

Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler

Dr. Mine KAYA¹, Dr. Metin GENÇ², Dr. Burhanettin KAYA³, Dr. Erkan PEHLİVAN⁴

Özet / Abstract

Amaç: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi (TF) ve Sağlık Yüksekokulu (SYO) öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başaçıkma tarzları ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

Bulgular: Depresif belirtiler SYO öğrencilerinde (n=128) daha yaygındır. TF'de babasının öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların BDÖ puanları anlamlı derecede yüksektir. TF'de ailesinin aylık gelir düzeyi asgari ücret ve altında olanlarda depresif belirtiler daha yaygındır. İki okulda da önceden ruhsal ve bedensel bozukluğu olanların BDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksektir. TF öğrencilerinde yaşın artması depresif belirti riskini 2.72, SYO'da önceden ruhsal bozukluğu olmak 5.25 ve kadın olmak 1.85 kez artırmaktadır. SYO öğrencileri pasif tarzları daha çok kullanmaktadır. Her iki okulda da erkekler aktif tarzları daha çok kullanmaktadır. SYO'da, annesinin öğrenim düzeyi düşük olanlar pasif tarzları kullanırken, aile geliri arttıkça aktif tarzların kullanımı artmaktadır. İki okulda da öğrencilerin BDÖ puanları arttıkça aktif tarz puanları azalmakta, pasif tarz puanları artmaktadır. Ayrıca depresif belirti düzeyi yüksek olan kız ve erkek öğrenciler pasif tarzları daha çok kullanmaktadır.

Sonuç: Depresif belirti yaygınlığı ve stresle başaçıkma tarzları ile ilişkili ruhsal sorunlar yüksek bulunmuştur. Öğrencilere yönelik koruyucu ruh sağlığı programları geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, depresif belirti, stresle başaçıkma, üniversite öğrencileri

SUMMARY: *Prevalence of Depressive Symptoms, Ways of Coping, and Related Factors Among Medical School and Health Services Higher Education Students*

Objective: *The aims of this study were to explore the prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and their relationships to sociodemographic variables among students of the Medical Faculty (MF) and the Health Services Higher Education School (HSHEs) at İnönü University.*

Method: *The Beck Depression Inventory (BDI), Styles of Coping Inventory (SCI), and a sociodemographic questionnaire were used.*

Results: *Among the HSHEs students (n = 128), the prevalence of depressive symptoms was higher. The MF students whose fathers had a higher level of education had higher BDI scores. The MF students from families with lower levels of income had a higher frequency of depressive symptoms. In both groups, the students with previous histories of psychiatric and physical illness had higher BDI scores. Among the MF students, older age (OR = 2.72), and among the HSHEs students, having a previous history of psychiatric disorder (OR = 5.25) and female gender (OR = 1.85) affected the prevalence of depressive symptoms. The HSHEs students used passive styles of coping more frequently. Active coping styles were used more frequently by the male students in both groups. The HSHEs students whose mothers had lower levels of education, had higher passive coping style scores; active coping styles and higher family income correlated positively. In both groups, BDI and active styles scores correlated positively. Passive styles were used more frequently by male and female students that had a higher frequency of depressive symptoms.*

Conclusion: *The rate of mental health problems was quite high among the students. Preventive mental health programs should be developed and implemented.*

Key Words: *Depression, depressive symptoms, coping skills, medical students*

¹Uzm., Sağlık Müdürlüğü, Ankara. ²Prof., İnönü Ü Halk Sağlığı AD., Malatya. ³Doç., Gazi Ü Psikiyatri AD., Ankara.
Dr. Mine Kaya, e-posta: kayamine70@yahoo.com

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar yüksek yaygınlık oranları, yüksek kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri nedeniyle günümüzde bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Doğan ve ark. 1995, Güleç 1997, WHO 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (%10.4) depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın Ankara-Gölbaşı verileri ise %17.6 oranında ruhsal bozukluk tanısı, %11.6 oranında depresyon tanısı konduğunu göstermektedir. Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (Erol ve ark. 1998). Depresyonun, üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci yaygınlıkta rastlanan sağlık sorunu olması önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Öztürk 2001, Sartorius ve ark. 1993).

Gençlik dönemi, bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal bir çok çatışma yaşadığı, psikososyal ve cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı bir çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (Bayhan 2003, Doğan ve ark. 1994, Özkürkçügil Çorapçıoğlu 1999). Psikiyatri kliniklerine başvurmada öğrenciler için kadın olmak, yaş, ailesinden uzakta yaşamak gibi faktörler başvuruyu arttıran faktörler olarak bildirilmektedir (O'Neil ve ark. 1984). Öğrencilerde danışmanlık servislerine en çok başvurunun, %62 oranında depresif belirti kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Surtees ve ark. 1998, Evans 1999). Gençlerde depresyon, en çok görülen, psikososyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan biridir. Ergenlerde depresyon yetişkinlerde görülen belirtilerle karışımıza çıkabileceği gibi antisosyal davranışlar ve öğrenme güçlüğü gibi döneme özgü sorunlarla maskelenebilir (Canat 1997).

Epidemiyolojik çalışmalar ergenlerde depresyon yaygınlığının %0.4-8.3 arasında olduğunu, yaşam boyu yaygınlığının ise yetişkinlerdeki oranlarla benzer şekilde %15-20 arasında değiştiğini bildirmektedir (Canat 1997, Muris ve ark. 2001). Kandel ve Davies (1986) yaptıkları araştırmada, ergenlerin yetişkinlere oranla daha fazla depresif duygulanım yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aynı

çalışmada, erkeklere göre kızlarda depresif duygulanım daha sık saptanmıştır.

