü olanların, anne ve baba ile günlük baş başa zaman geçirmeyenlerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), cinsiyetin, doğum yerinin, sınıfta nerede oturduğunun, derslerinde yardımcı olan birinin var olup olmamasının, ders dışı sosyal aktivitelere ilgi isteğinin depresyon puanını etkilemediği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Sonuç: Anne ve baba ile zaman geçirme ve okul başarı durumunun depresif belirti görülme durumu üzerinde etkili olduğu düşünüldüncce, ailelerinin, çocuklara destek ve olumlu yaklaşımlarda bulunmaları konusunda bilgilendirilmesi son derece önemlidir. Öğretmenler de aile dışında çocuk ile en fazla zaman geçiren kişiler olmaları itibarıyla bu sorunun en erken dönemde tespit edilmesi bakımından çocukluk depresyonu konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Bunun dışında okul sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak sağlık personelinin farkındalığını artırarak okul sağlığı taramaları içinde depresif belirtileri saptamaya yönelik çalışmalara da yer verilmesi erken tanılama açısından önemli olacaktır.

Anahtar sözcükler: Depresif belirti sıklığı; ilköğretim; ilişkili faktör; öğrenci.

SUMMARY

Objectives: This study was performed to determine depressive symptom incidence and related factors in primary education students.

Methods: This cross-sectional study was conducted with 435 students between the ages of 8–13 in a primary education school in Kars' city centre. The data were obtained with a general information form, Children's Depression Inventory, as well as a questionnaire completed while under observation. Chi-square test and Fisher's exact test were used to compare the data.

Results: The average age of study participants was 9.96 ± 0.89 (8–13), average value of depression scale was 9.68 ± 4.84 (0–54), with a value > 19 for 6.9% of students (n=30). It was determined that depression levels in students with health problems, low academic standing, and a lack of parental attention were higher ($p < 0.05$). Gender, place of birth, seating arrangement in class, presence of a tutor, and involvement in social activities did not affect depression levels ($p > 0.05$).

Conclusion: Considering the influence of parental attention and academic standing on depressive symptom incidence, it is important to inform families how they can best support their children and prepare them to succeed. As teachers spend the greatest amount of time with children outside of their immediate family, they must understand childhood depression for early detection of this problem. Additional studies addressing the effectiveness of increased training of health services staff in schools in detecting depressive symptoms are recommended.

Key words: Depressive symptom incidence; primary education; related factor; student.

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın;

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul;

³Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın;

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın

İletişim (Correspondence): Dr. Hülya ARSLANTAŞ.
e-posta (e-mail): hulyaars@yahoo.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):1-8
Journal of Psychiatric Nursing 2015;6(1):1-8

Doi: 10.5505/phd.2015.19484

Geliş tarihi (Submitted): 29.07.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 07.02.2015

Giriş

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan ergenlik dönemi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10–19 yaş grubu olarak tanımlanmaktadır.^[1] Bu dönem, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin hızlandığı ve birbirleri ile yoğun etkileşim içine girdiği bir yaşam evresidir.^[2] Ergenler gelişimlerinin bir veya birkaç dönemi boyunca psiko-sosyal problemlerle karşılaşır. Psikososyal sorunlar; kontrol altına alınabilen davranış bozuklukları, eğitim zorlukları, madde kullanımı, hiperaktivite gibi dışsal veya davranışsal problemler ile anksiyete, depresyon gibi içsel veya duygusal problemleri içerir.^[3] Birçok araştırmacıya göre bu dönemin

uzamasının nedeni; sosyal ve biyolojik olgunlaşmanın birlikte kazanılması, erişkin rollerin fazlalığı, ailevi ve sosyal destek ağlarındaki erozyon ve yaşamı tehdit edici aktivitelerin varlığıdır.^[4-7]

Ergenlik, fark edilebilir değişikliklerle karakterize edilen, yaşam boyu sürececek kavrayışların, inançların, değerlerin ve alışkanlıkların gelişimi için kritik bir dönemdir. Ergen, bir kimlik bulmanın, değişen fizyolojik ve psikolojik özelliklere uyum sağlamanın, sağlıklı bir yaşam tarzı için çeşitli beceriler kazanmanın, aileden ayrılmanın, ahlaki kurallar ve değerler oluşturmanın, topluma katkıda bulunan bir birey olmanın, sosyal dünyada kendine yer edinmeye çalışmanın, kendisi ile ilgili kişisel plan ve hedeflerini oluşturmanın ve bir meslek seçmenin gelişimsel sorumlulukları ile mücadele eden bireydir. Bu mücadele bağlamında ergenlerin çeşitli incinebilirlikler ve buna bağlı depresyon yaşamaları söz konusu olabilmektedir.^[8]