Depresyon küresel hastalık yüküne yol açan ilk on hastalık arasında beşinci sıradadır (Bruntland 2000). Depresyonla ilgili çalışmalar, toplumdaki yaygınlığıyla ilgili olarak çok geniş dağılım değerleri vermektedir (%9-25). Depresyon ergen kızlarda ve erişkin kadınlarda, ergen ve erişkin erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir (Öztürk 2001). Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır. Epidemiyolojik veriler, başlangıç yaşının son yıllarda daha erken yaşlara kaydığını göstermektedir (Koroğlu 1997, Öztürk 2001, Yüksel 2001). Türkiye'de depresyon prevalansını araştıran ilk çalışmalara göre, nokta prevalans hızı yaklaşık %10'dur (Güleç 1997).

Stres hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavramdır (Baltaş 2000). Aynı zamanda stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsal bir davranış olup bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansımaları sonucu ortaya çıkar (Artan 1986). Stresin temelinde insan algılamasının ve deneyimlerinin değerlendirmesinin yattığını, deneyimlerine anlam veriş, değerlendiriş ve yönlendirişinin stresi azaltma ya da çoğaltmada temel etken olduğunu söyleyebiliriz (Cüceloğlu 1996). Bu bağlamda bireyin koruyucu sağlık davranışı kazanmasının stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle ilişkili olduğunu öngörebiliriz. Amerikan Halk Sağlığı ve İnsan Hizmetleri Departmanı (United States Department of Public Health and Human Services)'nın 1990 yılında yaptığı açıklamada, ölümlerin yarısının, koruyucu sağlık davranışı kazanılmaması nedeniyle ortaya çıktığı özellikle vurgulanmıştır (Baltaş 2000, Beasley ve ark. 2003). Stresle başa çıkma tarzları da, ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı tarzlar, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (Muris ve ark. 2001). Gençlik döneminde yeterli ve uygun başa çıkma tarzlarının kullanılması; sağlıklı bir benlik gelişimine, davranış sorunlarının daha az sıklıkta ortaya çıkmasına, yüksek benlik saygısı kazanılmasına, depresif belirti sıklığının azalmasına ve uyumun olumlu bir şekilde sağlanmasına yol açmaktadır. Uygun başa çıkma tarzları, gencin uyum sorunlarının çözümünde büyük katkılar sağlamaktadır (Steiner ve ark. 2002).

Bu araştırmada, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde, depresif belir-

TABLO 1. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	TF (n=352)		SYO (n=402)		χ^2	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	226	64.2	95	23.6	126.36	.001
Kız	126	35.8	307	76.4		
Annenin öğrenim durumu (mezuniyet)						
Oyd*, oy**, ilkokul	218	61.9	331	82.3	39.47	.001
Ortaokul, lise, üniversite	134	38.1	71	17.7		
Babanın öğrenim durumu (mezuniyet)						
Oyd, oy, ilkokul	118	33.5	197	48.8	17.92	.001
Ortaokul, lise, üniversite	234	66.5	205	51.2		
Annenin çalışma durumu						
Çalışmıyor	316	89.8	390	97.0	16.51	.001
Çalışıyor	36	10.2	12	3.0		
Babanın çalışma durumu						
Çalışmıyor	117	33.2	166	41.3	5.19	.023
Çalışıyor	235	66.8	236	58.7		
Ailenin gelir düzeyi						
Asgari ücret ve altında	23	7.7	86	25.3	34.63	.001
Asgari ücretin üzerinde	275	92.3	254	74.7		
Aile yapısı						
Çekirdek+geniş aile	316	89.8	376	93.5	3.51	.061
Parçalanmış aile	36	10.2	26	6.4		
Yaşadığı yer						
Aile yanında	200	56.8	197	49.0	4.59	.032
Yurt, ev vb. aileden uzak	152	43.2	205	51.0		
Geldiği yer						
İl merkezi	270	76.7	242	60.2	23.45	.001
İlçe ya da köy	82	23.3	160	39.8		
Kendi ifadesi ile önceden ruhsal hastalık durumu						
Var	25	7.1	18	4.5	2.40	.121
Yok	327	92.9	384	95.5		
Kendi ifadesi ile önceden ruhsal bozukluk dışı hastalık durumu						
Var	51	14.5	49	12.2	.86	.353
Yok	301	85.5	353	87.8		

*Oyd: Okur-yazar değil, **Oy: Okur-yazar.

ti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve bunların bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi (TF) ve Sağlık Yüksek Okulu'nda (SYO) yapılmıştır ve analitik araştırma modellerinden biri olan kesitsel bir araştırmadır.

Örneklem

Araştırmanın evrenini TF'de öğrenim gören 437, SYO'da öğrenim gören 499 öğrenci olmak üzere toplam 936 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırmaya alınmış, 182 öğrenci katılmayı reddetmiş ve araştırmaya katılım oranı %80.5 olarak gerçekleşmiştir (n:754).

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Anket Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda, öğrencilerin yaş, cinsiyet, anne ve babanın öğrenim ve çalışma durumları, aile yapısı, ya-

TABLO 2. Öğrencilerde Logistic Regresyon Analizine Göre Depresif Belirti Yaygınlığını Etkileyen Risk Faktörleri.

Etkenler	B	S.E	Exp(B)	p	%95 C.I
Tıp Fakültesi					
Yaş artışı	1.00	.13	2.72	.001	2.09-3.54
SYO					
Önceden ruhsal bozukluk varlığı	1.65	.63	5.25	.009	1.50-18.27
Kadın olmak	.61	.30	1.85	.040	.95-2.14

şadığı yer (aileyle birlikte ve aileden ayrı), geldiği yer (il merkezi ve ilçe-köy), kendi ifadesine göre önceden ruhsal bozukluk ve ruhsal bozukluk dışında bedensel bir hastalık geçirip geçirmediği gibi durumlar sorgulanmıştır. Ailenin gelir düzeyi sorgulandıktan sonra, araştırmanın yapıldığı tarihteki asgari ücrete göre; asgari ücret ve altında (200 milyon TL ve altında) olanlar ve asgari ücretin üzerinde olanlar (201 milyon TL ve üzeri) biçiminde sınıflandırılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Araştırmalar ve kliniklerde en sık kullanılan öz bildirim araçlarından biridir. Ölçeğin temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmektir. Aynı zamanda bilişsel içeriğin de değerlendirilmesini sağlamaktadır (Sorias 1997). 1988 yılında, üniversite öğrencilerinde yapılan uyarlamada kesme (cut-off) puanları incelenerek 17 ve üzerindeki puanların depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli 1989).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory)'nden yola çıkılarak üniversite öğrencileri için hazırlanmış, kısa, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir (Folkman ve Lazarus, 1980). Şahin ve Durak; depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık ile ilişkili bir başa çıkma ölçeği geliştirmeyi amaçlayarak bu ölçeğin maddelerini depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık puanlarına göre ayrılmış uç gruplarda karşılaştırmıştır. Sonuçta BDÖ, Stres Belirtileri Ölçeği ve UCLA (University of California at Los Angeles)-Yalnızlık Ölçeklerine bağlı olarak oluşturulmuş uç grupların üçünü birden ayıran ve üçüyle birden anlamlı ilişkileri olan 30 madde, kısa ölçek (SBTÖ) için seçilmiştir (Şahin ve Durak 1995). Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar "Probleme yönelik/aktif" ve "Duygulara yönelik/pasif" tarzlardır. Aktif tarzları "Sosyal desteğe başvurma", "İyimser yaklaşım" ve "Kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri, pasif tarzları "Çaresiz yaklaşım" ve "Boyun

eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin "Kendine güvenli" ve "İyimser yaklaşım"ı, başa çıkamayanların ise "Boyun eğici" ve "Çaresiz yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir (Şahin ve Durak 1995).

İşlem

Anket formları öğrencilere sınıflarında ve gözlem altında uygulanmıştır. Anket uygulamasından önce öğrencilere, çalışmaya katılmak ve isim belirtmek zorunda olmadıkları, verilerin bilimsel araştırma için kullanılacağı, araştırma konusu ile ilgili her tür soru ve sorun için yardım ve yönlendirme yapılacağı biçiminde açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onay alınmış, kabul edenler anketleri doldurmuştur. BDÖ için kesme puanı 17 ve üzeri alınmıştır (Hisli 1989). BDÖ kullanılan bir çok çalışmada 17 kesme puanı olarak kullanılmıştır (Ceylan ve ark. 2003, Karakaya ve ark. 2004, Bostancı ve ark. 2005, Güleç ve ark. 2005).

İstatistiksel yöntem

Tüm veriler aritmetik ortalama ve standart sapmalarıyla verilmiş, istatistiksel değerlendirmede normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U ve Spearman Korelasyon Analizi, normal dağılıma uygun olan verilerde Student-t Testi, sınıflandırılmış verilerde ise Ki-kare Analizi kullanılmıştır. Bu analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Okullara göre öğrencilerin depresif belirti yaygınlığı için risk faktörlerinin değerlendirilmesinde Backward LR Logistic Regresyon Analizi kullanılmıştır. Logistic Regresyon Modeline, Ki-kare Analizi'nde anlamlı fark saptanan (anlamlılık düzeyi $p \leq 0.10$ olarak alınmıştır) değişkenler sokulmuştur (Rothman ve Greenland 1998).

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.5 ± 1.8 'dir. TF ve SYO öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

TABLO 3. Öğrencilerin SBTÖ Alt Grup Puan Ortancalarına Göre Dağılımı.

SBTÖ Alt grupları	TF öğrencileri	SYO öğrencileri	U	p
SDB ¹	7 (0-12)	8 (0-12)	68602.5	.468
İY ²	9 (0-15)	9 (0-15)	69612.5	.701
ÇY ³	9 (0-23)	11 (0-21)	58767.0	.000
BEY ⁴	5 (0-16)	6 (0-18)	66039.5	.112
KGY ⁵	14 (0-21)	14 (0-21)	66595.5	.162

¹SDB: Sosyal desteğe başvurma, ²İY: İyimser yaklaşım, ³ÇY: Çaresiz yaklaşım, ⁴BEY: Boyun eğici yaklaşım, ⁵KGY: Kendine güvenli yaklaşım.

Depresif belirtiler: TF öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması 10.57±7.95, SYO öğrencilerinin 13.47±8.45'tir. SYO öğrencilerinin BDÖ puanları TF öğrencilerinden anlamlı derecede yüksektir (U=54585.5, p=.001). BDÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde depresif belirtiler; SYO öğrencilerinde (%31.8, n:128), TF'ye (%21.9, n:77) göre daha yaygındır ($\chi^2=8.91$, p=.003).

TF'de depresif belirtileri yüksek düzeyde olan öğrencilerin yaş ortalaması 24.07±1.23, düşük olanların 21.26±1.76'dir (U=2152.5, p=.001). İki okulda da cinsiyetle depresif belirtiler yaygınlığı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Annenin öğrenim durumu ile depresif belirtiler puanları arasında fark yok iken, TF'de babasının öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların (9.50±7.88), ilkökul ve daha düşük eğitim düzeyi olanlara (11.10±7.94) göre BDÖ puanları yüksektir (U=11885.0, p=.033). Babanın öğrenim düzeyi interval değişken olarak okur-yazar değil, okur yazar, ilkökul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, yüksekokul mezunu, üniversite mezunu ve lisans üstü-doktora biçiminde Spearman korelasyon analizine alındığında da BDÖ puanları ile ilişkilidir ($r_s=.117$, p=.028). Ancak BDÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde, depresif belirtiler düzeyi ile babanın öğrenim düzeyi arasında anlamlı fark yoktur.