Depresyon; çökkünlük, derin üzüntü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumu birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlemlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur.^[9,10] Depresif bozukluklar diğer psikiyatrik bozukluklara benzer olarak genetik, ailesel ve çevresel etkenler arasındaki karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır.^[11]

Günümüzde geçmişe göre daha fazla ergenin ruh sağlığı sorunu yaşadığı bildirilmektedir.^[12] Ergenlik döneminde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en çok görülenlerden biri depresyondur.^[13-17] Son 20 yılı kapsayan araştırmalar affektif bozuklukların, sıklıkla yaşamın erken dönemlerinde başladığını göstermektedir.^[18,19] Bu oran çocukluk döneminde %3 dolaylarındayken; ergenlik döneminde %30'lara kadar ulaşabilmektedir.^[20,21]

Ergenlik dönemi depresyonu, ülkemiz gençleri arasında da yaygındır. Eskin ve ark. (2008) lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenleri araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin %17.5'inin Çocukluk Depresyon Envanteri'nden yüksek puan aldığını ve çoğunun da kız olduğunu belirtmişlerdir.^[12] Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde DSM IV'e^[22] göre belirti ve tanı dağılımlarının incelendiği çalışmalarda Görker ve ark. (2004) kızların %6.02'sinde ve erkeklerin %4.72'sinde,^[13] Türkoğlu (2014) kızların %11.3, erkeklerin %6.9'unda,^[17] Aktepe ve ark. (2010) kızların %21.9'unda, erkeklerin %12.4'ünde^[16] depresyon olduğunu bildirmişlerdir.

İlgili alanyazın incelendiğinde, ergenlik döneminde depresyonun bazı demografik, ailesel ve okulla ilgili özelliklerle ilişkili olduğu görülmektedir. Görgül çalışmalar, kızlar arasında depresyonun erkeklerden daha yaygın olduğunu^[23-26] ve

ebeveyn ölümü veya ayrılığı,^[26] aile üyelerinde psikiyatrik bir rahatsızlığın olması, istismar ve ihmale maruz kalma, ebeveyn desteğine daha fazla gereksinim duyma,^[25] okul başarısızlığı ve düşük not ortalamasının^[12,27] depresyon görülme durumu ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Ülkemizde ne yazık ki çocuklar ve ergenler; ruh sağlığı sorunlarının görece olarak az incelendiği ve bu tür sorunların ele alınabileceği hizmet sunumunun hem nicelik hem de nitelik bakımından yeterli olmadığı bir nüfus kesimini oluşturmaktadır. Çocuklar ve ergenler arasındaki ruhsal sorunların yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenlerin incelenerek ortaya konması, sözü edilen gruba verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem planlaması hem de sunulması için önemli olmasına rağmen, ülkemizdeki çocukluk ve ergenlik çağı depresyonu ile ilgili çalışmaların sayısı yetersizdir.

2011 yılında yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte Psikiyatri Hemşireliği'nin alt uzmanlık alanı olarak her ne kadar hastaneye temellenmiş bir görev tanımı yapılmış olsa da Çocuk ve Ergen Psikiyatri Hemşiresi'nin görev tanımı içerisinde; sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda hasta ve aileye eğitim, yönlendirme, çocuk/ergenin yakınlarının yaşadığı endişe, üzüntü, öfke, suçluluk, çaresizlik ile sağlıklı baş etmeleri için terapötik iletişim kurma, danışmanlık sağlama olarak belirtilmiştir.^[28]

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Okul Hemşireliği ile ilgili yönetmelik taslağında bildirilen tanımlamalar Amerika'daki Okul Hemşireleri Ulusal Birliğinin (The National Association of School Nurses-NASN) benimsemiş olduğu Okul hemşirelerinin yedi rolü ile benzerlik göstermektedir. Amerika'daki Okul Hemşireleri Ulusal Birliğinin tanımlamış olduğu rolleri içerisinde okul hemşireleri; öğrencilerin problem çözme, baş etme ve kızgınlık yönetimi becerilerini geliştirmede, çatışma çözüm tekniklerini öğrenmelerinde, pozitif kendilik algılarını geliştirmede yardımcı olmak ve ağır olguları ilgili servislere yönlendirmekten sorumludurlar.^[29]