SYO'da parçalanmış aileden gelen öğrencilerin BDÖ puan ortalaması 17.73±10.17, çekirdek ya da geniş aileden gelen öğrencilerin 13.18±8.25'tir (t=2.67, p=.008). BDÖ kesme puanına göre; SYO'da parçalanmış aileden gelen öğrencilerin %50.0'ında depresif belirtiler yaygındır ($\chi^2=4.22$ p=.040). TF öğrencilerinde ise anlamlı farklılık yoktur.

TF'de ailesinin aylık gelir düzeyi asgari ücret ve altında olan öğrencilerin BDÖ puanları (15.39±11.26), asgari ücretin üzerinde olanlara (10.17±7.36) göre yüksektir (t=2.18, p=.039). Aylık gelir düzeyi asgari ücret ve

altında olanların %43.5'inde depresif belirtiler yaygındır (Fisher testi p=.014). SYO öğrencilerinde ailenin gelir düzeyi ile depresif belirtiler yaygınlığı arasında anlamlı fark yoktur. Ancak aile geliri sürekli değişken olarak alındığında, gelir azaldıkça BDÖ puanları artmaktadır ($r_s=-.126$, p=.020). TF için korelasyon saptanmamıştır. Her iki okul öğrencilerinin, aileden uzakta yaşama durumu ve öğrencinin geldiği yer (il merkezi ya da ilçe-köy) ile BDÖ puanları arasında farklılık yoktur.

Hem TF (15.04±10.93), hem de SYO'da (19.83±9.48), önceden ruhsal bozukluğu olanların BDÖ puan ortalamaları yüksektir (TF için U=2974.5, p=.023; SYO için U=2034.0, p=.003). BDÖ kesme puanına göre TF için fark saptanmazken, SYO'da önceden ruhsal bozukluğu olanların depresif belirtiler yaygınlığı %61.1'dir ($\chi^2=7.43$, p=.006).

TF'de önceden bedensel bir hastalığı olduğunu ifade eden öğrencilerin BDÖ puan ortalaması 13.86±10.88, SYO öğrencilerinin ise 16.63±9.98'dir. İki okulda da bedensel hastalığı bulunanların depresyon puanları yüksektir (TF için U=6212.0, p=.029; SYO için t=2.41, p=.019). Kesme puanına göre değerlendirildiğinde ise iki okulda da anlamlı fark saptanmamıştır.

TF öğrencileri için, ailenin aylık gelir düzeyi (p=.014), önceden ruhsal (p=.076) ve bedensel bozukluk (p=.076) ve yaş (p=.001) değişkenleri, Backward LR Logistic Regresyon modeline sokulmuş ve yaş artışı depresif belirtiler yaygınlığı için risk faktörü olarak saptanmıştır (OR=2.72). SYO öğrencileri için, ailenin aylık geliri (p=.053), önceden ruhsal (p=.006) ve bedensel bozukluk (p=.077), cinsiyet (p=.068) ve aile yapısı (p=.040) değişkenleri Backward LR Logistic Regresyon modeline sokularak Tablo 2'de belirtilen risk etkenleri elde edilmiştir. Önceden ruhsal bozukluğu olmak (OR=5.25) ve kadın olmak (OR=1.85) depresif belirtiler yaygınlığı için risk faktörüdür.

TABLO 4. Öğrencilerin BDÖ ve Aktif-Pasif Tarz Puanlarının Korelasyonu.

	BDÖ	
	Tıp Fakültesi	SYO
Aktif tarzlar	-.474*	-.352*
Pasif tarzlar	.409*	.448*

*p<.05

Stresle Başa Çıkma Tarzları: SBTÖ'nin alt gruplarına göre SYO öğrencileri ÇY'ı daha çok kullanmaktadır (U=58767.0, p=.001). TF öğrencilerinin pasif tarz puan ortalaması 14.86±6.19, SYO öğrencilerinin 16.47±6.84'dır. SYO öğrencileri pasif tarzları daha çok kullanmaktadır (U=59657.5, p=.001) (Tablo 3).

TF'de erkek öğrenciler aktif tarzları (t=3.78, p=.001), kız öğrenciler pasif tarzları daha çok kullanmaktadır (U=12004.0, p=.014). SYO'da erkekler aktif tarzları daha çok kullanmaktadır (t=2.03, p=.043), cinsiyet ile pasif tarz puanları arasında ise anlamlı fark yoktur.

SYO öğrencilerinden annesinin öğrenim düzeyi ilkokul mezunu ve altında olanlar pasif tarzları daha sık kullanmaktadır (t=2.10, p=.036). İki okulun öğrencileri için, babanın öğrenim düzeyi, anne-babanın çalışma durumu, aile yapısı, geldikleri yer ve yaşadıkları yer ile aktif ve pasif tarzları kullanma arasında anlamlı bir fark yoktur.

SYO'da, aile geliri ve aktif tarz puanları arasında zayıf, pozitif yönde ve anlamlı korelasyon mevcuttur, aile geliri arttıkça aktif tarzları kullanma da artmaktadır ($r_s=.148$, p=.006). TF öğrencileri için korelasyon saptanmamıştır.

TF'de, önceden ruhsal bozukluğu olması ile aktif ve pasif tarzları kullanma arasında anlamlı fark yoktur. SYO'da, önceden ruhsal bozukluğu olmadığını ifade edenler daha çok aktif tarzları kullanmaktadır. Önceden ruhsal bozukluğu olanların aktif tarz puan ortalaması 25.22±6.63, önceden ruhsal bozukluğu olmayanların 30.20±7.16'dır (t=2.89, p=.004). İki okulda da önceden bedensel bir hastalık varlığıyla aktif ve pasif tarz puanları arasında anlamlı fark yoktur. Ayrıca, BDÖ puanları arttıkça aktif tarz puanları azalmakta, pasif tarz puanları artmaktadır (Tablo 4). Her iki okulda da depresif belirti düzeyi yüksek olan kız ve erkek öğrenciler pasif tarzları, yüksek olmayanlar aktif tarzları daha çok kullanmaktadır (p<.05) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ailenin gelir ve öğrenim düzeyi, yaşadıkları ve geldikleri yer gibi değişkenlere göre değerlendirildiğinde TF öğrencilerinin daha yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeye sahip oldukları söylenebilir.

Sivas'ta, üniversite öğrencilerinde BDÖ kullanılarak yapılmış araştırmada TF öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı %35.2, Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinde %26.0, tüm öğrenci grubunda %34.7 oranında bildirilmiştir (Doğan ve ark. 1994). Denizli'de değişik fakülteleri kapsayan bir örnekleme, BDÖ kullanılarak yapılmış bir çalışmada depresif belirti yaygınlığı %26.2 bulunmuştur (Bostancı ve ark. 2005). BDÖ'nün 13 maddelik formuyla, 15 Avrupa ülkesinde, üniversite öğrencilerinde yapılmış çok merkezli çalışmada depresif belirti yaygınlığı %32'dir (Allgöwer ve ark. 2001). Doğu ve Batı Avrupa'dan 6463 üniversite öğrencisinin değerlendirmesinde, Doğu Avrupa ülkeleri örnekleminde depresyon belirtilerinin yaygınlığı %43.2, Batı Avrupa ülkeleri örnekleminde %23.5'tir (Stephoe ve Wardle 2001). Ergenlerde depresif belirti sıklığı yurt dışı çalışmalarda %21-56 arasında değişirken, ülkemizde bu oran %27 olarak bildirilmiştir (Öy 1995). Bizim çalışmamızda SYO öğrencilerinde depresyon puanlarının daha yüksek olması, bu öğrencilerin daha fazla gelecek kaygısı taşıdıklarını, işsizlik endişesi yaşadıklarını, okul ile ilgili hoşnutsuzluklarının daha fazla olduğunu düşündürülebilir. Texas Üniversitesi'nde yapılmış bir çalışmada öğrencilerin BDÖ puan ortalamaları 8.2±2.9 olarak bildirilmiştir (Penland ve ark. 2000). Yine ABD'de 17-25 yaş üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada BDÖ puan ortalaması 7.6' dır (Oliver ve Paul, 1995). Bizim araştırmamızda iki okul öğrencilerinin de BDÖ puanları ve depresif belirti yaygınlığı -Doğu Avrupa örneklemini dışında- Avrupa ve ABD değerlerinden daha yüksek görünmektedir. Bu, ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeyleri ile ilgili etmenleri akla getirmektedir.

TF'de yaşı daha büyük olan öğrencilerde depresif belirtilerin daha yaygın olması, ergenlerin yetişkinlere göre daha fazla depresif duygulanım yaşadıklarını bildiren çalışmayla bir yönden uyum gösterirken yaş artışının depresyon için risk faktörü olması, öğrencilerin son sınıflara doğru daha çok iş yaşamı ve benzeri yaşam kaygılarının arttığını düşündürmektedir (Kandel ve Davies 1986). Öğrenciler için yaş artışının psikiyatri kliniklerine başvuru arttıran faktörlerden biri olduğu da gösterilmiştir (O'Neil ve ark. 1984).

SYO öğrencilerinde parçalanmış aileden gelenlerde depresif belirtiler daha yaygındır. Bu bulgu sosyal destek

TABLO 5. Öğrencilerin Cinsiyet İle Stresle Başa Çıkma Tarzı Puan Ortalamalarının Depresif Belirti Yaygınlığına Göre Dağılımı.

SBTÖ	Depresif belirtiler		t	p
	Var	Yok		
TF(X±S)				
Erkek				
Aktif tarzlar	25.04±6.96	32.77±6.05	7.49	.000
Pasif tarzlar	18.71±6.56	13.23±5.99	5.42	.000
Kız				
Aktif tarzlar	24.09±6.22	29.67±6.39	4.24	.000
Pasif tarzlar	17.58±5.18	15.20±5.51	2.11	.036
SYO (X±S)				
Erkek				
Aktif tarzlar	27.52±6.47	32.50±6.50	3.20	.002
Pasif tarzlar	20.17±7.00	14.76±7.05	3.20	.002
Kız				
Aktif tarzlar	26.52±7.23	31.16±6.81	5.54	.000
Pasif tarzlar	19.85±6.03	14.91±6.37	6.56	.000

sistemlerinin daha yetersiz olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Luecken'in (2000) çalışmasında, çocukluk çağında ebeveynlerden birinin kaybının, ergenlik ve yetişkinlik döneminde depresyon açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Depresyonun gelişmesi ve sürmesinde aile bütünlüğü önemlidir. Bütünlüğün devamlılığı ruh sağlığı için koruyucu işlev görmektedir (Toros ve Bilgin 2002). SYO öğrencilerinin sahip olduğu genel sosyoekonomik elverişsiz koşullar da aile yapısının depresif belirtilerin gelişimi üzerindeki etkisini artırmış olabilir. Minör streslerin oluşturduğu yığılmış (kümülatif) stresin fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşumunda major yaşam olaylarına bağlı stresten daha belirleyici olduğu bildirilmiştir. Minör stres etkenlerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler, depresif duygudurum gelişimi üzerinde daha etkili bulunmuştur (Felsten 2004).