Alanyazında çocuklarda ve ergenlerde depresyonun önlenmesinde kişilerarası önleme yaklaşımları, aileye temellenmiş önleme stratejileri ve bilişsel davranışçı stratejilerin kullanılabilmesi bildirilmektedir.^[30-32] Bilişsel Davranışçı (BD) yaklaşımlar ve kişilerarası psikoterapi stratejileri depresyonun tedavisi için etkilidir. Amaç negatif bilişleri azaltmak, ergenin pozitif aktivitelere katılımını artırmak, iyimser bakış açısını desteklemek, kişilerarası ve psikososyal stresörleri yönetmek olmalıdır.^[33] Bu bağlamda ergenlik dönemi bireylere yönelik uygulamalar irrasyonel inançlar ve kötümser atıfları, negatif kendilik algısını değiştirmek ve kişilerarası becerilerini geliştirmek amacıyla, başetme eğitimi, sosyal problem çözme, sosyal beceri, iletişim becerisi eğitimi, stres yönetimine iliş-

kin bilişsel davranışçı terapiler, strese yanıtta değişken tepkiyi azaltmada duyguları düzenleme stratejilerini kapsamaktadır. Ayrıca aileye temellenmiş psiko eğitim girişimlerinde etkili olduğu ve okula temellenmiş şekilde uygulanmasının uygun olacağı bildirilmektedir.^[32,34-38] Okula temellenmiş uygulamalarda ancak etkili bir ekip çalışması ile gerçekleştirilebilir. Psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve okul sağlığı hemşirelerinin yer alacağı ekipte iyi bir işbirliği ile çocukların ve ergenlerin ruh sağlıklarının korunması ve ruhsal sorun belirlenen çocuk ve ergenlerin ise biran önce servislere yönlendirmeleri açısından önemlidir.

Bu bakımdan okul çağı ve ergenlik döneminin özelliklerinin tanımlanması, bu çağa özgü depresyonun gelişimsel bir psikopatoloji olarak anlaşılması, sağaltımı ve önlenmesi için yapılabilecek girişim stratejilerinin oluşturulması açısından bu döneme özgü araştırmaların yapılması önemlidir. Bu çalışma, ilköğretim öğrencileri arasında depresif belirti sıklığı ve ilişkili olduğu etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ile çocukluk çağı depresyonunu önlemede değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandığınan;

- Anne-babası tarafından ilgi gören çocuklar ile görmeyen çocuklar arasında depresif belirti görülme durumu bakımından fark yoktur.
- Anne-babası tarafından ilgi gören çocuklar ile görmeyen çocuklar arasında depresif belirti görülme durumu bakımından fark vardır hipotezleri belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Katılımcılar

Araştırma 2010–2011 yılları arasında Kars merkezde bulunmakta olan bir ilköğretim okulunda yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı yıl itibarıyla toplam öğrenci sayısı 1705'dir. Öğrencilerin %56'sı erkek (955 öğrenci) %44'ü kız (750 öğrenci) dir. Okulda 46 derslik ve 22 sınıf öğretmen ve 31 branş olmak üzere 53 öğretmen görev yapmaktadır. Araştırmanın evrenini ilköğretim okulunun birinci ve ikinci kademesinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Bu okulun seçilme nedeni okulun merkezi konumda olması ve yüksek öğrenci sayısıdır. Araştırmaya alma kriteri olarak; 8-13 yaş aralığında olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmek belirlenmiştir. Araştırmada $p=0.12$ ve $d=0.03$ alındığında %95 güven aralığında 450 çocuğa ulaşılması hedeflenmiş, toplamda 435 öğrenciye (235 erkek, 200 kız) ulaşılabilmiştir. Öğrencilere kendilerini tanıttığı anket formu ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Her bir sınıftaki öğrenci sayısı dikkate alınarak her sınıftan alınacak öğrenci sayısı yaş gruplarındaki öğrenci sayılarına göre ağırlıklandırılarak alınmıştır. Öğrencilere gözlem altında anket formu uygulanmıştır. Araştırma için velilerden ve öğrencilerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni çocukta depresif belirti görülme durumu, bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, doğum yeri, çocukta sağlık sorunu bulunma durumu, okul başarı durumu, sınıfta oturduğu yer, derslerine yardımcı birinin varlığı, ders dışı sosyal aktivitelere ilgi, anne/babanın çocuğa zaman ayırma durumudur.

Araçlar

Genel bilgi formu: Literatür taraması sonucu çocuklarda depresyona neden olabileceği düşünülen sorulardan oluşan bu form; cinsiyet, yaş, doğum yeri, sağlık sorunu, sınıfta nerede oturduğu (konum olarak), başarı durumu, evde derslerine yardımcı olan birinin varlığı, ders dışı ilgi, anne ve babanın çocuğa zaman ayırıp ayırmadığı gibi sosyodemografik ve kişisel bilgileri içeren toplam dokuz sorudan oluşmuştur.^[12,21,23-27]

Çocuklar için Depresyon Envanteri (ÇDE): Kovacs (1981) tarafından geliştirilen ve çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6–17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. Her maddede son iki haftanın değerlendirildiği 0'dan 2'ye değer alan üç cümle bulduğu, 27 maddelik bir ölçektir. Puanlar 0–54 arasındadır. Ölçeğin kesme noktası 19 olup, yüksek puan depresyon riskini göstermektedir.^[39] Bu ölçeğin Türkçeye uyarlaması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.^[40]

İşlem Yolu

Kars İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan izin ardından ölçekler araştırmacılar tarafından bir ders saatinde doldurulmuştur. Uygulamanın başında katılımcılara kimlik bilgilerini yazmamaları hem sözel hem de yazılı olarak belirtilmiştir.