TF'de ailesinin aylık gelir düzeyi asgari ücret ve altında olan gruptaki öğrencilerin depresyon puanları daha yüksektir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde yapılmış bir araştırmada da düşük gelir grubundaki öğrencilerin BDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bakır ve ark. 1997). Ancak, Pamukkale Üniversitesi'nden seçilmiş öğrenci örnekleminde, ailenin gelir düzeyi ile depresif belirti yaygınlığı arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Bostancı ve ark. 2005). Öğrenciler arasındaki sosyoekonomik farklılıklar göz önüne alındığında, gelir düzeyi düşüklüğü ve depresif belirtiler arasında bir ilişki olduğunu, sosyoekonomik düzey düştükçe depresif belirti yaygınlığının arttığını düşündürmektedir. Düşük sosyoekonomik

düzeğin, ruhsal sağlık durumu bozukluğu ve sağlık düzeyini düşük algılama ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Belek 1999). Bağımsız bir değişken olarak sosyoekonomik farklılıklar, okul ve ders uyumu, ders araçlarına sahip olma, eğitim harcamalarını karşılama, sağlıklı yaşam koşulları oluşturma biçimindeki süreçleri etkileyerek, kendini iyi hissetme ve ruhsal sağlığı sürdürme çabalarına katkıda bulunabilir. Birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif belirti gözlemlendiği bildirilmektedir (Bostancı ve ark. 2005, Ceylan ve ark. 2003, Lorant ve ark. 2003, Goodman ve ark. 2002, Goodman ve ark. 2003).

TF öğrencilerinde babanın öğrenim düzeyi arttıkça depresif belirtiler de artmaktadır. Babası daha eğitilmiş olan öğrencilerin aile ortamına yansıyan beklenti yüksekliliği, depresif belirti sıklığını arttırıyor olabilir.

İki okulda da önceden ruhsal ve bedensel hastalık olması depresyon puanlarını arttırmaktadır ve SYO öğrencileri için ruhsal bozukluk olması risk faktörüdür. Bedensel hastalığı olanlarda, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların yüksek oranda görüldüğü ve ruhsal bozuklukların da bedensel hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir (Sağduyu ve ark. 2000).

SYO öğrencileri stresle başa çıkmada pasif tarzları daha çok kullanmaktadırlar. Bu, ÇY'ı daha fazla kullanmalarından kaynaklanmaktadır. Bu öğrencilerin pasif tarzlara daha çok başvurması, depresyon puanlarının

daha yüksek, diğer demografik ve sosyoekonomik özelliklerinin TF öğrencilerinden daha düşük düzeyde olması ile bağlantılı olabilir. Tazmanyada Stresli Durumlarda Başa çıkma Ölçeği (The Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) ile yapılmış bir araştırmada, aktif ve pasif yaklaşım tarzlarında cinsiyete göre fark olmadığı bildirilmiştir (Beasley ve ark. 2003). Muris ve arkadaşları (2001) tarafından 13-19 yaş grubunda yapılan araştırmada, kız öğrencilerin pasif tarzları daha çok kullandıkları görülmüştür. Bizim araştırmamızda, iki okulda da erkek öğrencilerin aktif tarzları, kız öğrencilerden anlamlı derecede daha çok kullandıkları saptanmıştır.

Her iki okul öğrencilerinde, BDÖ puanları arttıkça aktif tarz puanları azalmakta, pasif tarz puanları artmaktadır. Texas Üniversitesi'nde yapılmış bir araştırmada da depresif belirtileri olan öğrencilerin daha yüksek oranda etkin olmayan, pasif başa çıkma yöntemleri kullandıkları gösterilmiştir (Penland ve ark. 2000). Muris ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında, yetişkinlerle benzer şekilde gençlerde depresyon puanlarının aktif tarzlarla negatif, pasif tarzlarla pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Yazarlar pasif tarzların depresyon için "yakıt" işlevi gördüğünü belirtmektedir. Kanada'da ayaktan tedavi gören depresyonlu hastalar ile hastane çalışanları ve üniversite öğrencisi olan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, depresyonu olan hasta grubunun anlamlı düzeyde pasif tarzları kullandıkları görülmüştür (Ravindran ve ark. 2002). Kore'de yapılan bir çalışmada da depresif belirti düzeyleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin pasif başa çıkma yanıtlarını daha fazla kullandıkları, depresyon puanları azaldıkça aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanım oranının arttığı bildirilmiştir (Choi 2003). Depresyon varlığının veya depresif belirti düzeyi yüksekliğinin stresle başa çıkma sürecinde çaresizlik içeren ve pasif başa çıkma tarzlarını kullanma eğilimini artırması yanında, pasif başa çıkma tarzlarını daha çok kullanan bireylerin depresyon geliştirmeye daha yatkın olduklarını da düşündürebilir.

Kadınlar üzerinde CISS ve BDÖ kullanılarak yapılan çalışmada, duygulara yönelik başa çıkma tarzlarının depresif belirtilerle pozitif yönde ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Flett ve ark. 1996). Gençlerle yapılmış bir başka araştırmada da kadınların erkeklere göre pasif tarzlara daha çok başvurdukları ve erkeklerden daha çok depresif belirti gösterdikleri saptanmıştır (Hanninen ve Aro 1996). Kızlara göre erkekler, stresle başa çıkma sosyal açıdan daha avantajlı görünmektedirler. Depresif belirtilerin yüksek düzeyde olmasının stresle başa çıkma sürecini olumsuz yönde etkileyen en önemli etkenlerden biri olduğu söylenebilir.

Yaşam olaylarını olumsuz nitelikte algılamak başa çıkma becerilerinde bir yetersizlik yaratmaktadır (Ravindran ve ark. 2002). Bunun sonucunda pasif başa çıkma becerileri egemenlik kazanırken aktif beceriler daha az oranda kullanılmaktadır. Negatif bilişsel değerlendirmelerin ruhsal bozukluk gelişimini kolaylaştırdığı belirtilmiştir. Stres etkenlerini yorumlama farklılıklarının değişik başa çıkma becerileri geliştirme eğilimi yaratacağı söylenebilir. Bu aynı zamanda o birey için bireysel bir duyarlılık etkeni olduğu anlamına da gelmektedir (Hojat ve ark. 2003). İkinci önemli nokta sosyal destek sistemlerinin varlığı ve düzeyidir. Sosyal destek, sağlıklı olma davranışlarının sürekliliğinde önemli değişkenlerden biridir. Düşük sosyal destek düşük sağlık düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Yaşam kalitesi de aynı biçimde etkilidir (Ravindran ve ark. 2002). Sosyoekonomik düzey farklılıklarının hem sosyal destek sistemleri, hem de yaşam kalitesi üzerinden bireyin dış dünya ile olan ilişkisini, bununla bağlantılı olarak bilgi işleme süreçlerini etkileyeceği, bu durumun bireyin stresle başa çıkma davranışlarının niteliğini belirleyeceği öngörülebilir. Başka çalışmalarda da depresyon ya da depresif belirtilerin şiddetiyle sağlık sistemine yönelme ve yardım arama davranışı arasında pozitif ilişki gösterilmiştir. Özellikle kadın olmanın yordayıcı etkisine vurgu yapılmıştır (Ravindran ve ark. 2002, Ayrancı ve Yenilmez 2002, Wilde ve ark. 2004).

Annenin öğrenim düzeyi SYO'da stresle başa çıkma tarzları için önemli bir değişken olarak dikkat çekmektedir. Annenin öğrenim düzeyi arttıkça aktif tarzların, olumlu başa çıkma becerilerinin daha sık kullanıldığı saptanmıştır. Tıp öğrencileri ile ilgili bir başka araştırmada annenin eğitim düzeyi arttıkça boyun eğici davranış sıklığının azaldığı dikkat çekmiştir (Kaya ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda Tıp öğrencileri için anlamlı fark saptanmamıştır.

SYO'da ailenin gelir düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasında gözlenen ilişki, sosyoekonomik değişkenlerin depresyon puanlarında olduğu gibi stresle başa çıkma üzerindeki etkisini göstermesi açısından önemlidir.

SYO'da önceden ruhsal bozukluğu olmayanlar daha çok aktif tarzları kullanmaktadır. Ruhsal bir bozukluğun varlığı bireyi stres etkenlerine daha duyarlı hale getirebileceği gibi, stres etkenini değerlendirme, anlam verme süreçlerini etkilediği, buna koşut olarak stresle başa çıkma farklılıklar yarattığı düşünülebilir. Bir çok çalışmada, yığılmış (kümülatif) stresin hem ruhsal, hem fiziksel bozuklukların ortaya çıkmasında major olayların yarattığı stresten daha etkili olduğu bildirilmiştir (Felsten 2004). Yığılmış (kümülatif) stresin bireyin uyum sağlama dü-

zenekleri üzerindeki etkisi de majör yaşam olaylarından farklı olmaktadır.

Sonuç olarak, İnönü Üniversitesi TF ve SYO öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı ve bunlarla ilişkili olarak geliştirdikleri stresle başa çıkma tarzlarının sağlıklı olup olmaması gibi ruhsal sağlık sorunları, bazı değişkenlere göre değerlendirildiğinde önemli ölçüde yüksektir. Bu nedenle, öğrencilere yönelik epidemiyolojik çalışmalarda sosyoekonomik değişkenlerin daha ayrıntılı ve kapsamlı biçimde, bağımsız bir değişken olarak ele alınması gerekmektedir. Okul tabanlı sağlık programlarının geliştirilmesine hız verilmelidir. Bu programlarda disiplinler arası işbirliğinin sağlanması gerekmektedir. Üniversitelerde öğrencilere yönelik sağlık hizmetlerini

veren Mediko-Sosyal Merkezleri'nin işlevlerinin gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bu merkezlerdeki hizmetler yalnızca tedavi edici nitelikten arındırılarak koruyucu ve önleyici hizmetleri de kapsayan bir yapıya dönüştürülmelidir. Psikiyatri polikliniklerine başvuran öğrencilerin özellikleri dikkate alındığında, okullarda sağlık taramaları yapılarak özellikle (kızlar, ailesinden ayrı olanlar, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar gibi) riskli gruba yönelik koruyucu yaklaşımlar geliştirilmelidir. Çocuk ve ergenler için başa çıkma becerilerini olumlu yönde geliştirmeye olanak veren koruyucu bir eğitim ortamı oluşturma yanında, hem okul tabanlı rehberlik hizmetlerine hem de klinik başvuruya yönelik tedavi edici, beceri geliştirici ilişki olanaklarını yaratma gereksinimi vardır.