İstatistiksel Çözümleme

Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma, sayımla ifade edilen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ile fisher'in kesin testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel çözümleme SPSS 15.0 ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 9.96 ± 0.89 (8–13), %54'ü erkek, %75.9'unun çalışmanın yapıldığı ilde doğduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %76'sının sağlık sorununun olmadığı, %76.3'ünün başarı durumunu iyi düzeyde algıladığı, %81.6'sının boş zamanlarında ders dışı aktivitelere ilgi duyduğu, %93.1'i her gün annesi ile, %90.3'ü her gün babası ile zaman geçirdiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Öğrencilerde depresif belirti sıklığına bakıldığında, depresyon ölçeği puan ortalaması 9.68 ± 4.84 (0–54) olup,

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Cinsiyet (n=435) | | |
| Kadın | 200 | 46.0 |
| Erkek | 235 | 54.0 |
| Doğum yeri (n=428) | | |
| Kars | 325 | 75.9 |
| Diğer | 103 | 24.1 |
| Sağlık sorunu (n=433) | | |
| Yok | 329 | 76.0 |
| Var | 104 | 24.0 |
| Sınıfta oturma konumu (n=389) | | |
| Ön | 133 | 34.2 |
| Orta | 139 | 35.7 |
| Arka | 117 | 30.1 |
| Başarı durumu (n=435) | | |
| Kötü | 14 | 3.2 |
| Orta | 89 | 20.5 |
| İyi | 332 | 76.3 |
| Derslerinde yardımcı olan birinin varlığı (n=426) | | |
| Var | 343 | 19.5 |
| Yok | 83 | 80.5 |
| Ders dışı sosyal aktivitelere ilgi duyma durumu (n=435) | | |
| Yok | 80 | 18.4 |
| Spor | 94 | 21.6 |
| Müzik | 31 | 7.1 |
| Resim | 23 | 5.3 |
| Tiyatro/sinema | 27 | 6.2 |
| Kitap okuma | 180 | 41.4 |
| Annenin zaman ayırma durumu (n=434) | | |
| Ayırmaz | 30 | 6.9 |
| Ayırır | 404 | 93.1 |
| Babanın zaman ayırma durumu (n=432) | | |
| Ayırmaz | 42 | 9.7 |
| Ayırır | 390 | 90.3 |

%6.9'unun (n=30) depresyon ölçeği puanının 19 ve üstü olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresif belirtileri ile ilişkili bazı risk faktörlerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerde sağlık sorunu olanların, başarı durumu kötü olanların, anne ve baba ile günlük baş başa zaman geçirmeyenlerin depresif belirti görülme durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Cinsiyetin, doğum yerinin, sınıfta oturma konumunun, derslerinde yardımcı olan birinin var olup olmamasının, ders dışı sosyal aktivitelere ilgi durumunun depresyon puanını etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Tartışma

İlköğretim öğrencilerinde gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada öğrencilerin %6.9'unun depresyon riski altında olduğu, depresyon ölçeği puan ortalamalarının ise 9.68 ± 4.84 olduğu tespit edilmiştir. Yaş grubu olarak 10 yaş ve üzeri ilköğretim öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda^[41-43] depresif belirti görülme oranlarının %9.9 ile %13.1 arasında seyrettiği 10-17 yaş arası öğrencilerde aynı ölçeği kullanarak yapılan

iki çalışmada da^[42,44] depresyon ortalama puanının sırasıyla 11.30 ± 6.02 ; 13.3 ± 7.3 olduğu bulunmuştur.

Çocuklar ve ergenlerde depresif bozuklukların prevalansı, tanı ölçütlerinin, çalışmanın yapıldığı coğrafyanın, seçilen örneklemin ve bilgi alınan kaynakların farklı olmasından dolayı geniş bir yelpaze oluşturur. Alanyazında klinik depresyon tanısı konulacak düzeyde son üç-on iki ay içinde yaygınlık pre-puberte öncesi dönemde %0.4-2; adölesan dönemde %3-8.3; yaşam boyu prevalans ise %10-28 olarak bildirilmektedir.^[26,33]

Toplum tabanlı çalışmalarda 18 yaş grubunda kümülatif sıklık %20 olarak saptanmıştır. Majör depresif bozukluk ergenlik öncesi kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, ergenlikten sonra kızlarda görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir.^[23-26] Ergenlik dönemindeki kızlarda depresyonun görülme sıklığının artışında hormonal ve çevresel etkilerin rol oynadığı düşünülmektedir.^[18] Majör depresyonun ergenlerde görülme oranı nokta prevalansı %0.4-%8.3 aralığında görülmekte olup, yaşam boyu görülme oranı ise yaklaşık olarak %10-%28 arasındadır.^[12,45] Ekundayo ve ark. lise öğrencilerinde %14.2 oranında depresif semptomlara rastlamışlardır.^[46]

Tablo 2. Araştırmaya katılan öğrencilerin depresif belirtileri ile ilişkili bazı risk faktörlerinin dağılımı

| | Depresif belirtileri olan | | Depresif belirtileri olmayan | | x ² | p* |
|---|---------------------------|-------|------------------------------|-------|----------------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 11 | 5.5 | 189 | 94.5 | 1.125 | 0.289 |
| Erkek | 19 | 8.1 | 216 | 91.9 | | |
| Doğum yeri | | | | | | |
| Kars | 24 | 7.4 | 301 | 92.6 | 0.292 | 0.589 |
| Diğer | 6 | 5.8 | 97 | 94.2 | | |
| Sağlık sorunu | | | | | | |
| Yok | 15 | 4.6 | 314 | 95.4 | 10.022 | 0.002 |
| Var | 14 | 13.5 | 90 | 86.5 | | |
| Sınıfta oturma konumu | | | | | | |
| Ön | 6 | 4.5 | 127 | 95.5 | 3.076 | 0.215 |
| Orta | 10 | 7.2 | 129 | 92.8 | | |
| Arka | 12 | 10.3 | 105 | 89.7 | | |
| Başarı durumu | | | | | | |
| Kötü | 9 | 64.3 | 5 | 35.7 | 81.060 | 0.000 |
| Orta | 10 | 11.2 | 79 | 88.8 | | |
| İyi | 11 | 3.3 | 321 | 96.7 | | |
| Derslerinde yardımcı olan birinin varlığı | | | | | | |
| Yok | 5 | 6.0 | 78 | 94.0 | 0.100 | 0.752 |
| Var | 24 | 7.0 | 319 | 93.0 | | |
| Ders dışı sosyal aktivitelere ilgi duyma durumu | | | | | | |
| Yok | 3 | 3.8 | 77 | 96.3 | 1.512 | 0.219 |
| Var | 27 | 7.6 | 328 | 92.4 | | |
| Annenin zaman ayırma durumu | | | | | | |
| Ayırmaz | 17 | 56.7 | 13 | 43.3 | 123.984 | 0.000* |
| Ayırır | 13 | 3.2 | 391 | 96.8 | | |
| Babanın zaman ayırma durumu | | | | | | |
| Ayırmaz | 12 | 28.6 | 30 | 71.4 | 33.673 | 0.000* |
| Ayırır | 18 | 4.6 | 372 | 95.4 | | |

*Fisher'in kesin testi.

Fleming ve Offord (1990) çocuk ve ergenlerde depresyonun epidemiyolojisine ilişkin yaptıkları derleme makalelerinde, sadece alan çalışmalarını dikkate almışlar ve ergenlerde prevalansın %0.4–%8.3 arasında değiştiğini bildirmişlerdir.^[47] Birmaher ve ark. tarafından 1996 yılında yapılan derleme makalesinde ise aynı oran tekrarlanmıştır.^[45]

Sun ve ark.nın (2010) Çin'deki ergenlerde depresyonla baş etmede stresin etkisini araştırmak amacı ile yapmış oldukları çalışmada örneklemin %44.3'ünde depresyon kaydedilmiş ve erkekler kızlara göre daha fazla depresyona sahip bulunmuştur.^[48]

10-16 yaşları arasındaki 9863 öğrencinin alınmış olduğu bir çalışmada Amerikalı Hindistanlıların %29'unda, İspanyolların %22'sinde, Kafkaslıların %18'inde, Asyalı Amerikalıların %17'sinde, Afrikalı Amerikalıların %15'inde depresyon belirtileri olduğu bildirilmiştir.^[20]

Araştırma bulgularımız bazı araştırma bulguları ile benzeşmekte^[23–26] bazıları ile ise benzeşmemektedir.^[4,20,41,43,44,48,49] Bunun nedeni araştırmamızın daha küçük yaş grubundaki öğrenci örnekleminde yapılmış olması olabilir. Bazı çalışmalar yaş küçüldükçe depresyon riskinin azaldığını, yaş arttıkça depresyon riskinin arttığını göstermektedir.^[23,25,26,49] Depresif

belirtilerle cinsiyet arasında herhangi bir ilişki saptanmaması yine araştırma grubunun yaş ortalamasının düşük olması nedeni ile beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerde sağlık sorunu olanların depresyon riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bu bulgumuzla benzerlik gösteren herhangi bir araştırma bulgusuna ulaşılamamıştır. Ancak Afifi (2006) Oman'daki lise öğrencilerinde depresyon ve pozitif sağlık uygulamalarını araştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada sağlık uygulamaları yapıyor olmanın depresyonda koruyucu etkiye sahip olduğunu, kronik tıbbi veya akıl sağlığı sorunu olmasının, depresyon ile ilişkili olduğunu saptamıştır.^[23] Benzer şekilde, Lewinsohn ve ark. (1998) 14–18 yaş arasındaki ergenler arasında yapmış oldukları çalışmada ruhsal ve fiziksel bozukluklar ile depresyon arasında ilişki saptamışlardır.^[21]

Hauenstein (2003) ergenlerde depresyona yönelik yapmış olduğu derlemede ergenlerin negatif bilişi içeren depresif atıf nitelikleri, düşük benlik saygısı, fakir sosyal yetenek ve baş etme becerisi, fiziksel hastalıklar, fiziksel aktivitenin oranında azalma ve tütün kullanımı gibi belirli kişisel özellikleri ile majör depresyonları arasında ilişki olduğunu bildirmiştir.^[26]

Bu ilişkilerden en önemlisi de depresyonla fiziksel hastalık arasındaki ilişkidir. Sağlık sorununun olmasının depresif belirti görülme durumunu etkilemesinin nedeni; bu durumun bireyin kendisine olan güvenini etkilemesi, bunun da okul başarısını, arkadaşlık ilişkilerini, derslere devamı, arkadaşlarıyla sosyal faaliyetlere katılımını olumsuz yönde etkilemesi olabilir.

Araştırmada başarı durumu kötü olanların depresyon riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bir ergen için akademik başarı durumu önemlidir. Akademik başarısızlığın genci ruhsal açıdan iki şekilde etkileyebileceği bildirilmektedir. İlkinde, başarısızlık genci kendine belirlemiş olduğu kişisel gelişim ve öğrenme hedeflerine ulaşmasını engellediği için olumsuz etkileyebilir. İkincisinde, ebeveynlerin koyduğu standartlara ulaşamamanın yarattığı hayal kırıklığı genci olumsuz etkileyebilir. Türk toplumunda aileler akademik başarısızlığı zor kabullenmekte, hatta kimi zaman kabullene-memektedir. Bir başarısızlık durumunda bazı gençler sahte karne düzenlemekten intihar girişimine kadar uzanan bir yelpazedeki olumsuz davranışları sergileyebilmektedirler. Bu bağlamda akademik başarısızlığın öğrencileri ruhsal olarak olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar da, düşük not ortalamasının diğer araştırma bulgularına benzer şekilde depresyon puanlarının yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.^[12,27,41,43]

Anne ve baba ile hergün baş başa zaman geçirmeyenlerin depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırma grubunun yaş ortalaması dikkate alınınca, aile bu dönem çocuğu için hala temel güven kaynağıdır. Bu nedenle, ailesiyle kurduğu ilişkinin çocuk ve ergenin psikolojik durumu üzerinde etkili olması beklenir. Katılımcıların aileleriyle baş başa az zaman geçirmeleri öğrencilerde depresif belirtileri şiddetlendirmektedir. Bu sonuç, ebeveyn sosyal desteğinin her iki cinsiyetin ruh sağlığı için de önemli olduğunu gösteren diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.^[12,23,25,26,42,46,50-62]

Sonuç ve Öneriler

Çocuk ve ergenlerin depresif belirtiler yaşıyor olması, gerek yeti yitimine, gerekse intihar davranışı gibi riskli durumlara sebep olabilmesi açısından kısa süre içerisinde belirlenmesi gereken önemli sorunlardan biridir. Anne ve baba ile zaman geçirme durumunun, okul başarı durumunun depresif belirti görülme durumu üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünde, özellikle bu yaş grubundaki çocukların aile desteğine ihtiyaç duydukları açıktır. Bu nedenle ailelerinin, çocuklara destek ve olumlu yaklaşımlarda bulunmaları konusunda bilgilendirilmesi son derece önemlidir. Öğretmenler de aile dışında çocuk ile en fazla zaman geçiren kişiler olmaları nedeniyle bu sorunun en erken dönemde tespit edilmesi ve çözümlenmesinde kilit rol oynayabilir. Bu sebeple öğretmenlerin bu konuda farkındalıklarını arttırmaya yönelik eğitimlerin son derece yararlı

olacağı söylenebilir. Bunun dışında okul sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak okul sağlığı ve birinci basamak hizmetlerinde görev yapan hemşire, psikolog ve hekim gibi sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırarak okul sağlığı taramaları içinde depresif belirtileri saptamaya yönelik çalışmalara da yer verilmesi erken tanılama açısından önemli olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık çalışanları tarafından çocuklara, ergenlere ve ailelerine bu döneme özgü ruhsal değişikliklerle ilgili bilgi verilmesi ve bilgi kaynaklarının öğretilmesi, okullarda öğrencilerin derslerinin yanında sosyal olarak da gelişmelerine olanak sağlanması, eğitim kurumlarında çalışan okul hemşireleri ve rehber öğretmenler tarafından çocuk ve gençlere yönelik psikolojik yardım olanağı sağlanması, öğretmen-aile-çocuk-ergen arasında olumlu, yapıcı, destekleyici ilişkiler kurulması önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ele alınırken bir takım sınırlılıklarının olduğu göz önüne alınmalıdır. İlk olarak, araştırmanın örneklemini sadece Kars il merkezindeki tek ilköğretim okulunda öğrenim gören yaş aralığı 8-13 olan 4., 5., 6., 7. sınıf öğrencileridir. Bu nedenle, bulguların ortaokul son ve lisede okuyan, ülkenin diğer yerlerindeki ve öğrenci olmayan ergenlere genellenmesi zordur. İkinci olarak, depresyonu olma riski bu araştırmada ÇDE'nin kesme noktası olan 19 ve üzerinde bir puan olarak tanımlanmıştır. Bunun bir klinik tanı olmadığı ve depresyonu olmanın dışındaki bir takım nedenlerle bazı gençlerin bu düzeyde bir puan almış olabileceği unutulmamalıdır. Araştırmanın diğer sınırlılığı bu çalışmada depresif belirtileri etkileyebilecek okulla ilgili faktörlerin ağırlıklı olarak incelenmesi buna karşın genetik, ailevi ve çevresel faktörler üzerinde durulmamış olmasıdır.

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde sıklıkla çalışmaların ergenlerde olduğu görülmektedir. Bu çalışmada daha düşük yaş grubunda çalışılmış olmasının, bu grubun özelliklerinin belirlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ölçek olarak Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin kullanılmış olması da araştırmanın güçlü yönü olarak değerlendirilebilir. Kullanılan ölçek bu yaş grubu için geliştirilmiş bir ölçek olduğundan araştırmanın ilköğretim öğrencileri üzerinde yapılması planlanmış olup, bu dönem çocuklardaki depresif belirtileri ortaya koyması bakımından diğer sağlık sorunlarının yanında ihmal edilen bir durum olan depresyon konusuna ışık tutacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. (WHO 2014) http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
2. Hamburg DA, Takanishi R. Preparing for life. The critical transition of adolescence. *Am Psychol* 1989;44:825-7.
3. Ahmad A, Khaliq N, Khan Z, Amir A. Prevalance of psychosocial problems among school going male adolescents. *Indian J Community Med* 2007;32:219-221.
4. Demir T, Demir D, Kayaalp ML, Büyükkal B. Ergenlerde Depresif Bozukluk-

- ların Yaygınlığı ve Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999;6:11-3.
5. Hankin BL. Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy Behav* 2006;8:102-14.
 6. Berk EL. *İnfant. Children and Adolescent. United States: İllionis State University*, 1993.
 7. Ceylan A, Özen Ş, Palancı Y, Saka G, ve ark. Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:144-50.
 8. Erözkan A. İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinde depresyonun yordayıcıları. *Elementary Education Online* 2009;8:334-45.
 9. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar*. Ankara: Nobel Kitabevi, 2001.
 10. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası, 1999.
 11. Bodur Ş, Üner ÖŞ. Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:105-10.
 12. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy C. Prevalence of and factors related to depression in high school students. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19:382-9. [Article in Turkish]
 13. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:103-10.
 14. Robles-Piña RA, Defrance E, Cox DL. Predictors of adolescent depression in urban hispanic adolescents self-concept, early childhood depression and school retention as predictors of adolescent depression in urban Hispanic adolescents. *School Psychology International* 2008;29:426.
 15. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 2006;31(6 Suppl 1):104-25.
 16. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:100-8.
 17. Türkoğlu S. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımları. *Selçuk Tıp Derg* 2014;30:118-22.
 18. Coghill D, Usala T. Mood disorders in children and adolescents. *Psychiatry* 2006;5:4.
 19. Baker K. Treatment and management of depression in children. *Current Paediatrics* 2006;16:478-83.
 20. Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm* 2006;63:233-43.
 21. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18:765-94.
 22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. baskı (DSM-IV), Washington, DC, American Psychiatric Association; 1994.
 23. Afifi M. Depression in adolescents: gender differences in Oman and Egypt. *East Mediterr Health J* 2006;12:61-71.
 24. Karger A. Gender differences in depression. [Article in German] *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014;57:1092-8. [Abstract]
 25. Meadows SO, Brown JS, Elder GHJ. Depressive symptoms, stress, and support: gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 2006;35:93-103.
 26. Hauenstein EJ. Depression in adolescence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:239-48.
 27. Burns JJ, Cottrell L, Perkins K, Pack R, et al. Depressive symptoms and health risk among rural adolescents. *Pediatrics* 2004;113:1313-20.
 28. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011, Sayı: 27910; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> (Erişim tarihi: 30.11.2014).
 29. National Association of School Nurses (NASN). Issue brief: school health nursing services role in health care: role of the school nurse. <http://www.nasn.org> (ErişimTarihi: 30.11.2014).
 30. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2006;132:132-49.
 31. Gladstone TR, Beardslee WR. The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Can J Psychiatry* 2009;54:212-21.
 32. Hankin BL, Wetter E, Cheely C. Sex differences in child and adolescent depression: A developmental psychopathological approach. Abela John RZ. (Ed); Hankin Benjamin L. (Ed), (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. (pp. 377-414). New York, NY, US: Guilford Press, xii, 529 pp.
 33. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J. Prevention of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med* 2007;32:451-5.
 34. Roberts CM. The prevention of depression in children and adolescents. *Australian Psychologist* 1999;34:49-57.
 35. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2215-24.
 36. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, et al. Psychological interventions, Educational intervention, Psychoeducational interventions, Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents (Review) This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2004, Issue 2 <http://www.thecochranelibrary.com> Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
 37. Brage DG. Adolescent depression: a review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs* 1995;9:45-55.
 38. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:401-15.
 39. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985;21:995-8.
 40. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-37.
 41. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, et al. Prevalence of depression as measured by the CBDİ in a predominantly adolescent school population in Turkey. *Eur Psychiatry* 2004;19:264-71.
 42. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *J Affect Disord* 2011;134:168-76.
 43. Bodur S, Küçükendirci H. Prevalence of depressive symptoms in Turkish adolescents. *Eur J Gen Med* 2009;6:204-12.
 44. Yılmazel G, Günay O. Çorum ili kargı ilçesinde öğrenim gören 12-17 yaş arasındaki öğrencilerde özsayı ve depresyon. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;21:20-9.
 45. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.
 46. Ekundayo OJ, Dodson-Stallworth J, Roofe M, Aban IB, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms among high school students in Hanover, Jamaica. *ScientificWorldJournal* 2007;7:567-76.
 47. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:571-80.
 48. Sun Y, Tao F, Hao J, Wan Y. The mediating effects of stress and coping on depression among adolescents in China. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2010;23:173-80.
 49. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Demir ÖF, ve ark. Sivas il merkezinde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinin depresyon düzeyi. *New Symposium Journal* 2008;46:116-22.
 50. Avison WR, Mcalpine DD. Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *J Health Soc Behav* 1992;33:77-96.
 51. Galambos NL, Leadbeater BJ, Barker ET. Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: a 4-year longitudinal study. *Internatio-*

- nal Journal of Behavioral Development 2004;28:16–25.
52. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379:1056–67.
53. Baron P, Perron LM. Sex differences in the Beck Depression inventory scores of adolescents. *J Youth Adolesc* 1986;15:165–71.
54. Herman-Stahl M, Petersen AC. The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 1996;25:733–53.
55. Schraedley PK, Gotlib IH, Hayward C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health* 1999;25:98–108.
56. Palos PA, Ocampo DB, Casarin AV, Celis Ochoa BS, et al. Parenting practices and depressive symptomatology in adolescents. *Salud Mental* 2012;35:25–32.
57. Slavin LA, Rainer KL. Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents: a prospective analysis. *Am J Community Psychol* 1990;18:407–21.
58. Siegel LJ, Griffin NJ. Correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Youth Adolesc* 1984;13:475–87.
59. Plunkett SW, Henry CS, Robinson LC, Behnke A, et al. Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *J Child Fam Stud* 2007;16:760–72.
60. Duggal S, Carlson EA, Sroufe LA, Egeland B. Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 2001;13:143–64.
61. Kwak YS, Lee CI, Hong SC, Song YJ, et al. Depressive symptoms in elementary school children in Jeju Island, Korea: prevalence and correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:343–51.
62. Sheeber L, Sorensen E. Family relationships of depressed adolescents: a multimethod assessment. *J Clin Child Psychol* 1998;27:268–77.