KAYNAKLAR

- Allgöwer A, Wardle J, Steptoe A ve ark. (2001) Depressive symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. *Health Psychol*, 20(3):223-227.
- Artan İ (1986) Örgütsel Stres Kaynakları ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. İstanbul, Özgül Matbaacılık.
- Ayrıncı Ü, Yenilmez Ç (2002) Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 13(2):115-124.
- Bakır B, Yılmaz R, Yavaş İ ve ark. (1997) TF öğrencilerinde sorun alanları ve sosyodemografik özelliklerle depresif belirtilerin karşılaştırılması. *Düşünen Adam*, 10(1):5-12.
- Baltaş Z (2000) Stres ve Sağlık. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul, Remzi Kitabevi, s.133-170.
- Bayhan V (2003) Genç Kimliği: Üniversite Gençliğinin Sosyolojik Profili. Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınları, s.27-41.
- Beasley M, Thompson T, Davidson J ve ark. (2003) Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardness. *Pers Individ Dif*, 34:77-95.
- Belek İ (1999) Sosyal sınıf, eğitim, gelir ve mahalle: Hangisi sağlığın en önemli belirleyicidir? Antalya'da bir araştırma. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2 (1-2):49-74.
- Bostancı M, Özdel O, Güzhançoğlu NK ve ark. (2005) Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J*, 46(1):96-100.
- Bruntland GH (2000) Mental Health in the 21st century. *Bull World Health Organ*, 78(4):411.
- Canat S (1997) Ergenlerde depresyon. Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-II, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(4):469-472.
- Ceylan A, Özen Ş, Palancı Y ve ark. (2003) Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:144-150.
- Choi MK (2003) Symptoms, depression, and coping behaviors of university students (abstract). *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(3):433-439.
- Cüceloğlu D (1996) İnsan ve Davranış: Psikolojinin Temel Kavramları. 6. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, s.325.
- Doğan O, Doğan S, Çorapçıoğlu A ve ark. (1994) Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *C.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 16(2):148-151.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Evans SW (1999) Mental Health Services in schools: Utilization, effectiveness, and consent. *Clin Psychol Rev*, 19(2):165-178.
- Felsten G (2004) Stress reactivity and vulnerability to depressed mood in college students. *Pers Individ Dif*, 36:789-800.
- Flett GL, Blankstein KR, Obertynski M (1996) Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Pers Individ Dif*, 20(2):221-228.
- Folkman S, Lazarus RS (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21:219-239.
- Goodman E, Huang B (2002) Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156:448-453.
- Goodman E, Huang B, Wade TJ ve ark (2003) A multilevel analysis of the relation of socioeconomic status to adolescent depressive symptoms: does school context matter? *J Pediatr*, 143:451-456.
- Güleç C (1997) Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Bertan M, Güler Ç. 2.baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, s.442-454.
- Güleç M, Bakır B, Özer M ve ark. (2005) Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res*, 134:281-286.
- Hanninen V, Aro H (1996) Sex differences in coping and depression among young adults. *Soc Sci Med*, 43(10):1453-1460.
- Hisli NŞ (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23):3-13.
- Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB ve ark. (2003) Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: a longitudinal study. *Pers Individ Dif*, 35:219-235.
- Kandel DB, Davies M (1986) Adult sequalae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 43:255-262.
- Karakaya I, Ağaoğlu B, Coşkun A ve ark. (2004) Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri. *Türk Psikiyatri Derg*, 15(4):257-263.
- Kaya M, Güneş G, Kaya B ve ark. (2004) Tıp Fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5:5-10.
- Köroğlu E (1997) Majör Depresif Bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı,

cilt 1, Ed: C. Güleç, E. Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.389-421.

Lorant V, Deliege D, Eaton W ve ark. (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157:98-112.

Luecken LJ (2000) Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *J Psychosom Res*, 49:85-91.

Muris P, Schmidt H, Lambrichs R ve ark. (2001) Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther*, 39:555-565.

Oliver JM, Paul JC (1995) Self-esteem and self-efficacy: perceived parenting and family climate and depression in university students. *J Clin Psychol*, 51(4):467-481.

O'Neil MK, Lancee WJ, Freeman SJJ ve ark. (1984) Help-seeking behaviour of depressed students. *Soc Sci Med*, 18(6):511-514.

Öy B (1995) Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(1):40-45.

Özkürkçügil Çorapçıoğlu A (1999) Bir mediko-sosyal merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg*, 10(2):115-122.

Öztürk MO (2001) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım. Ankara, Feryal Matbaası.

Penland EA, Masten WG, Zelhart P ve ark. (2000) Possible selves, depression and coping skills in university students. *Pers Individ Dif*, 29:963-969.

Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J ve ark. (2002) Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord*, 71:121-130.

Rothman KJ, Greenland S (1998) Approaches to Statistical Analysis. *Modern Epidemiology*. Second Edition, Ed: KJ Rothman, S Greenland, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, s. 183-199.

Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve ark. (2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg*, 11(1):3-16.

Sartorius N, Üstün TB, Silva JAC ve ark. (1993) An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 50:819-824.

Sorias O (1997) Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. *Psikiyatri Temel Kitabı*, cilt 1, Ed: C. Güleç, E. Köroğlu. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.87-91.

Steiner H, Erickson SJ, Hernandez NL ve ark. (2002) Coping styles as correlates of health in high school students. *J Adolesc Health*, 30:326-335.

Stephoe A, Wardle J (2001) Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med*, 53:1621-1630.

Surtees PG, Pharoah PDP, Wainwright NWJ ve ark. (1998) A follow-up study of new users of a university counselling service. *Br J Guid Counc*, 26(2):255-272.

Şahin NH, Durak A (1995) Üniversite öğrencileri için bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):56-73.

Toros F, Bilgin NG (2002) Ailede boşanma ve anne-baba ölümünün çocuk üzerindeki etkileri. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi-Ekim 2002, Marmaris, Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, s.200-201.

WHO (2001) The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/> 10.03.2003).

Wilde JD, Soye V, Broekaert E ve ark. (2004) Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems. *J Subst Abuse Treat*, 26:243-251.

Yüksel N (2001) Ruhsal Hastalıklar. 2. baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi.