

**T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARDA DEPRESİF SEMPTOMLARIN AĞRI VE
ANALJEZİK KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ**

**GÜLBAHAR ÇELİK
ORCID:0000 0003 4133 3533**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İZMİR
ARALIK 2021**

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc.2018970094

**T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARDA DEPRESİF SEMPTOMLARIN AĞRI VE
ANALJEZİK KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ**

**GÜLBAHAR ÇELİK
ORCID:0000 0003 4133 3533**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı: Doç.Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY
ORCID:0000 0002 7681 5391**

**İZMİR
ARALIK 2021**

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı ile İlişkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gülbahar ÇELİK

22.12.2021

TEŞEKKÜR

İlgi duyduğum alanda bana çalışma fırsatı veren, tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, ilgi ve desteğiyle yanımda olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY'e,

Tez sürecimde bilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan Sayın Jüri Üyelerine,

Hayatımın her aşamasında desteklerini hissettiğim ve her zaman yanımda olan çok değerli aileme,

Tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen sevgili abim Selami ÇELİK'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülbahar ÇELİK

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
KISALTMALAR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönemi	4
2.2. Adölesan Döneminin Özellikleri	4
2.3. Adölesan Dönemde Ruhsal Süreçler	5
2.4. Adölesanlarda Depresyon.....	6
2.5. Depresyonun Etiyolojisi	7
2.5.1. Kalıtsal Risk Faktörleri	7
2.5.2. Cinsiyet	7
2.5.3. Stresli Yaşam Olayları	8
2.5.4. Erken Çocukluk Dönemi ve Bağlanma Sorunları.....	8
2.5.5. Aile İçi İlişkiler	9
2.5.6. Sosyal Risk Faktörleri	10
2.5.7. Kronik Hastalıklar	11
2.6. Ağrı.....	11
2.7. Adölesanlarda Ağrı ve Epidemiyolojisi	13
2.8. Adölesanlarda Ağrı ve Depresyon İlişkisi.....	14
2.9. Ağrı Kontrolü	15
2.9.1. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü (Farmakolojik Olmayan Yöntemler)	15
2.9.2. Ağrının İlaç İle Kontrolü (Farmakolojik Yöntemler)	16
2.10. Analjezikler.....	16
2.10.1. Non-Opoid Analjezikler	16
2.10.2. Opoid Analjezikler	17
2.10.3. Adjuvan analjezikler	17

2.11.	Adölesanlarda Analjezik Kullanımı ve Depresif Semptomlar İle İlişkisi	17
2.12.	Akılcı Analjezik Kullanımı.....	19
2.13.	Ağrı Kontrolünde Hemşirelerin Rolü	20
2.14.	Adölesanlarda Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1.	Araştırmanın tipi.....	23
3.2.	Araştırma Yeri ve Zamanı ve Planlaması.....	23
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları.....	24
3.4.	Çalışma materyali	25
3.5.	Araştırmanın değişkenleri	25
3.6.	Veri toplama araçları	26
3.6.1.	Tanıtıcı Soru Formu (Ek 1).....	26
3.6.2.	Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DC-Tr) (Ek 2)	26
3.7.	Verilerin değerlendirmesi.....	27
3.8.	Araştırmanın kısıtlılıkları	27
3.9.	Etik kurul ve onay	28
4.	BULGULAR.....	29
4.1.	Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular	30
4.2.	Katılımcıların Ağrı Deneyimleme Ve Analjezik Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular	32
4.3.	Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Normallik Analiz Sonuçlarına İlişkin Bulgular	34
4.4.	Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular	35
4.5.	Katılımcıların Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumuna İlişkin Bulgular ...	36
4.6.	Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresif Semptomların Bulunma Dağılımına İlişkin Bulgular.....	36
4.7.	Katılımcıların Ağrı Deneyimleme, Analjezik Kullanma Ve Depresif Semptomların Görülme Dağılımına İlişkin Bulgular.....	40
4.8.	Katılımcıların Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumunu Yordayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Yapılan Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular.....	42
	Tablo 4.9. Katılımcıların Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumunu Yordayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sınıflandırma Tablosuna İlişkin Bulgular	44

5. TARTIŞMA	45
5.1. Depresif semptomların tanıtıcı özellikler ile ilişkisinin tartışılması.....	45
5.2. Depresif semptomların ağrı ve analjezik kullanımı ile ilişkisinin tartışılması	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler.....	54
KAYNAKLAR	55
EKLER	80
Ek 1: Tanıtıcı Soru Formu	80
Ek 2: Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği	84
(CES-DÇ-Tr).....	84
Ek 3: Etik Kurul Onayı	85
Ek 4: İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Uygulama İzni	87
Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi)	90
Ek 6: Veli İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	91
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3. 1. Araştırma Planı	24
Tablo 4. 1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=954)	31
Tablo 4. 2. Katılımcıların ağrı deneyimleme ve analjezik kullanma durumlarının dağılımı	33
Tablo 4. 3. Katılımcıların çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeği puanlarının dağılımı	35
Tablo 4. 4. Çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri	35
Tablo 4. 5. Katılımcıların çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğine göre depresif semptomların bulunma dağılımı	36
Tablo 4. 6. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptomların bulunma durumunun dağılımı	38
Tablo 4. 7. Katılımcıların ağrı deneyimleme, analjezik kullanma ve depresif semptomların görülme dağılımı	41
Tablo 4. 8. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	43
Tablo 4. 9. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sınıflandırma tablosu	44

KISALTMALAR

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

CES-DC: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children

CES-DÇ-Tr: Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IASP: International Association for the Study of Pain

NSAİİ: Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar

OTC: Over the Counter

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ADÖLESANLARDA DEPRESİF SEMPTOMLARIN AĞRI VE ANALJEZİK KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Gülbahar ÇELİK

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, adölesanlar arasında depresif semptomlar, ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ve analjezik kullanım sıklığını belirlemektir. Ek olarak adölesanlarda depresif semptomlar ile ağrı ve analjezik kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde ortaokul ve liseye devam eden 954 (585 kız, 369 erkek) adölesan oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak “Tanıtıcı Soru Formu”, “Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr)” kullanılmıştır. Veri analizinde, tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcı adölesanların % 61, 3’ü (n=587) kız ve % 24,2’si (n=231) 9. Sınıf, yaş ortalaması (14.07±1.41) idi. Adölesanlarda depresif semptom yaygınlığı % 66,2 olarak belirlenmiştir. Kızlarda depresif semptomların oranı % 73,8 erkeklerde ise bu oran % 54,2 olarak saptanmıştır. Adölesanların % 20,1’i (n=192) baş ağrısı, % 11,1’i (n=106) karın ağrısı, % 14,9’u (n=142) sırt ağrısı deneyimlediklerini belirtmiştir. Adölesanların % 9,1’i (n=87) baş ağrısı, %3,9’u (n=37) karın ağrısı , % 1,9’u (n=18) sırt ağrısı nedeniyle analjezik kullandığını belirtmiştir. Araştırmada depresif semptomlar ile ağrı, analjezik kullanımı, yaş, cinsiyet, sınıf, anne eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, genel sağlık algısı, okul başarı algısı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Depresif semptomları, cinsiyet, ekonomik durum algısı, genel sağlık algısı, okul başarı algısı, ağrı yaşama durumu ve analjezik kullanma durumu gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Adölesan döneminde, okullarda erken tanılamaya yönelik ruh sağlığı tarama programlarının planlanmasını ve uygulanmasının sağlanması, sık

ağrı yaşayan, sık analjezik kullanımı veya kullanım alışkanlığı olan ve depresyona neden olabilecek diğer risk faktörlerine sahip öğrencilerin tespit edilerek değeriendirilmesi ve takip edilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: adölesan, ağrı, analjezik kullanma, depresif semptom.

Tezin sayfa adedi: 105

Danışman: Doç.Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY



THE RELATIONSHIP OF DEPRESSIVE SYMPTOMS WITH PAIN AND ANALGESIC USE IN ADOLESCENTS

Master Thesis

Gülbahar ÇELİK

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Public Health Nursing

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the frequency of depressive symptoms, pain (headache, abdominal pain, backache) and analgesic use among adolescents. Additionally, to examine the relationship between depressive symptoms and pain and analgesic use in adolescents.

The sample of the study consisted of 954 (585 girls, 369 boys) adolescents attending secondary and high school in İzmir. “Descriptive Questionnaire” and Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) were used as data collection tools. Descriptive statistics, chi-square test, logistic regression analysis were used in data analysis.

Of the participating adolescents, 61.3% (n=587) were girls and 24.2% (n=231) were 9th grade, mean age (14.07±1.41). The prevalence of depressive symptoms in adolescents was determined as 66.2%. The rate of depressive symptoms in girls was 73.8%, and this rate was 54.2% in boys. 20.1% (n=192) of the adolescents stated that they experienced headache, 11.1% (n=106) abdominal pain, 14.9% (n=142) back pain. 9.1% (n=87) of the adolescents stated that they used analgesics for headache, 3.9% (n=37) for abdominal pain, 1.9% (n=18) for back pain. In the study, it was found that there was a significant relationship between depressive symptoms and pain, analgesic use, age, gender, class, maternal education level, perception of economic situation, perception of general health, and perception of school success ($p<0.05$).

It was determined that depressive symptoms were affected by factors such as gender, perception of economic situation, perception of general health, perception of school success, pain experience and analgesic use.

During adolescence, it is recommended to plan and implement mental health screening programs for early diagnosis in schools, to identify, evaluate and follow up students who experience frequent pain, frequent analgesic use or habit of use, and other risk factors that may cause depression.

Keywords: adolescent, pain, using analgesic, depressive symptom.

Page Number: 105

Advisor: Assoc. Prof. Meryem OZTURK HANEY



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

21. yüzyılın hastalığı olarak tanımlanan depresyon, tüm toplumlar da yaygın olarak görülüp dünya çapında yaklaşık 280 milyon kişiyi etkilemektedir (1). Depresyon, depresif ruh hali, sürekli üzüntü ve mutsuz hissetme, önceden zevk alarak yapılan faaliyetlere karşı ilginin azalması, sürekli olarak değersiz ve suçluluk hissetme, huzursuzluk, sürekli yorgun hissetme veya enerji kaybı, konsantre olmakta güçlük yaşama, uyku ve iştah değişimi, tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncesi ile kendini gösteren ve semptomların en az iki hafta sürdüğü bir duygu durum bozukluğudur (2). Depresyon, bireyin genel sağlığına ek olarak kişilerarası ilişkilerini ve üretkenliğini etkileyen ve sakatlığa yol açan karmaşık bir durumdur. Depresyon genç insanlarda ruhsal sağlık problemlerinin genel nedenidir (1). Küresel olarak, depresyon, adölesanlar arasında (15-19 yaş) dördüncü önde gelen hastalık ve sakatlık nedenidir (3). Adölesanların yaklaşık %20'si erişkinliğe ulaşmadan önce depresyona maruz kalmakla birlikte %10-15'i herhangi bir zamanda depresif semptomlardan muzdariptirler (4). Adölesanlarda depresif semptomların erken tespit ve tedavi edilmemesi gelecekte ciddi ve uzun süren psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Adölesan dönemde başlayan depresyon gencin okul çalışmalarını, akademik performansını, motivasyonunu, girişkenliğini azaltarak okula geç gelmesine ya da devamsızlık yapmasına neden olabilmektedir. Bu durum öğretmenlerin öğrenci hakkında tembel, başarısız, isteksiz vb. şekilde düşünmesine yol açmaktadır. Depresyon gencin okul hayatının yanı sıra, aileden, akranlardan veya toplumdan çekilmesine, izolasyona, yalnızlığa neden olmaktadır. En kötüsü, depresyon intihara bile neden olabilmektedir (5,6).

Bunlara ek olarak depresif semptomlara sahip adölesanlar ağrıyı daha çok yaşarlar (7). Bu ağrılar depresyonla ilişkilendirilmektedir. Bedensel semptomlar ile psikiyatrik bozukluklar arasında bağ olduğu bilinmektedir. Bedensel yakınmalar, bir maske gibi görev yaparak depresyon ve anksiyete belirtilerini gizleyerek ve tedavinin uzamasına neden olabilmektedir (8). Tekrarlayan ve açıklanmayan fiziksel sağlık sorunları adölesanlarda yaygındır. Adölesanların %10'nun tıbben açıklanamayan fiziksel semptomlara sahip olduğu ve en yaygın görülen fiziksel semptomların; karın

ağrısı, baş ağrısı, kas ağrısı veya diğer ek ağrılar olduğu belirtilmektedir (6). Şişman ve ark. (2014) tarafından okul çağındaki çocuklarla yürütülen bir çalışmada, baş ağrısı, karın ağrısı, ekstremitte ağrıları, enerji kaybı ve kaslarda güçsüzlük gibi bedensel şikayetler nedeniyle öğrencilerin %79'unun okul revirini ziyaret ettiği saptanmıştır (9). Başka bir çalışmada, depresif semptomu sahip adölesanların daha fazla ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (10).

Adölesanlarda depresif belirtilerin analjezik tüketimini arttırdığı bulunmuştur (11). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, adölesanların analjezik kullanma oranının % 61.5 olduğu belirlenmiştir (12). Adölesanlar ağrıyla baş etmek için analjezik kullanma davranışlarını yetişkinlikte de devam ettirme eğilimine sahiptirler (13). Erken yaşta fazla analjezik kullanımı ya da artan tüketim alışkanlığı adölesanın ilerideki yaşamında başka sağlık sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Kısa süreli analjezik kullanımı zararlı olmamasına rağmen uzun süreli ve yüksek dozda kullanılan analjezikler (paresetamol, ibuprofen vb.) karaciğer hasarına, gastrointestinal hasara, kanamaya ve ülsera neden olabilmektedir (14,15). Adölesanlara ağrıları azaltmak için analjezik kullanımı yerine stres ve depresif semptomlarla baş etmesini sağlayacak sağlıklı yöntemler öğretilmelidir (13). Dünya nüfusunun önemli bölümünü oluşturan adölesanlar ve bu dönemin sorunları, ileride meydana getireceği problemler nedeni ile önemli bir halk sağlığı konusudur (16).

Bu nedenle, adölesanlarda depresyon, ağrı ve analjezik kullanımı ilişkisinin değerlendirilmesine ve adölesanlara yönelik sağlığı geliştirme programlarının oluşturulmasına gereksinim bulunmaktadır. Bu konuda yabancı literatür incelendiğinde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmasına rağmen, Türkçe literatür incelemesi yapıldığında, adölesanlarda depresyon, ağrı ve analjezik kullanımını değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak, bu çalışmada adölesanlar arasında depresif semptomlar, ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ve analjezik kullanma sıklığının belirlenmesi, ek olarak depresif semptomlar ile ağrı ve analjezik kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, adölesanlar arasında depresif semptomlar, ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ve analjezik kullanma sıklığını belirlemektir. Ek olarak depresif semptomlar ile ağrı ve analjezik kullanma arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

1.3.1. Adölesanlarda depresif belirtilerin görölme sıklığı nedir?

1.3.2. Adölesanlarda ağrı (baş, sırt, karın) sıklığı nedir?

1.3.3. Adölesanlarda analjezik kullanma sıklığı nedir?

1.3.4. Adölesanlarda ağrı ile depresif semptomlar arasında ilişki var mıdır?

1.3.5. Adölesanlarda analjezik kullanımı ile depresif semptomlar arasında ilişki var mıdır?

1.3.6. Adölesanlarda depresif semptomları etkileyen faktörler nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönemi

Adölesan, latince “adolescere” fiilinin kökünden gelir ve yetişmek anlamına gelmektedir. Erişkinliğe geçişte bir adım olan bu dönemde, fizyolojik ve psikososyal birçok değişiklik yaşanmaktadır. (17). Dünyada adölesan birey sayısı yaklaşık olarak 1.2 milyardır ve dünya nüfusunun yüzde 16'sını oluşturmaktadır (18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye’de 10-19 yaş grubu birey sayısı 13.547.19 olup, toplam nüfusun %16'sını oluşturmaktadır (19). Adölesan döneminin başlama zamanı ve devam etme süreci bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu nedenle adölesan yaşının başlangıç ve bitiş tarihini belirlemek güçtür. Ancak kızların 12-18 ay süre ile erkeklerden daha önce adölesan dönemine girdiği belirtilmektedir (20). Adölesan dönemin genel başlangıç dönemi, kızlarda ortalama 11 erkeklerde ise 13 yaş olarak belirtilmektedir. Her bireyin bu dönemi fiziksel, duygusal ve bilişsel olarak farklı yaşamasından dolayı adölesanlığı kesin terimler ile tanımlamak zordur (21). “Adölesan” yaş grubu olarak 10-19 yaş, “Genç” grubu ise 15-24 yaş olarak nitelendirilmektedir. (22). Başka bir ifade ile çocukluktan yetişkinliğe geçişi işaret eden dönem olarak tanımlanmaktadır (23). Adölesanlık; fizyolojik ve cinsel gelişimin olduğu aynı zamanda psikososyal açıdan değişimlerin yaşandığı çocukluktan erişkinliğe geçilen bir evredir.(21).

2.2. Adölesan Döneminin Özellikleri

Adölesan dönemi biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı özel bir evre olup kişilik oluşumu için önemli bir basamaktır (24). Adölesan dönemi biyopsikososyal gelişim açısından 3 bölümde incelenir. Bu dönemler; erken adölesan dönem, orta adölesan dönem ve geç adölesan dönemdir (21).

Erken adölesan döneminde genç bireyler bedenleri ile oldukça ilgilidir. Bu dönemde adölesanlar bedenlerindeki hızlı değişime uyum sağlamaya ve başetmeye çalışırlar. Adölesanın fiziksel gelişmeyi benimseyemeden, cinsel ve psikososyal değişimleri yaşaması kendisini ve sosyal ilişkilerini etkiler. Bu dönemde adölesanlar kendilerini endişeli ve kaygılı hissedebilir. Çevresindekilere karşı agresif davranışlar sergileyebilirler (21).

Orta adölesan döneminde genç, bedenindeki değişimleri benimsemeye başlar.

Akranları ile ilişkilerini önemser ve karşı cinse olan ilgisi artar. Dış görünüşüne önem verdiği bu dönemde gencin giyim biçiminin ve tutumlarının akranları tarafından onaylanmaması özsaygı düşmesine neden olur. Bu dönemde riskli davranış eğilimleri artar ve bağımsız bir birey olma istekleri ebeveynleri ile çatışmaya sebep olur. Bu dönemde ebeveynlerinden ayrılma ve bireyselleşme eğilimindedirler (25).

Geç adölesan dönem, 18 yaş civarında başlar ve gencin kimlik kazandığını hissetmesi ile sona erer. Bu dönem, adölesanın kendisini tanıdığı ve topluma karşı aidiyat hissinin olduğu bir dönemdir. Büyüme ve gelişmenin tamamlanması ile fiziksel değişime yönelik şüpheler ortadan kalkmıştır. Adölesanın kişiliği oluşur ve kimliğini de kazanmış olur. Soyut düşüncelere sahiptir ve geleceği ile ilgili kararlar verebilecek yetiye sahiptir. Çevresiyle daha iyi ilişkiler kurmaya başlar (26).

2.3. Adölesan Dönemde Ruhsal Süreçler

Adölesan dönemi, gencin yaşadığı hızlı fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle vücutlarını beğenmediği ve benlik saygısında düşüş yaşadığı, depresyon, intihar, madde bağımlılığı, kötü cinsel sağlık, şiddet veya saldırganlığa neden olabilecek hassas bir dönemdir (27). Depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları, genellikle adölesan döneminde başlar ve yetişkinlikte de devam ederek ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığını arttırabilir (28). Bu dönemde seks hormonlarındaki ani değişiklikler yorgunluk, depresyon, gerginlik ve öfke gibi olumsuz ruh hallerine neden olabilir (29). Adölesan döneminde çocukluk dönemine göre daha fazla duygusal dalgalanmalar görülür (30). Adölesan hızlı olarak yaşadığı biyopsikososyal değişimlere adapte olmaya çalışırken ruh sağlığı sorunları yaşayabilir. Adölesanlarda görülen ruh sağlığı sorunları yalnızca yaşadıkları biyopsikososyal değişimlere bağlı olarak gerçekleşmez. Yirmi birinci yüzyılda ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek sosyal değişiklikler, genç nesilde şuan ve gelecekte kalıcı olarak ruh sağlığı yükünün artmasına neden olmuştur (31). Adölesanlarda ruh sağlığı sorunları gittikçe artmaktadır. Araştırmalar, dünya genelinde her beş çocuktan birinin ruhsal sağlık sorunları yaşadığını belirtmektedir (32). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel boyutta adölesanların yaklaşık % 10-20'sinin ruhsal sağlık sorunları yaşadığını belirtmektedir (3).

2.4. Adölesanlarda Depresyon

Depresyon, depresif ruh hali, sürekli üzüntü ve mutsuz hissetme, önceden zevk alarak yapılan faaliyetlere karşı ilginin azalması, sürekli olarak değersiz ve suçluluk hissetme, huzursuzluk, sürekli yorgun hissetme veya enerji kaybı, konsantre olmakta güçlük yaşama, uyku ve iştah değişimi, tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncesi ile kendini gösteren ve semptomların en az iki hafta sürdüğü bir duygu durum bozukluğudur (2). Depresyon, engelliliğe ve tüm toplum için sosyoekonomik yüke neden olan dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunudur (33).

Genellikle adölesan döneminde başlayan depresyon, bu dönemin en sık görülen ruhsal sağlık sorunlarından biridir. Küresel olarak, depresyon, 15-19 yaş arası adölesanlar arasında hastalık ve engelliliğin önde gelen dördüncü, 10-14 yaş arasında on beşinci sırada yer alan sağlık sorunudur (3). Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), gençlerin %28,5'inin depresif, %15,8'inin intihar girişim düşüncesine sahip olduğunu belirtmektedir (34). Adölesanlarda depresyon intihar için önemli bir risk faktörüdür ve intihar eden adölesanların yarısından fazlasının depresif bir bozukluğa sahip olduğu belirtilmektedir (35). Adölesanlıkta uzun süren depresyonun beyin üzerinde toksik bir etkiye sahip olduğu ve yetişkinlikte ruh sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (36).

Adölesan depresyonu erişkin depresyonuna benzerdir ancak adölesanlar bulundukları dönem nedeniyle hislerinde, fikirlerinde, ilişkilerinde yetişkinlere göre değişiklikleri daha hızlı yaşayabilmektedirler. Depresyondaki adölesanlarda, açıklanamayan fiziksel semptomlar, sosyal izolasyon, akran ilişkilerinde bozulma, akademik başarı ve performansta düşme, yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanma, daha önceden yapmaktan haz aldığı faaliyetlere ilgi duymama, okula devamsızlık yapma, ev ve okuldan kaçma, konsantre olmada güçlük, fazla uyuma, uyku süresinde azalma, değersizlik hissi, kimsenin kendisini sevmediğini düşünme, intihar düşünme ve girişimleri görülebilir (5,37).

Adölesanlarda depresyonun bir takım risk faktörleri ile ilişkisi vardır. Bunlar, kalıtsal risk faktörleri, cinsiyet, stresli yaşam olayları, erken çocukluk dönemi ve bağlanma sorunları, ailesel risk faktörleri, psikososyal aile etmeni, fiziksel hastalıklar, çocukluk çağı anksiyete ve sosyal risk etmenleri olarak sıralanmaktadır. (38).

2.5. Depresyonun Etiyolojisi

2.5.1. Kalıtsal Risk Faktörleri

Adölesan dönemi depresyonunun etiyolojik nedenlerinden biri kalıtsal etmenlerdir. Aile çalışmalarında evlat edinilen çocuğun biyolojik ebeveynlerinde depresyon varlığı çocukta depresyon görülme oranını arttırdığını göstermiştir (39). Aile öyküsünde depresyon varlığı, gençte erken yaşta depresyonun ortaya çıkmasına ve birden fazla depresif dönem yaşamasına neden olabilmektedir (40). Ayrıca, ebeveynlerin erken yaşta ve tekrarlayan depresyon öyküsüne sahip olması, adölesanda depresyonun daha sık görülmesine neden olmaktadır (41) Birinci derece yakınında depresyon olması gencin depresyon riskini 3 kat arttırmaktadır. tek yumurta ikizlerinden birinin depresyona sahip olması, diğer ikizin %76 oranı ile depresyon yaşama riskinin olduğu, %40, çift yumurta ikizlerinden birinin depresyonda olması durumunda ise diğer kardeş %19 oranı ile depresyon yaşama riski ile karşı karşıya olduğu belirtilmektedir. (40). Adölesanlar arasında yapılan bir çalışmada annelerinde depresif belirtiler olan gençlerin %83,1'inde depresif belirtiler saptanmıştır (42).

2.5.2. Cinsiyet

Depresyon, adölesan döneminden önce (prepuberte) daha az görülür ve prepubertede depresyon erkeklerde, kızlara oranla çok az yüksektir veya her iki cinsiyet için görülme sıklığı yaklaşık olarak eşittir. Adölesan döneminde (puberte) ise iki farklılık gerçekleşir. Öncelikle her iki cinsiyet için de depresyon oranı prepuberteye göre artmaktadır. Bir diğeri ise depresyon tıpkı yetişkinlik döneminde olduğu gibi kızlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki farklılığı açıklayan nedenlerden biri hormonal durumdur. Puberte başlangıcı ile östrojen hormonun artışı, nörotransmitter işleyişini bozarak depresif semptomlara eğilimi arttırmaktadır (40). Adölesan dönemi ve beraberindeki hormonal ve fiziksel değişiklikler, artan depresyon insidansı ile ilişkili olabileceği için bu duruma dikkat etmek gerekmektedir (43). Bu dönemde özellikle kızların erkeklere oranla strese karşı daha fazla savunmasız olması depresif semptomların oluşmasına neden olmaktadır (44).

2.5.3. *Stresli Yaşam Olayları*

Stresli yaşam olaylarının depresyon riski ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (45,46). Olumsuz yaşam olayları yaşayan herkes depresyon yaşamayabilir ancak depresif olan bireylerin çoğu, depresyonun başlangıcından önce en az bir büyük olumsuz yaşam olayı yaşamaktadır. Bireyin stresörleri deneyimlemesi, depresyonun oluşumundan, nüksetmesinden ve alevlenmesinden sorumlu olduğu belirlenmiştir. Adölesan döneminde kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olaylarının artışı, bu dönemde depresif belirtilerin görülmesi ile ilişkilidir (47). Adölesanlarda depresyonun başlangıcının yalnızca büyük stresli olaylarla değil, küçük olumsuz yaşam olaylarıyla (okulu bırakma, babanın işini kaybetmesi, ailedeki maddi zorluklar, arkadaşlarını kaybetme veya bir aile üyesinin hastalığı) ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca depresyonun, sevdiklerini kaybetme, yas tutma gibi olumsuz yaşam olayları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (43). Benzer şekilde çocukluk döneminde şiddete tanık olma, ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerden birinin tekrar evlenmesi veya ebeveynlerden birinin hapis cezası alması, taciz ve kötü muamaleye maruz kalmak, depresyonun başlamasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (48-51). Stresörlerin, çocukluktan adölesan dönemine doğru artması adölesan döneminde oluşan yüksek depresyon seviyesinin sebebini açıklamaktadır (52,53).

2.5.4. *Erken Çocukluk Dönemi ve Bağlanma Sorunları*

Bireyin ileride kuracağı ilişki türünün belirlenmesinde, kişilik gelişiminde ve sosyal gelişiminde yaşamının ilk dönemlerinde kurduğu bağlanma biçimi ile sıkı bir ilişkisi vardır (54). Anne ve çocuk arasında olan ilişki devamlılığının sonraki süreçte yaşananlara zemin oluşturduğu öne sürülmektedir (55). Ebeveynlerin bağlanma biçimi çocukların ruhsal gelişimleri üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir (56). Genç bireyin hayatında en önemli kişilerin ebeveynleri olduğu ve ebeveynlerine ilişki yönünden uzak olan gençlerde bu durumun ruhsal gelişimi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (57). Bağlanma yalnızca bebeklik, erken ve geç çocukluk dönemini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda adölesan ve erişkinlik dönemini de etkilemektedir. Bebeklik döneminde yeteri kadar sevgi ve bakım ihtiyacı giderilmeyen bebeklerin limbik bölgesinde bulunan hücrelerin olgunlaşmaması nedeniyle bu merkezde patolojik problemler görülmektedir (58). Güvenli ve

güvensiz bağlanmanın etkisini inceleyen bir çalışmada güvenli bağlanma yaşayan çocukların daha uyumlu, sosyal , olumlu duygulara sahip olduğu ancak güvensiz bağlanma biçimine sahip çocukların arkadaşları ve öğretmenlerine karşı agresif, uyumsuz, depresif, huzursuz, kendilerini sosyal ortamdan soyutlamaya eğilimli oldukları, sorumluluklarını gerçekleştiremedikleri, soyut oyunlarda başarısız oldukları gözlemlenmiştir (59). Bağlanma sorunlarının aynı zamanda ihmal, istismar, şiddet, kendine zarar verme ve madde kullanma eğilimi gibi ruhsal durumlar ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda güvensiz bağlanmanın bireyin ileriki hayatında yaşayacağı psikopatolojik durum açısından yüksek risk oluşturduğu belirtilmektedir (56).

2.5.5. Aile İçi İlişkiler

Araştırmalar, aile işlev bozukluğunun artan stres ortamına katkıda bulunarak adölesan depresyonunu etkileyebileceğini öne sürmektedir (60). Çatışmalı aile ortamı ile adölesan depresyonu arasında sıkı bir ilişki vardır. Aile içindeki iletişimin katı ve çatışmalı olması adölesanın depresyon riskini arttırmaktadır (61). Adölesan, bu dönemde bağımsız bir birey olma isteğine sahiptir. Böyle bir durumda ebeveyn, Adölesana katı veya esnek davranma konusunda kararsız kalabilmektedir. Bu durum ebeveyn ve adölesan arasında olası çatışmaların yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir (62). Depresyonda olan ve intihar girişiminde bulunan gençler, depresyon ve intihar girişimi olmayan gençler ile karşılaştırıldığında ailesi tarafından daha az desteklendiklerini, aile içinde daha fazla çatışma ortamı olduğunu, ebeveynleri ile daha az yakın ilişki kurduklarını belirtmiştir. Aile içindeki sorunlu ilişki yapısı depresyonu tetikleyen başlıca faktörlerdendir (60). Aile örüntüsü ile psikiyatrik bozukluk arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Psikiyatrik bozukluk, aile örüntü yapısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Annede depresyon tanısı olması, çatışmalı aile ortamına sahip olma, baba ve çocuk arasındaki bağın yetersiz olması gençlerin depresyon riskini arttırmaktadır (63,64). Tüm bunlar ebeveyn tutumlarının adölesan depresyonu için önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Aile işlevinde sorun olması, aile üyelerinden birinde psikiyatrik bir hastalık olması, ebeveynlerin reddedici ve kontrolcü tutumu, adölesan dönemindeki bireyler için depresyon riskini arttırmaktadır (65). Tüm bunlar dışında adölesan döneminde depresyon riskini

arttıran diğer aile faktörleri; boşanma, sosyal destek yetersizliği, geniş aile, alkol ve madde bağımlılığı, cinsel kötüye kullanım olarak sıralanmaktadır (66,67).

2.5.6. Sosyal Risk Faktörleri

Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmak depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların gelişimi için bir risk faktörüdür (68). Adölesan döneminde ailenin ekonomik problem yaşaması, ebeveynlerin adölesanın sorunlarını göz ardı etmesine, aile içi ekonomik sıkıntılara odaklanmalarına neden olmaktadır. Böylece adölesan yeterli ilgi ve sevgiden mahrum kalabilmektedir. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olmasına bağlı adölesanda depresyon gelişme durumu, dışsal ve içsel olan nedenler ile açıklanmaktadır. Dışsal nedenler; ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzı, çocukların kötü muameleye maruz kalması, ebeveynlerin davranış bozukluğuna sahip olması ve alkolü kötüye kullanma olasılığın daha yüksek olması, kaliteli tıbbi bakıma ve ilaca erişimde kısıtlılık, kötü beslenme ve barınma imkanları olarak sıralanabilir. İçsel nedenler ise; benlik saygısı, sağlık için risk oluşturan davranış ve sosyal beceri eksikliğini kapsamaktadır (69). Ayrıca adölesan ekonomik sıkıntılar sebebiyle akran ortamına ve sosyal aktivitelere katılmakta zorlanabilmektedir. Sosyal destek adölesan depresyonu üzerinde önemli etkiye sahiptir. Adölesanlar için başlıca sosyal destek kaynakları arasında aile, akranlar ve öğretmenler bulunmaktadır (70). Ailesinden, akranlarından ve öğretmenlerinden yeterli destek alamamak adölesanda depresyon semptomlarına neden olabilmektedir (71). Yapılan bir çalışmada adölesan ve akran arasındaki ilişki kalitesinin depresif semptomlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (72). Adölesanlarda ruhsal bozukluk riskini arttıran bir diğer sosyal risk faktörü boşanmış ebeveyne sahip olmaktır. İleriye dönük yapılan bir çalışmada ebeveynleri ayrı olan depresif adölesanların, ebeveynleri ayrılmamış olan depresif adölesanlara göre yetişkinlikte tekrarlayan depresyon risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (49). Adölesanlarda barınma koşullarının yetersiz olması, evde yaşayan kişi sayısının fazla olması depresyon gelişimine neden olan sosyal risk faktörlerindendir (73). Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyine sahip olması adölesan depresyonu için diğer bir sosyal risk faktörüdür (74). Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yapılan geniş araştırma grubuna sahip bir çalışma, yoksul gençlerin daha yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip akranlarına kıyasla

psikiyatrik rahatsızlık veya kötü ruh sağlığına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (75).

2.5.7. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık varlığı depresif semptomlar için bir risk faktörüdür. Kronik hastalıkları olan çocuklar ve adölesanlar, genellikle adölesan döneminde sağlıklı akranlarından daha fazla zorlukla karşı karşıyadır. Bu nedenle kronik hastalığa sahip çocuk ve adölesanların, sağlıklı akranlarına göre ruhsal hastalığa yakalanma riski yüksek olabilmektedir (76). Kronik hastalığı olan gençler kendilerini akranlarından farklı hissedebilmektedir ve akran reddi yaşayabilmektedir. Bu durum gençlerin benlik kavramları üzerinde zararlı etkilere neden olmaktadır. Depresif belirtiler, en yaygın olarak fibromiyalji, migren/gerilim tipi baş ağrısı, yarık damak ve dudak, epilepsi gibi kronik hastalıkları olan gençlerde görülmektedir (77). Kronik hastalıkların, aktiviteleri kısıtlaması, bazı hastalıkların beyin fonksiyonlarını etkilemesi, tedavilerin yan etkileri ya da ağrı gibi hastalığın spesifik semptomları depresyona neden olabilmektedir (78). Doğuştan veya sonradan oluşan bedensel farklılıklardan dolayı birçok adölesan, alay edilmek gibi damgalanma deneyimleri bildirmektedir (79). Önceki bir çalışmada yarık damak ve dudağa sahip adölesanlarda daha fazla depresif semptomların bulunduğu saptanmıştır (80). Başka bir çalışmada kronik hastalığa sahip adölesanların sağlıklı akranlarına göre daha yüksek düzeyde depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir (77).

2.6. Ağrı

Uluslararası ağrı çalışmaları birliği (International Association for the Study of Pain-IASP) ağrıyı, gerçek veya olası doku hasarıyla ilişkili veya buna benzer hoş olmayan bir duyuşal ve duygusal deneyim olarak tanımlamaktadır (81). Ağrı bireyde erken yaşlarda ortaya çıkabilen ve yaşamı boyunca süregelen hastalık semptomlarından biridir. Ağrı subjektiftir. Bu yüzden anlaşılması ve tanımlanması zordur. Ağrı vücudun bir savunma mekanizması olup çevrede olan uyaranlara karşı hissedilen bir duyum kavramı olarak kendini göstermektedir (82). Her birey yaşamı boyunca ağrıyı deneyimlemektedir. Ağrı, sağlık hizmetine başvuru en önemli nedenlerden biridir. Ağrı, yalnızca zararlı bir deneyim değildir, aynı zamanda ruh

hali ve günlük rollerde işlev görme kapasitesi de dahil olmak üzere yaşamın neredeyse tüm diğer yönleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilmektedir. Ağrı farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Bu yüzden ağrının farklı nedeni, belirtileri ve mekanizması olabilmektedir. Ağrı oluşumunun önüne geçebilmek ve uygun tedavinin sağlanabilmesi için, ağrıya neden olan veya devam etmesini sürdüren mekanizmanın bilinmesi gereklidir. Ağrı başlama süresine göre akut ve kronik ağrı olarak sınıflandırılır. Akut ağrı, hayat kurtaran önemli bir uyarıcıdır. Üç aydan daha kısa sürer ve dokuda meydana gelen hasarın iyileşmesi ile genellikle ortadan kalkar. Kronik ağrı ise 3–6 aydan daha uzun sürmekte ve herhangi bir lezyon görülmeyip kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişinin davranışlarının anormalleşmesine neden olan ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur (82,83). Kronik ağrıya neden olan faktörler henüz tam olarak açıklanamamaktadır. Sürekli, şiddetli, tekrarlayan ağrı uyarınının olması, ağrının kronikleşmesine neden olan en önemli etken olarak görülmektedir. Bu yüzden akut ağrının zamanında kontrol edilmesi kronik ağrının önlenmesinde önemlidir. Kronik ağrı herhangi bir müdahale yapılmadan iyileşme sağlanmayan bir durumdur (84). Ağrı farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Günümüzde ise ağrı; nosiseptif ağrı, nöropatik ağrı ve psikojenik ağrı olarak sınıflandırılır. Nosiseptif ağrı tüm doku ve organlarda bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)’ne iletdikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir. Nöropatik ağrı, nörojenik dokulardaki histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim nedeniyle hissedilen ağrıdır. Psikojenik ağrı, ağrıya neden olabilecek herhangi bir fonksiyonel nedenin olmaması ancak doku hasarının varmış gibi yanılsamalara neden olduğu ağrı türüdür (85). Bu tür ağrı depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerde görülür. Aynı zamanda bu tür ağrılar psikosomatik ağrı olarak isimlendirilir. Genellikle çocuk ve adölesanlarda görülür. Bunun nedenlerinden biri çocuk ve adölesanların genellikle duygularını ve hislerini ifade etmekte zorlanması ve bu yüzden psikososyal sıkıntılarını vücutları aracılığıyla ifade etme eğiliminde olmasıdır (6). Bu eğilim genellikle ağrı yaşayarak gerçekleşir. Genellikle baş ağrısı, karın ağrısı ve sırt ağrısı gibi tıbbi dayanağı olmayan ağrılar olup adölesanlarda yaygındır (86).

2.7. Adölesanlarda Ağrı ve Epidemiyolojisi

Çocuk ve adölesanlarda ağrı prevalansının son 20 yılda arttığı görülmektedir (87). Adölesanlarda ağrı, yaşam kalitesinde önemli bozulmalara neden olan önemli bir sorun olup önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır (88). Ağrının çocuklarda ve adölesanlarda yaygın bir sorun olduğu ve yaygınlık oranının %4-6 arasında değiştiği belirtilmektedir (89,90). Epidemiyolojik çalışmalar, adölesanların üçte birinin kronik ağrı yaşadığını belirtmektedir. Okul personeli (öğretmenler ve hemşireler) ve aileler, çocukların devamlı olarak rahatsızlıklarını ifade etmelerinden ve sık sık okul revirine başvurmalarından oldukça endişelidir (91). Ağrı adölesanları etkilediği gibi ebeveynleri de etkilemektedir. Kronik ağrısı olan gençlerin annelerinin, kronik ağrısı olmayan gençlerin annelerine göre daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona sahip olduğu belirtilmektedir (92). Ebeveynlerin fiziksel veya duygusal olarak yaşadıkları sıkıntılar, çocukların ağrıya olan tepkilerini etkilemektedir. Baş ağrısı, sırt ağrısı ve kas-iskelet ağrısı gibi birçok ağrı semptomlarından muzdarip olan bireylerin, aile ilişkilerinde sorunları olabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca aile çatışmasına maruz kalan adölesanlarda ağrının yaygın olduğu belirtilmektedir (93). Üzgün ruh hali her iki cinsiyet için de ağrının en yaygın tetikleyicisi olup kızlarda yaşla birlikte artmaktadır. Ağrı adölesanların günlük aktivitelerinde önemli değişikliklere neden olur. Birçok ebeveyn çocuklarının ağrısının farkında değildir ya da ağrıları önemsemezler. Bu durum ebeveyn ve çocuk arasında fikir ayrılığının yaşanmasına neden olmaktadır (87). Mevcut çalışmalar, ağrının adölesanın genel sağlığı ve refahı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ağrının adölesanın günlük yaşamını etkileyebileceği ve bunun sonucunda okula devamsızlık, uyku sorunları, kötü okul performansı ve sosyal aktivitelerle ilgili sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (94,95). Ağrının adölesanlardaki yüksek yaygınlık oranı göz önüne alındığında, toplum üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturabileceği görülebilmektedir. Adölesanlarda kronik ağrının yıllık ortalama 11.787 dolar maliyeti olduğu belirlenmiştir (96). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün bütçesinin yaklaşık %1,2'sini ağrı araştırmalarına harcadığı tahmin edilmektedir (97). Ağrı türlerinin prevalansı arasında önemli ölçüde farklılık olduğu belirtilmektedir (baş ağrısı %8-83; karın ağrısı %4-53 ve sırt ağrısı:%14-24) (88). On bir ile on beş yaş arasındaki

adölesanlarda en sık görülen ağrı türünün; öncelikle baş ağrısı olduğu ardından karın ağrısı ve sırt ağrısı olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kızların erkeklere göre daha fazla ağrıyı deneyimledikleri, kızlarda ağrı deneyimlemenin yaş ile doğru orantılı arttığı, erkeklerde ise çok az değişiklik olduğu görülmüştür (98). Başka bir çalışmada gençlerde ağrı prevalanslarının; baş ağrısı için % 11,3, sırt ağrısı için % 7,7 ve karın ağrısı için % 4,6 olarak bildirilmiştir (89). Krogh ve ark. (2015) baş ağrısının adölesanlar arasında günlük aktiviteyi yılda ortalama dokuz gün azalttığını belirlemişlerdir (99).

2.8. Adölesanlarda Ağrı ve Depresyon İlişkisi

Ağrı depresyonu etkileyen faktörlerden biridir. Ağrı ve depresyonun aynı anda bulunması her iki durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (100) Biyopsikososyal ağrı modeline göre, birçok psikolojik ve sosyal faktör ağrılı durumların gelişimini etkileyebilmektedir (101). Yapılan bir çalışmada karın ağrısı bildiren adölesanların karın ağrısı olmayanlara kıyasla daha yüksek depresyon prevalansına sahip olduğu saptanmıştır (102). Gençlerde karın ağrısının, depresyonun güçlü bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (103). Baş ağrısı olan gençlerin üçte birinin depresif semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (104). Kas-iskelet ağrısının da depresif semptomlar ile güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (105). Gençlerde fiziksel semptomlar ile depresyon aynı anda görülebilmektedir. Bu durum mevcut olan depresyonun daha da şiddetlenmesine neden olmaktadır. Fiziksel semptomlara sahip depresif adölesanların, fiziksel semptomu olmayan depresif adölesanlara kıyasla önemli ölçüde intihar fikrine, planına ve girişimine sahip olduğu bulunmuştur. (103). Fiziksel semptomlar çoğu zaman adölesanların depresyondayken yardım aramalarının nedenidir. Fiziksel semptomlar depresyonu maskeleyerek doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Fiziksel semptomları olan depresif bireylerin daha fazla ilaç tükettikleri, ağrıları için sağlık hizmetini fazla kullandıkları bilinmektedir (106). Adölesanların 15 yıl boyunca takip edildiği ileriye dönük bir çalışmada bedensel yakınmaları olan adölesanların yetişkinlikte depresyon gibi ruhsal sorunlara (örneğin, intihar davranışı, tekrarlayan ve kronik depresyon) sahip olduğu bulunmuştur (103). Ağrının adölesanlarda sık görülmesi, kronik ağrının günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkileri ve kronik ağrının yüksek maliyeti

nedeniyle adölesanlarda ağrı ile ilişkili psiko-sosyal faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (107,96).

2.9. Ağrı Kontrolü

Kronik ağrı bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyip yaşam kalitesini düşürmektedir. Ağrı, bireyin kendisini etkilediği gibi ailenin de yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda toplumda yarattığı tedavi maliyeti, iş gücü ve verimlilik kaybı nedeniyle ciddi bir yük getirmektedir (108). Yetersiz yönetilen ağrı, kişi ve aileler için olumsuz fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilmektedir. Ağrıya karşı verilen tepki ile anksiyete ve depresyon meydana gelmektedir. Ağrıdan kurtulamama kişiyi, kronik depresyona yatkın hale getirerek çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygular yaratabilmektedir. Yetersiz ağrı yönetimi, bireylerin diğer sağlık sorunları için de tıbbi yardım alma konusunda isteksiz olmasına yol açabilmektedir. Yetersiz yönetilen, giderilemeyen akut ağrı daha sonraki dönemlerde kronik ağrıya dönüşebilir. Bu nedenlerle ağrı mutlaka kontrol altına alınması ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Ağrı kontrolü için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılır (109).

2.9.1. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü (Farmakolojik Olmayan Yöntemler)

Ağrı ile baş etmek için kullanılan yaklaşımlardan biri farmakolojik olmayan yöntemlerdir. Ağrıyı kontrol etmek için farmakolojik yöntemlerin uygulanmadığı zamanlarda veya farmakolojik yöntemin birey üzerinde etkisini arttırmak için nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanmaktadır. Nonfarmakolojik yöntem ağrıyı ilaçsız bir şekilde kontrol etmek için kullanılan bir yaklaşımdır (110). Farmakolojik olmayan yöntemler, periferik teknikler, kognitif ve davranışsal tekniklerin yanında masaj ve sıcak-soğuk gibi uygulamaları kapsamaktadır (109). Ağrı ile baş etmek için kullanılan tüm bu nonfarmakolojik yöntemlerin amacı analjezik tüketiminin azaltılması, ağrıyı kontrol altına almak ve buna bağlı olarak bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır. Nonfarmakolojik yöntemlerin kolay uygulanabilir, analjeziklere bağlı yaşanan yan etkilere sahip olmaması ve bireyin maliyet yükünü etkilememesi gibi kazanımları vardır. Yapılan birçok çalışmada, nonfarmakolojik yöntemlerin tek başına ya da farmakolojik yöntemler ile kombine şekilde kullanılmasının ağrıyı

gidermede ve ağrı şiddetinin azaltılmasında etkili olduğunu ortaya çıkmaktadır (111). Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında kolaylaştırıcı etkenler olduğu gibi bazı engeller de mevcuttur. Bu engeller; bireylerin ilaçların daha etkili olduğuna dair inançları, ulaşım, maliyet, nonfarmakolojik yöntemlerin uzun zaman alması ve hizmete erişimde yaşanan sorunlar olarak sıralanabilir (112).

2.9.2. Ağrının İlaç İle Kontrolü (Farmakolojik Yöntemler)

Günümüzde ağrı ile başetmek için kullanılan en yaygın farmakolojik yöntem ilaçlardır. Kolay erişilebilir, hızlı etki göstermesi, rahat uygulanabilir olmasında dolayı analjezikler, ağrının yönetiminde ve tedavisinde kullanılan ilaçlardır (113). Yaygın kullanım ile birlikte analjezik dozunun artmasıyla meydana gelen tolerans gelişimi gibi olumsuz yönler ve analjeziklerin bilinçsiz ve yoğun bir şekilde kullanılması; birey, toplum ve ülke ekonomisi için bir yüküdür (114,115). Analjezikler, ihtiyacı olan kişilere yardımcı olurken başka bir birey için gereksiz ve zararlı olabilirler. Bu yüzden analjezikler bireye özgü seçilmelidir ve tanıya özgü olmalıdır. Daha önce kullanılan ilaçlara karşı oluşan yan etkiler veya bireyin diğer hastalıklar için kullandığı ilaçlar ile etkileşime geçebilme ihtimali düşünülerek kullanılan analjezik konusunda dikkatli olunmalıdır (116).

2.10. Analjezikler

Analjezikler, bilinç kaybına neden olmadan ağrıyı hafifletmek için tasarlanmış bir ilaç sınıfını kapsayıp sinir sistemi tarafından gönderilen ağrı sinyallerini ve beynin bu ağrı sinyallerine verdiği tepkiyi azaltan bir ilaç türüdür (117). Ağrı yönetimi için farmakolojik olmayan tedaviler olmasına rağmen, analjezikler ağrıyı gidermek için sık kullanılan yöntemdir. Ağrı tedavilerinin %75'ini analjezik ajan kullanımı oluşturmaktadır. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar; Nonopioid analjezikler, opioid analjezikler, adjuvan analjeziklerdir. Bu analjezik türleri DSÖ'nün önerisi ile tek başına veya birbiriyle kombine olarak kullanılmaktadır (111).

2.10.1. Non-Opioid Analjezikler

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), parasetamol (asetaminofen), aspirin, ibuprofen ve metamizol opioid olmayan analjeziklerdir. Bu ilaçlar hafif ve

orta şiddette ağrı için etkili analjezi sağlarlar. Bu gruptaki ilaçlardan olan parasetamol, yüksek dozlarda alındığında karaciğere zarar verebilirler. Bu risk nedeniyle kullanılması konusunda dikkatli olunmalıdır (118). Nonsteroid antiinflatuar ilaçların en sık yan etkileri gastrointestinal sistemde ortaya çıkar. Bulantı, diyare, abdominal ağrı, kusma, gastrik mukozal irritasyon, peptik ülserin alevlenmesi, konstipasyon, gibi gastrointestinal yan etkilerdir (119).

2.10.2. Opioid Analjezikler

Opioidler oldukça etkin analjeziklerdir; uzun süre opioid kullanımı analjeziklerin vücudun tolerans geliştirmesine neden olur. Vücudun ilaca alışması ile opioid analjeziğe karşı bir bağımlılık gelişir. Bu durum ağrıyı gidermede aynı etkiyi elde etmek veya yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için opioid analjeziklerin daha fazla kullanılmasına neden olur. Bu nedenle, uzun süreli ağrıların tedavisi için uygun olmayabilirler (120). Opioidler, mide boşalmasında gecikme, oddi sfinkterinde tonus artışına, bulantı, kusma ve sedasyona neden olabilirler. Kardiyovasküler sistemde hipotansiyon, ortostatik hipotansiyon, senkop ve bradikardi yapabilirler (121). Opioidler, özellikle öksürük refleksini baskılar, sekresyon birikimi ve atelektaziye neden olabilir. Opioidler intestinal motilitede azalmaya yol açarak konstipasyona neden olabilirler (122).

2.10.3. Adjuvan analjezikler

Analjezik adjuvanlar, kullanımları ağrı tedavisi dışında olmasına rağmen, bazı durumlarda analjezik etki gösteren ilaçlar olarak tanımlanabilir (123). Opioidlere ek olarak adjuvan ilaçların kullanılması, istenmeyen yan etkileri en aza indirirken etkili analjezi sağlamaya yardımcı olabilirler (124). Antidepresanlar, antikonvülzanlar, nöroleptikler, antiaritmikler, antihistaminikler, steroidler, kas gevşeticiler, bifosfonatlar ve radyofarmasötikler adjuvan ilaçlardır (123).

2.11. Adölesanlarda Analjezik Kullanımı ve Depresif Semptomlar İle İlişkisi

Adölesanlar arasında kendi kendine ilaç kullanma oranı (%94,5) oldukça yüksektir. Kullanılan ilaçlar arasında en yüksek orana (%87,3) sahip ilaç türü analjeziklerdir (125). Adölesanlar, ağrılarını hafifletmek için sık sık analjezik kullanırlar ve son yirmi yılda adölesanlarda analjezik kullanımı önemli ölçüde

artmıştır (126). Adölesanların %20'sinin analjezik kullandığı ve kızların erkeklere göre daha fazla analjezik kullandığı bulunmuştur (127). Türkiye’de yapılan bir çalışma ise, adölesanların analjezik kullanma oranının % 61,5 olduğunu ortaya koymuştur (12). Çalışmalar, adölesanların parasetamol ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) gibi analjeziklerin yüksek oranda tükettiğini ve bu tür analjezikleri en çok baş ağrısını azaltmak için kullandıklarını belirtmektedir (128,129). Baş ağrısı olan adölesanların, %34’ünün analjezik kullandığı ortaya çıkmıştır (127). Başka bir çalışmada adölesanların bir ay içerisinde herhangi bir zamanda yaklaşık % 50'sinin baş ağrısı nedeniyle, % 30'unun ise karın ağrısı nedeniyle analjezik kullandığı saptanmıştır (130). Diğer bir çalışmada ise bir ay içerisinde herhangi bir zamanda adölesanların % 60'ının analjezik kullandığı bulunmuştur. Gençlerde analjeziklerin yüksek oranda kullanımı, vücudun çeşitli bölgelerinden gelen ağrı, azalmış uyku, uzun süre ders çalışma ve düşük benlik saygısı ile ilişkilidir (131). Çalışmalar adölesanlar arasında ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ile depresif belirtiler arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir (7,132,133). Aynı zamanda adölesanlar arasında depresif belirtilerin analjezik tüketimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (134). Aynı anda depresif semptomlara ve ağrıya sahip olan adölesanların analjezikleri daha fazla kullandığı saptanmıştır (135). Depresyon, kronik ağrı ile güçlü bir ilişki gösterir. Depresyon ağrının gelişmesine ve korunmasına, aynı zamanda ağrıyı gidermek için analjeziklerin kullanılmasına neden olur (136,137). Ağrıyla mücadele etmek ve stresten kaçınmak için analjeziklerin sürekli kullanımı, adölesanların daha sağlıklı başa çıkma stratejileri öğrenmesini engelleyebilmektedir (138). Bu tür davranış kalıpları yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Analjezikler kolayca bulunabilmesine rağmen, kullanımları ile ilgili bir dizi risk vardır. Analjeziklerin (parasetamol, ibuprofen vb.) uygunsuz ve uzun süreli kullanımı, karaciğer ve gastrointestinal hasara, olumsuz ilaç etkileşimlerine ek olarak rebound baş ağrılarına yol açabilmektedir (14,138).

2.12. Akılcı Analjezik Kullanımı

Fazla ve gereksiz analjezik tüketimi, ülkelerin ekonomisini ve toplumun gelecekteki sağlık risklerini etkilemesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur (111). Analjezikler dünyada yaygın olarak kullanılan ilaç türlerinden olup aynı zamanda kötüye kullanımı oldukça fazla olan ilaçlardır. Analjezikler birçok ülkede Over the counter (otc) “tezgah üstü” olarak adlandırılır ve reçetesiz satılması, sıklıkla yanlış ve kötüye kullanıma neden olmaktadır (139). Piyasada pek çok popüler analjezik markası bulunmaktadır. Çoğu gencin analjeziklerin jenerik ve marka formları konusunda kafası karışıkır. Çeşitli analjezik markaları farklı içerikleri kapsamaları nedeniyle ağrıyı farklı şekillerde giderilebilmektedir (140). Ancak bir çok analjezik türünün olması, gençlerin ağrılarını gidermeye uygun olmayan ve kontrendikasyonları nedeniyle zararlı olabilecek analjezikleri seçmesine neden olabilmektedir. Kontrendikasyonlar, kişinin daha fazla hasarı önlemek için doğru ilacı tüketmesini sağlayan ve belirli koşullar altında uygulamaya konulan kısıtlamalardır. Örneğin, birey böbrek veya karaciğer sorunlarından muzdarip ise ibuprofen gibi belirli analjezikleri tüketmemelidir (141). Gençler, analjezikleri ağrı tedavisi için hızlı bir çözüm olarak görürler. Bu durum analjeziklerin kötüye kullanılmasına yol açmaktadır. Bu tür yanlışlar analjeziklerin bilinçsizce kullanımına neden olur ve bunun ciddi zararları vardır. Bu zararlardan biri özellikle ağrı varlığında kullanılan analjeziklerin hastalığa ait patolojik belirtileri gizleyerek tanı ve tedavinin gecikmesine yol açması ve hastalığın ölümcül boyuta kadar ilerlemesine neden olmasıdır (142). Ayrıca böbrek veya gastrointestinal hasar, bağımlılık veya kronik kullanıcı olma (düzenli olarak analjezik kullanma) gibi ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Adölesan, ebeveyn ve yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada, analjezik dozajı ve yan etkileri konusunda ebeveynlerin, adölesanların ve yetişkinlerin önemli bilgi boşluklarının olduğu saptanmıştır (143). Ayrıca adölesanın analjezik kullanımı, ebeveynlerinin kullanımından ve tutumlarından etkilendiği varsayılmaktadır (144). Ebeveynler, adölesanların, sıklıkla analjezikleri (özellikle opioid analjezikleri) kötüye kullandıklarının farkında olmalıdırlar. Ebeveynlerin evde analjezikleri güvenli bir şekilde saklamaması, kendi çocuklarının bu ilaçları kötüye kullanma riski olmasa da evlerini ziyaret eden diğer adölesanların ilaca erişerek kötüye kullanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle ilaçların kilitli

ecza dolabı gibi güvenli bir yerde saklanması veya imha edilmek üzere eczaneye iade edilmesi tavsiye edilmektedir (145). Bu konuda eczacılar, analjezik alan kişilere ilacı güvenli bir şekilde saklamalarını ve kullanılmayan ilaçları uygun şekilde imha edilmeleri için iade etmelerini tavsiye etmelidir. Ayrıca bireyleri, ilaçların paylaşılmasıyla ilişkili potansiyel tehlikeler konusunda uyarmalıdır (145,146). Ağrı yönetimi ile uğraşan tüm sağlık profesyonellerinin, analjeziklerin kötüye kullanılabileceği konusunda bilinçli olmalıdır. Bu yüzden hekimler de, adölesanlara analjezik reçeteleme konusunda dikkatli olmalıdır. Hemşireler ise farmakolojik olmayan yöntemler ile ağrı düzeyi azalmayan adölesanlar için hekim tarafından reçetelendirilen analjeziklerin kullanmasını sağlayabilirler (147). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin analjezikler ile ilgili bilgi eksikliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin ağrı yönetim bilgisi ve tutumları düşük olarak saptanmıştır (148). Bunun nedenlerinden biri, hemşirelik programlarında ağrı yönetimi sürecini geliştirmeyi amaçlayan derslerin azlığı olarak değerlendirilmektedir (149). Ancak bir hemşire, analjeziklerin farmakodinamiği ve farmakokinetiğine ilişkin bilgisi olmadan, optimal ağrı kontrolünü sağlayamaz (150). Ayrıca tüm sağlık çalışanları, sık ağrı ve yüksek analjezik kullanımının, adölesanların gizlemeye çalışabilecekleri karmaşık ve ciddi durumlardan kaynaklanabileceğinin farkında olmalıdırlar (126). Özetle, akılcı analjezik kullanımı, toplumun sağlığını ve ülkenin ekonomisini etkilemesi nedeniyle herkesin duyarlı olmasını gerektirmektedir (111).

2.13. Ağrı Kontrolünde Hemşirelerin Rolü

Ağrı ile mücadele, tüm sağlık personelinin kapsayan ve ekip çalışması gerektiren bir durumdur. Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ağrı kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır (151). Hemşire birey ile en fazla etkileşim halinde bulunan sağlık çalışanıdır. Ekip içerisinde bireyi daha yakından gözlemleme ve değerlendirme imkânına sahiptir (152). Hemşireler ağrı yönetiminin yapı taşlarından biri olmasından dolayı ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi konusundaki bilgileri özellikle önemlidir (151). Bu yüzden ağrı yaşayan birey konusunda hemşirelere önemli rol düşmektedir. Ağrı yönetimi ile ilgili bilgi eksikliği sağlık uzmanları arasında azımsanmayacak orandadır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının yaklaşık %

50'sinin ağrı değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgili bilgi eksikliği bulunmaktadır (153). Doktorlar, eczacılar ve hemşireler ile yürütülen bir çalışmada ağrı değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgili bilgi düzeyi doktorlar için (%36), eczacılar için (%36) ve hemşireler için (%24) olarak belirlenmiştir. Hemşireler, sağlık uzmanları arasında ağrı değerlendirmesi ve yönetimi konusunda en düşük puanı almıştır (154). Hemşireler ağrı değerlendirmesini yaparak elde ettiği veriler ile bireyin ağrısını kontrol edebilecek uygun nonfarmakolojik yöntemle karar verip, bireyi bu konuda eğitip uyguladığı yöntemin çıktılarını değerlendirebilmelidir. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin farmakolojik olmayan yöntemler konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (155). Hemşirelerin ağrı ve ağrı kontrolünde yeterli bilgi ve uygulama becerisine sahip olmaları, bağımsız fonksiyonlarını ortaya koyabilmeleri için önemlidir (156).

2.14. Adölesanlarda Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Adölesan döneminde ağrı sık bildirilmektedir (86). Hemşireler adölesanların yaşadıkları ağrı sorunlarının farkındadır ancak onları destekleyecek yapı ve yöntemlerde eksiklik yaşamaktadırlar. Hemşireler ağrının nedenini anlama ve adölesanın durum ile baş etmesine yardımcı olmak için girişimde bulunmaktadırlar. Bu girişimlerinde hemşireler, adölesanın durumunu anlamaya, ağrı sorununun nedenini anlamaya ve adölesanların durumla başa çıkmasına yardımcı olmak için kullanılabilecek stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar. Ön koşul olarak hemşire ve adölesan arasında bir güven ilişkisi sağlanmalıdır. Adölesan duygularını belli etmekte ve kendini ifade etmekte sıkıntı yaşadığında hemşire adölesana vakit ayırarak, güvenli ortamı sağlayarak, uygun iletişim tekniklerini kullanarak ve adölesanın kendini rahat hissetmesini sağlayarak duygularını ifade etmesine ve aralarında bir güven ilişkisinin oluşmasına zemin hazırlayabilmelidir. Bu ilişkinin sağlanmasının temelinde; hemşirenin adölesanın kararlarına saygı duyması, hoşgörülü olması, yardımcı olması ve dürüst davranması gibi yaklaşımlar mevcuttur (157). Hemşirenin adölesana yardımcı olabilmesi için öncelikle ağrının tanımlanması gerekir. Adölesanlar ağrı konusunda kendini ifade edememe ya da özellikle arkadaşlarının önünde ağrıyı hafife alma veya reddetme eğiliminde olabilirler ancak ağrıyı davranışlarına yansıtabilirler (158). Hemşire gözlem yeteneğini kullanarak

adölesanın değişen davranışlarını fark edebilir ve ağrıyı kontrol edebilmek için adölesanın yakın çevresinden (öğretmen, aile, akran) yararlanabilirler. Hemşire aileye baş etme yöntemlerini öğreterek ağrı yönetimi konusunda onlarla işbirliği yapabilirler. Böylece ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı ağrı ile ilgili yardım arayışlarını destek olarak, kendilerini çaresiz ve kaygılı hissetmelerinin önüne geçebilir. Hemşirelerin aileler ile işbirliği yaptığı gibi adölesanın akranları ile de işbirliği yapılabilir ve ağrı yaşayan adölesana ağrı yönetimi konusunda sorumluluk vererek kendi bakımlarını üstlenmelerini sağlayabilirler (157).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma kesitsel-tanımlayıcı bir araştırma tipinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı ve Planlaması

Araştırma Nisan 2019’da literatür tarama ile başlamış Aralık 2021 tez savunması ile sonlanmıştır. Çalışma verileri, Kasım-Aralık 2020 tarihleri arasında İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı bulunan ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 10 okulda (5 lise ve 5 ortaokul) yürütülmüştür. Bu okullar; Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi, Karabağlar Şehit Fethi Bey Lisesi, Karabağlar Cumhuriyet Meslek Lisesi, Bornova Anadolu Lisesi, Konak Misak-ı Milli Ortaokulu, Balçova Yusuf Uz Ortaokulu, Güzelbahçe Doktor Güngör Özbek Ortaokulu, Karabağlar Yunus Emre Ortaokulu, Karabağlar Şerif Remzi Ortaokuludur.

Çalışmanın yürütüldüğü okullar 5 farklı ilçe (Bornova, Karabağlar, Balçova, Konak, Güzelbahçe) merkezinde yer almaktadır. Bu okullardan 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi ve Bornova Anadolu Lisesi öğrencilerin sınav puanı ile alındığı kurumlardır. Karabağlar Şehit Fethi Bey Lisesi ve Karabağlar Cumhuriyet Meslek Lisesi ise öğrencilerin sınav puanı ile alınmadığı liselerdir. Konak Misak-ı Milli Ortaokulu, Balçova Yusuf Uz Ortaokulu ve Güzelbahçe Doktor Güngör Özbek Ortaokulu, Karabağlar Yunus Emre Ortaokulu ve Karabağlar Şerif Remzi Ortaokulu bölgelerindeki çocuklara eğitim veren okullardır. Çalışmanın yürütüldüğü okulların tümü tam gün eğitimin verildiği kamuya bağlı kurumlarıdır.

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden ve etik kuruldan araştırma izinleri alındıktan sonra çalışmanın yürütüleceği okullara giderek araştırmanın amacı okul yönetimine ve öğretmenlere açıklanmıştır. Covid 19 döneminde okulların kapanması nedeniyle veri toplama araçları (Tanıtıcı Soru Formu ve Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr) online ortamda Google Forms ile oluşturulmuştur. Online ortamda hazırlanan anket formunun linki önce okul yönetimi ve öğretmenler ile paylaşılmıştır. Ardından öğretmenler anlık mesajlaşma grupları ile anket linkini öğrencilere ulaştırmıştır. Online ortamda hazırlanan formda velilere ve öğrencilere araştırmanın amacı, kurum ve etik kuruldan gerekli izinlerin

alındığını, elde edilen bilgilerin gizli kalıp hiçbir yerde kullanılmayacağı, katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hakkında ön bilgilendirme yapılmıştır. Online form ile veli bilgilendirilmiş onam formu paylaşılıp ankete katılmaları için veli izninin alınması gerektiği ve velisi onaylayan öğrencilerin online anket formunda yer alan “onaylıyorum” ibaresini işaretleyerek ankete katılmaları sağlanmıştır.

Tablo 3. 1. Araştırma Planı

Nisan-Ekim 2019	Tez önerisi hazırlanması Tez önerisi sunumu ve kabulü
Kasım 2019	Etik kurul onayı
Kasım- Aralık 2020	Kurum İzni Veri toplama süreci
Ocak- Kasım 2021	Verilerin istatistiksel analizi Rapor yazma
Aralık 2021	Tez bitirme Sınavı

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde belirlenen toplam 10 okulda bulunan öğrencilerdir. Araştırmanın evrenini, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı 5 farklı ilçe (Bornova, Karabağlar, Balçova, Konak, Güzelbahçe) merkezinde bulunan 5 ortaokul ve 5 lisede öğrenim gören 7., 8., 9., 10 ve 11. sınıf öğrencilerinden 3500 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi ise Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi, Karabağlar Şehit Fethi Bey Lisesi, Karabağlar Cumhuriyet Meslek Lisesi, Bornova Anadolu Lisesi’nde bulunan 9., 10. ve 11. sınıflarda öğrenim gören lise öğrencileri ile, Konak Misak-ı Milli Ortaokulu, Balçova Yusuf Uz Ortaokulu, Güzelbahçe Doktor Güngör Özbek Ortaokulu, Karabağlar Yunus Emre Ortaokulu,

Karabağlar Şerif Remzi Ortaokulunda bulunan 7. ve 8. sınıf öğrencilerinden 954 tane gönüllü katılımcı oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için G Power 3.1.9.4 programı kullanılarak, Tip I hata 0.5 ve Tip II hata 0.20 (% 80 güç) seçilerek (Hena ve ark., 2019) çalışmasındaki t testi kullanılarak yapılan örneklem hesabında gerekli örneklem büyüklüğü 807 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmanın sonuçlarının genellenebilirliğini arttırmak amacıyla belirlenen okullarda öğrenim gören öğrencilerin tümü örnekleme yöntemine gidilmeksizin çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 954 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Öğrencilerin çalışmaya katılım oranı %27' dir ($954/3500 \times 100$)

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak
- 7, 8, 9, 10, 11. sınıf öğrencisi olmak

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Öğrencinin iletişimi engelleyecek bir soruna sahip olması
- Araştırmaya katılmayı reddetmesi ve çıkmak istemesi

3.4. Çalışma materyali

Yok

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: depresif semptomlar

Araştırmanın bağımsız değişkeni: ağrı deneyimleme, analjezik kullanma, öğrenciyi tanıttıcı özellikler (yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim durumu, ebeveynlerin evlilik durumu, doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalık varlığı, genel sağlık durumunu, ailenin ekonomik durumu, kardeş sayısı, öğrencinin akademik başarı düzeyi).

3.6. Veri toplama araçları

Çalışmada veriler, “Tanıtıcı Soru Formu” (Ek 1) ve “Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr)” (Ek 2) kullanılarak elde edilmiştir.

3.6.1. Tanıtıcı Soru Formu (Ek 1)

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (9,11) incelenerek oluşturulan Tanıtıcı Soru Formunda katılımcılar ile ilgili şu bilgiler toplanmıştır; yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim durumu, ebeveynlerin evlilik durumu, doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalık varlığı, genel sağlık durumunu, ailenin ekonomik durumu, kardeş sayısı, öğrencinin akademik başarı düzeyi algısı, geçen hafta içerisinde ağrı-baş ağrısı, karın ağrısı ve sırt ağrısı yaşama durumu (her gün ile çok nadir yada hiç arasında değişen beş yanıt seçeneği) ve geçen haftalar içerisinde baş ağrısı ve karın ağrısı için analjezik (ağrı kesici) kullanımı (üç yanıt seçeneği: Hiç; sadece bir kez ;birden fazla kez). Yanıtlar şu şekilde ikiye ayrıldı: ağrı (baş ağrısı/karın ağrısı/ sırt ağrısı) ayda bir ve çok nadir yada hiç olmadı 0 olarak kodlandı ve diğer tüm seçenekler 1; ve geçen haftalarda hiç analjezik kullanılmaması 0, diğer tüm seçenekler 1 olarak kodlanmıştır.

3.6.2. Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr) (Ek 2)

Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children CES-DC), 6-17 yaş çocuk ve adölesanlarda depresif semptomların taranması ve semptom iyileşmesinin değerlendirilmesi için en yaygın kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (159). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin (CES-D) (160). Çocuk ve adölesanlara uyarlanmasıyla oluşturulmuştur (161). Ölçek, son bir haftanın değerlendirilmesini isteyen 20 sorudan oluşmaktadır. Maddelerden 4, 8, 12 ve 16. madde ters yönlüdür. Her bir madde, hiç (0), az (1), biraz (2) çok (3) arasında dörtlü likert tipi puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 60 arasında değerlendirilmektedir. 16 ya da daha fazla puan değeri adölesanlarda depresif semptomların varlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği Tatar ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyon ölçeğin dilsel eşdeğerlik

için uzman uyumu ($W=0,28$; ki-kare (19)=26,54; $p>0,05$) elde edilmiş, cronbach alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.91 ve madde-ölçek toplam puan korelasyonları ise 0,35-0,77 arasında hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği 0,79 ($n=128$) olarak hesaplanmıştır (162). Bu araştırmada çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Kabul edilebilir derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

3.7. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, amaçlarına uygun istatistiksel teknikler ile analiz edilmiştir. Toplanan bu veriler kodlanarak, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, min-maks değerleri, medyan, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Tanıtıcı Soru Formu ve Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DC-Tr) kullanılarak elde edilen veriler ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene neden olma olasılığını saptamak amacı ile lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma İzmir ilinde farklı ilçe merkezlerinde bulunan 10 okulda (ortaokul ve lise) eğitim gören öğrenciler ile yürütülmüştür. Sonuçlar bu okullarda öğrenim gören öğrenciler ile sınırlıdır.

Çalışmanın veri toplama aşamasında okulların Covid 19 nedeniyle kapanması ile öğrencilerin tümüne ulaşamamıştır.

Türkiye’de adölesanlarda depresif semptomların ağrı ve analjezik kullanımına etkisini inceleyen çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bulgular Türkçe literatür ile yeterince tartışamamıştır.

Verilerin öğrencilerin öz değerlendirme ve bildirimine dayalı olması nedeniyle sosyal arzu edilirlık hatalarına açıktır. Çocuklar yaşanan durum yerine istedikleri durumu rapor etmiş olabilirler.

3.9. Etik kurul ve onay

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (Ek 3) alınmıştır (Karar No:2019/32-24; Tarih: 23.12.2019 ve 5185-GOA dosya numaralı). Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 02.11.2020 tarihinde 12018877 sayılı Valilik onayı ile yazılı kurum izni (Ek 4) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş, öğrenci ve veli bilgilendirilmiş onam formu (Ek 5 ve Ek 6) paylaşılmış öğrencilerin araştırmaya katılımı gönüllük esasına dayalı olduğu bilgileri verilmiştir. Velisi ve kendisi çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin çalışmaya katılması istenmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile öğrencilerde depresif semptomların, ağrı ve analjezik kullanımına ilişkin araştırma bulguları sunulmuştur. Araştırmaya katılan 954 öğrenciden elde edilen veriler şu başlıklar altında toplanmıştır;

- 4.1. Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular**
- 4.2. Katılımcıların Ağrı Deneyimleme ve Analjezik Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular**
- 4.3. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğinin Normallik Analiz Sonuçlarına İlişkin Bulgular**
- 4.4. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular**
- 4.5. Katılımcıların Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumuna İlişkin Bulgular**
- 4.6. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresif Semptomların Görülme Dağılımına İlişkin Bulgular**
- 4.7. Katılımcıların Ağrı Deneyimleme, Analjezik Kullanma ve Depresif Semptomların Bulunma Dağılımına İlişkin Bulgular**
- 4.8. Katılımcılarda Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumunu Yordayan Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular**
- 4.9. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sınıflandırma tablosuna ilişkin bulgular**

4.1. Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı; katılımcıların %15,8'i 12 yaş ve altı, %65,1'i 13-15 yaş ve %19,1'i 16 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %61,3'ü kız, %38,7'si erkektir. Katılımcıların sınıflarına göre dağılımları incelendiğinde, %19,4'ü 7.sınıf, %24,1'i 8.sınıf, %24,2'si 9.sınıf, %16,6'sı 10.sınıf ve %15,7'si 11.sınıf öğrencisiydi.

Katılımcıların annelerinin, %14,4'ü ilkokul ve altı, %10,1'i ortaokul, %31,2'si lise, %38,1'i üniversitesi ve %6,3'ü lisansüstü eğitim düzeyindedir. Katılımcıların babalarının, %12,3'ü ilkokul ve altı, %12,4'ü ortaokul, %28,5'i lise, %41'i üniversite ve %5,9'u lisansüstü eğitime sahipti.

Katılımcıların %4,6'sı ailesinin ekonomik durumunu kötü, %52,5'i orta, %38,9'u iyi ve %4'ü çok iyi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %82,1'inin anne ve babası evliydi ve onlarla birlikte yaşıyordu, %15,4'ü boşanmış ebeveyne sahipti ve tek ebeveyn ile yaşıyordu, %2,5'i anne-baba ile yaşamıyordu. Katılımcıların %87,7'si kronik hastalığı olmadığını, %12,3'ü kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin, %1,2'si sağlık durumunun kötü, %9'u orta, %53'ü iyi ve %36,8'i çok iyi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %20,4'ü tek çocuktı, %55'inin bir, %16,8'inin iki, %4,9'unun üç ve %2,8'inin dört ve daha fazla kardeşi vardı. Katılımcıların algılanan okul başarı durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %2,7'si okul başarısını kötü, %24,9'u orta, %48,5'i iyi ve %23,9'u çok iyi olarak tanımladı.

Tablo 4. 1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=954)

Değişkenler		n	%
Yaş($\bar{x} \pm SS$, 14.07 $\pm$ 1.41)	12 ve altı	151	15,8
	13-15 arası	621	65,1
	16 ve üzeri	182	19,1
Cinsiyet	Kız	585	61,3
	Erkek	369	38,7
Sınıf	7. sınıf	185	19,4
	8. sınıf	230	24,1
	9. sınıf	231	24,2
	10. sınıf	158	16,6
	11. sınıf	150	15,7
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	137	14,4
	Ortaokul	96	10,1
	Lise	298	31,2
	Üniversite	363	38,1
	Yüksek lisans/Doktora	60	6,3
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	117	12,3
	Ortaokul	118	12,4
	Lise	272	28,5
	Üniversite	391	41,0
	Yüksek lisans/Doktora	56	5,9
Ekonomik Durum Algısı	Kötü	44	4,6
	Orta	501	52,5
	İyi	371	38,9
	Çok iyi	38	4,0
Ebeveynlerin evlilik durumu	Evli ebeveynler ile yaşıyor	783	82,1
	Boşanmış-tek ebeveyn ile yaşıyor	147	15,4
	Anne-baba ile yaşamıyor	24	2,5
Kronik Hastalık Durumu	Yok	837	87,7
	Var	117	12,3

Tablo 4. 1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=954) (Devam)

Değişkenler		n	%
Sağlık Durum Algısı	Kötü	11	1,2
	Orta	86	9,0
	İyi	506	53,0
	Çok iyi	351	36,8
Kardeş Sayısı	0	195	20,4
	1	525	55,0
	2	160	16,8
	3	47	4,9
	4 ve üstü	27	2,8
Okul Başarı Algısı	Kötü	26	2,7
	Orta	237	24,9
	İyi	463	48,5
	Çok iyi	228	23,9
Toplam		954	100.0

4.2. Katılımcıların Ağrı Deneyimleme Ve Analjezik Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların ağrı deneyimleme ve analjezik kullanma durumlarının dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Katılımcıların geçen haftalarda baş ağrısı şikâyet sıklığına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %39,4'ü çok nadir ya da hiç, %16,1'i ayda bir, %18,6'sı haftada bir, %20,1'i haftada birden fazla ve %5,8'i her gün baş ağrısı şikayeti olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların geçen haftalarda baş ağrısı için analjezik kullanma sıklığı %67,6'sı hiç kullanmadığını, %23,3'ü sadece bir kez kullandığı ve %9,1'inin birden fazla kez kullandığını belirtmiştir.

Katılımcıların geçen haftalarda karın ağrısı şikâyet sıklığına göre dağılımları incelendiğinde, %49,6'sı çok nadir yada hiç, %23,6'sı ayda bir, %13,5'i haftada bir, %11,1'i haftada birden fazla ve %2,2'si her gün olarak belirtmiştir. Katılımcıların geçen haftalarda karın ağrısı için analjezik kullanma sıklığına bakıldığında %86,2'si

hiç kullanmadığını, %10'u sadece bir kez kullandığını ve %3,9'u birden fazla kez kullandığını ifade etmiştir.

Katılımcıların geçen haftalarda sırt ağrısı şikâyet sıklığına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %51,3'ü çok nadir yada hiç, %12,8'i ayda bir, %11'i haftada bir, %14,9'u haftada birden fazla ve %10,1'i her gün sırt ağrısı deneyimlediklerini belirtmiştir. Katılımcıların geçen haftalarda sırt ağrısı için analjezik kullanma sıklığına bakıldığında %95,1'i hiç kullanmadığını, %3'ü sadece bir kez kullandığını ve %1,9'u birden fazla kez kullandığını belirtmiştir

Tablo 4. 2. Katılımcıların ağrı deneyimleme ve analjezik kullanma durumlarının dağılımı (n=954)

Geçen haftalarda		n	%
Baş Ağrısı Şikâyet Sıklığı	Çok nadir ya da hiç olmadı	376	39,4
	Ayda 1	154	16,1
	Haftada 1	177	18,6
	Haftada birden fazla	192	20,1
	Her gün	55	5,8
Karın Ağrısı Şikâyet Sıklığı	Çok nadir ya da hiç olmadı	473	49,6
	Ayda 1	225	23,6
	Haftada 1	129	13,5
	Haftada birden fazla	106	11,1
	Her gün	21	2,2
Sırt Ağrısı Şikâyet Sıklığı	Çok nadir ya da hiç olmadı	489	51,3
	Ayda 1	122	12,8
	Haftada 1	105	11,0
	Haftada birden fazla	142	14,9
	Her gün	96	10,1

Tablo 4. 2. Katılımcıların ağrı deneyimleme ve analjezik kullanma durumlarının dağılımı (n=954) (Devam)

Geçen haftalarda		n	%
Baş Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Sıklığı	Hiç kullanmadım	645	67,6
	Sadece 1 kez kullandım	222	23,3
	Birden fazla kez kullandım	87	9,1
Karın Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Sıklığı	Hiç kullanmadım	822	86,2
	Sadece 1 kez kullandım	95	10,0
	Birden fazla kez kullandım	37	3,9
Sırt Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Sıklığı	Hiç kullanmadım	907	95,1
	Sadece 1 kez kullandım	29	3,0
	Birden fazla kez kullandım	18	1,9
Toplam		954	100.0

4.3. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Normallik Analiz Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin normallik analiz sonuçları Tablo 4.3.'te verilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olarak incelenmiş olup normal dağılıma sahip olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 3. Katılımcıların çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeği puanlarının dağılımı

	Çarpıklık		Basıklık		Durum
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata	
Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği	0,375	0,079	-0,760	0,158	Normal Değil

4.4. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.4.'te verilmiştir. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği puanları incelendiğinde, puan ortalamasının 23,60 olduğu, medyan değerinin 22 olduğu, alınan en düşük puanın 0 olduğu ve alınan en yüksek puanın 60 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 4. Çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri

	Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma
Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği	0,00	60,00	22,00	23,60	14,10

4.5. Katılımcıların Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Öğrencilerin çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğine göre depresif semptomların görülme dağılımı Tablo 4.5.'te verilmiştir. Katılımcıların %33,8'inde depresif semptomların olmadığı %66,2'sinde ise depresif semptomların olduğu belirlenmiştir

Tablo 4. 5. Katılımcıların çocuklar için epidemiyolojik çalışmalar merkezi depresyon ölçeğine göre depresif semptomların bulunma dağılımı(n=954)

Depresif semptomlar	n	%
Yok	322	33,8
Var	632	66,2
Toplam	954	100,0

4.6. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresif Semptomların Bulunma Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptomların bulunma dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.6.'da verilmiştir. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptom durumlarının karşılaştırılması için ki kare analizi uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf, anne eğitimi, algılanan ekonomik durum, algılanan genel sağlık durumu, okul başarısı ile depresif semptomlar arasında ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşları ile depresif semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yaşı 12 yaş ve altı olan katılımcıların %47,7'sinin, yaşı 13-15 yaş arası olan katılımcıların %65,4'ünün ve yaşı 16 yaş ve üzeri olan katılımcıların %84,6'sının depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça depresif semptomların görülme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kız öğrencilerin %73,8'inin erkek öğrencilerin ise %54,2'sinin depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Kızların erkeklere göre depresif semptomlara sahip olma oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların sınıfları ile depresif semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). 7. sınıftaki katılımcıların %50,8'inin, 8. sınıf katılımcıların %62,2'sinin, 9. sınıf katılımcıların %67,1'inin, 10. sınıf katılımcıların %71,5'inin ve 11. sınıf katılımcıların %84,7'sinin depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Sınıf düzeyi arttıkça depresif semptomların görülme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların anne eğitim düzeyi ile depresif semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Annesinin eğitim durumu ilkokul ve altı olan katılımcıların %66,4'ünün, ortaokul olan katılımcıların %56,3'ünün, lise olan katılımcıların %61,4'ünün, üniversite olan katılımcıların %71,1'inin ve yüksek lisans/doktora olan katılımcıların %76,7'sinin depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Anne eğitim düzeyi arttıkça (lise, üniversite, yüksek lisans ve doktora) depresif semptomların görülme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların aile ekonomik durumu ile depresif semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile ekonomik durumu kötü olan katılımcıların %72,7'sinin, orta olan katılımcıların %67,1'inin, iyi olan katılımcıların %67,7'sinin ve çok iyi olan katılımcıların %34,2'sinin depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Aile ekonomik durum kötüye gittikçe depresif semptomların arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Algılanan genel sağlık durumu kötü olan katılımcıların %90,9'unun, orta olan katılımcıların %93'ünün, iyi olan katılımcıların %71,3'ünün ve çok iyi olan katılımcıların %51,6'sının depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Algılanan genel sağlık düzeyi kötüye gittikçe depresif semptomların görülme oranının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Okul başarı durumu kötü olan katılımcıların %76,9'unun, orta olan katılımcıların %71,7'sinin, iyi olan katılımcıların %68,3'ünün ve çok iyi olan katılımcıların %55,3'ünün depresif semptomlara sahip olduğu görülmektedir. Okul

başarı düzeyi kötüye gittikçe depresif semptomların görülme oranının arttığı görülmüştür ($p<0.05$).

Katılımcıların baba eğitim düzeyi, ebeveyn durumu, kronik hastalık durumu, kardeş sayısı ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 6. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptomların bulunma durumunun dağılımı

Değişkenler		Depresif Semptomlar			Test Değeri	P
		Yok	Var	Toplam		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş	12 ve altı	79 (52,3)	72 (47,7)	151 (100,0)	50,947	0,000*
	13-15 arası	215 (34,6)	406 (65,4)	621 (100,0)		
	16 ve üzeri	28 (15,4)	154 (84,6)	182 (100,0)		
Cinsiyet	Kız	153 (26,2)	432 (73,8)	585 (100,0)	39,056	0,000*
	Erkek	169 (45,8)	200 (54,2)	369 (100,0)		
Sınıf	7. sınıf	91 (49,2)	94 (50,8)	185 (100,0)	46,220	0,000*
	8. sınıf	87 (37,8)	143 (62,2)	230 (100,0)		
	9. sınıf	76 (32,9)	155 (67,1)	231 (100,0)		
	10. sınıf	45 (28,5)	113 (71,5)	158 (100,0)		
	11. sınıf	23 (15,3)	127 (84,7)	150 (100,0)		
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	46 (33,6)	91 (66,4)	137 (100,0)	14,108	0,007*
	Ortaokul	42 (43,8)	54 (56,3)	96 (100,0)		
	Lise	115 (38,6)	183 (61,4)	298 (100,0)		
	Üniversite	105 (28,9)	258 (71,1)	363 (100,0)		
	Yüksek lisans/Doktora	14 (23,3)	76 (76,7)	60 (100,0)		

Tablo 4. 6. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptomların bulunma durumunun dağılımı (Devam)

Değişkenler		Depresif Semptomlar			Test Değeri	P
		Yok	Var	Toplam		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	43 (36,8)	74 (63,2)	117 (100,0)	5,356	0,253
	Ortaokul	47 (39,8)	71 (60,2)	118 (100,0)		
	Lise	90 (33,1)	182 (66,9)	272 (100,0)		
	Üniversite	129 (33,0)	262 (67,0)	391 (100,0)		
	Yüksek lisans/Doktora	13 (23,2)	43 (76,8)	56 (100,0)		
Ekonomik Durum Algısı	Kötü	12 (27,3)	32 (72,7)	44 (100,0)	18,748	0,000*
	Orta	165 (32,9)	336 (67,1)	501 (100,0)		
	İyi	120 (32,3)	251 (67,7)	371 (100,0)		
	Çok iyi	25 (65,8)	13 (34,2)	38 (100,0)		
Ebeveynlerin evlilik durumu	Evli ebeveynler ile yaşıyor	276 (35,2)	507 (64,8)	783 (100,0)	4,891	0,087
	Boşanmış-tek ebeveyn ile yaşıyor	38 (25,9)	109 (74,1)	147 (100,0)		
	Anne-baba ile yaşamıyor	8 (33,3)	16 (66,7)	24 (100,0)		
Kronik Hastalık Durumu	Yok	288 (34,4)	549 (65,6)	837 (100,0)	1,313	0,252
	Var	34 (29,1)	83 (70,9)	117 (100,0)		
Sağlık Durum Algısı	Kötü	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100,0)	70,275	0,000*
	Orta	6 (7,0)	80 (93,0)	86 (100,0)		
	İyi	145 (28,7)	361 (71,3)	506 (100,0)		
	Çok iyi	170 (48,4)	181 (51,6)	351 (100,0)		

Tablo 4. 6. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre depresif semptomların bulunma durumunun dağılımı (Devam)

Değişkenler		Depresif Semptomlar			Test Değeri	p
		Yok	Var	Toplam		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Kardeş Sayısı	0	66 (33,8)	129 (66,2)	195 (100,0)	1,841	0,765
	1	177 (33,7)	348 (66,3)	525 (100,0)		
	2	56 (35,0)	104 (65,0)	160 (100,0)		
	3	17 (36,2)	30 (63,8)	47 (100,0)		
	4 ve üstü	6 (22,2)	21 (77,8)	27 (100,0)		
Okul Başarı Algısı	Kötü	6 (23,1)	20 (76,9)	26 (100,0)	17,645	0,001*
	Orta	67 (28,3)	170 (71,7)	237 (100,0)		
	İyi	147 (31,7)	316 (68,3)	463 (100,0)		
	Çok iyi	102 (44,7)	126 (55,3)	228 (100,0)		

*p<0.05, **Ki kare analizi

4.7. Katılımcıların Ağrı Deneyimleme, Analjezik Kullanma Ve Depresif Semptomların Görülme Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların ağrı deneyimleme, analjezik kullanma ve depresif semptomların görülme dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.7.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin ağrı şikâyet ve analjezik kullanma durumları ile depresif semptomlar arasındaki ilişkisi ki kare testi ile incelenmiştir. Ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı), analjezik kullanımı (baş ağrısı, karın ağrısı ve sırt ağrısı için) ile depresif semptomların görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05).

Baş ağrısı şikâyeti olmayan katılımcıların %52,1'inin ve baş ağrısı şikayeti olan katılımcıların %84'ünün depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Baş ağrısı olanlarda depresif semptomların görülme oranı daha yüksektir. Karın ağrısı şikâyeti olmayan katılımcıların %58,6'sının ve karın ağrısı şikayeti olan katılımcıların %87,1'inin depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Karın ağrısı olanlarda depresif semptomların görülme oranı daha fazladır. Sırt ağrısı

şikâyeti olmayan katılımcıların %56,5'inin ve sırt ağrısı şikayeti olan katılımcıların %83,7'sinin depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Sırt ağrısı olanlarda depresif semptomların görülme oranı daha fazladır.

Baş ağrısı için analjezik kullanmayan katılımcıların %60'ının ve baş ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların %79,3'ünün depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Baş ağrısı için analjezik kullanan katılımcılarda depresif semptomların görülme oranı daha fazladır. Karın ağrısı için analjezik kullanmayan katılımcıların %63,9'unun ve karın ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların %81,1'inin depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Karın ağrısı için analjezik kullanan katılımcılarda depresif semptomların görülme oranı daha yüksektir. Sırt ağrısı için analjezik kullanmayan katılımcıların %64,9'unun ve sırt ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların %91,5'inin depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Sırt ağrısı için analjezik kullanan katılımcılarda depresif semptomların görülme oranı daha fazladır.

Tablo 4. 7. Katılımcıların ağrı deneyimleme, analjezik kullanma ve depresif semptomların görülme dağılımı

Değişkenler		Depresif Semptomlar			Test Değeri	P
		Yok	Var	Toplam		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Baş Ağrısı Şikâyet Durumu	Yok	254 (47,9)	276 (52,1)	530 (100,0)	107,112	0,000*
	Var	68 (16,0)	356 (84,0)	424 (100,0)		
Karın Ağrısı Şikâyet Durumu	Yok	289 (41,4)	406 (58,6)	698 (100,0)	68,103	0,000*
	Var	33 (12,9)	223 (87,1)	256 (100,0)		
Sırt Ağrısı Şikâyet Durumu	Yok	266 (43,5)	345 (56,5)	611 (100,0)	72,732	0,000*
	Var	56 (16,3)	287 (83,7)	343 (100,0)		
Baş Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Durumu	Yok	258 (40,0)	387 (60,0)	645 (100,0)	34,759	0,000*
	Var	64 (20,7)	245 (79,3)	309 (100,0)		

Tablo 4. 7. Katılımcıların ağrı deneyimleme, analjezik kullanma ve depresif semptomların görülme dağılımı (Devam)

Değişkenler		Depresif Semptomlar			Test Değeri	P
		Yok	Var	Toplam		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Karın Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Durumu	Yok	297 (36,1)	525 (63,9)	822 (100,0)	15,034	0,000*
	Var	25 (18,9)	107 (81,1)	132 (100,0)		
Sırt Ağrısı İçin Analjezik Kullanım Durumu	Yok	318 (35,1)	589 (64,9)	907 (100,0)	14,087	0,000*
	Var	4 (8,5)	43 (91,5)	47 (100,0)		

*p<0.05, **Ki kare analizi

4.8. Katılımcıların Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumunu Yordayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Yapılan Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 4.8.'de verilmiştir. Katılımcılarda depresif semptomları yordayan faktörleri belirlemeye yönelik uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda ortaya çıkan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Omnibus X^2 (14)= 230,212, $p < 0,001$, Hosmer ve Lemeshow = $p > 0,05$). Araştırmanın bağımsız değişkenleri, öğrencilerin depresif semptomlara sahip olma durum varyansını %29,7'sini açıklamaktadır. Modeldeki bağımsız değişkenlerden “cinsiyet”, “ekonomik durum algısı”, “sağlık algısı”, “okul başarı algısı”, “ağrı yaşama durumu” ve “analjezik kullanma durumu” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı yordayıcılardır ($p < 0,05$). Odds Ratio oranına göre kızların depresif semptomlara sahip olma oranı erkeklere göre 1,846 kat daha fazladır (OR = 1,846, $p < 0,000$). Baş, karın ve sırt ağrılarında en az birini deneyimleyenlerde depresif semptomların bulunma durumu hiç deneyimlemeyenlere göre 3.300 kat daha fazladır (OR = 3.300, $p < 0,000$). Baş, karın ve sırt ağrılarında en az biri için analjezik kullananlarda depresif semptomların bulunma durumu hiç analjezik kullanmayanlara göre 1.708 kat daha fazladır (OR = 1,846, $p = 0,002$). Ekonomik durumu iyi olanların ekonomik

durumu kötü olanlara kıyasla depresif semptomların bulunması daha düşüktür (OR = 0.731, p = 0.017). Genel sağlık algısı iyi olanların genel sağlık algısı kötü olanlara kıyasla depresif semptomların bulunması daha düşüktür (OR = 0,538, p < 0,000). Okul başarı algısı iyi olanların okul başarı algısı kötü olanlara kıyasla depresif semptomların bulunması daha düşüktür (OR = 0,721, p = 0,003).

Tablo 4. 8. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

	B	OR	95% CI		p
			Düşük	Yüksek	
Constant	3,299	27,094			,048
Yaş	-,054	,947	,726	1,235	,689
Cinsiyet (R = Erkek)		1.000			
Kız	,613	1,846	1,347	2,531	0,000*
Sınıf	,237	1,267	,954	1,683	,103
Anne eğitim düzeyi	,188	1,207	,993	1,467	,059
Baba eğitim düzeyi	-,037	,963	,790	1,176	,714
Ekonomik durum algısı (1 = kötü, 4 = çok iyi)	-,313	,731	,565	,946	,017*
Ebeveynlerin evlilik durumu (R = Anne ve baba evli)					
Ebeveynler boşanmış	-,394	,674	,445	1,023	,064
Ebeveynden ayrı	-,023	,977	,382	2,501	,962
Kronik hastalık durumu (R = Yok)					
Var	-,356	,700	,426	1,152	,161
Sağlık durumu algısı (1 = kötü, 4 = çok iyi)	-,620	,538	,411	,704	0,000*
Kardeş sayısı	,045	1,046	,870	1,257	,636
Okul başarı durumu algısı (1 = kötü, 4 = çok iyi)	-,328	,721	,582	,892	,003*

Tablo 4. 8. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (Devam)

Baş/Karın/Sırt ağrılarından en az birini yaşama durumu (R = Hayır)		1.000			
Evet	1,194	3,300	2,366	4,602	0,000*
Baş/Karın/Sırt ağrılarından en az biri için analjezik kullanma durumu (R = Hayır)		1.000			
Evet	,535	1,708	1,209	2,412	,002*
Nagelkerke R ² = .297, Omnibus Chi Square = 230,212, SD = 14, p <0,001, Hosmer Lemeshow = p = 0,410					
OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval (Güven Aralığı), *p < 0,05					

R = referans alınan değer

Tablo 4.9. Katılımcıların Depresif Semptomlara Sahip Olma Durumunu Yordayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sınıflandırma Tablosuna İlişkin Bulgular

Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sınıflandırma tablosu 4.9.'a göre oluşturulan regresyon modeli depresif semptomlara sahip olanları %85,4, depresif semptomlara sahip olmayanları %53,1 oranında doğru sınıflamıştır. Sınıflandırma için genel doğruluk yüzdesi ise %74,5'dir.

Tablo 4. 9. Katılımcıların depresif semptomlara sahip olma durumunu yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sınıflandırma tablosu

Gözlenen		Tahmin Edilen		
		Depresif Semptomlar		Doğru
		Yok	Var	
Depresif Semptomlar	Yok	171	151	53,1
	Var	92	540	85,4
Genel Yüzde				74,5

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada adölesanlarda depresif semptomların, ağrı ve analjezik kullanımı ile ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplara göre veriler analiz edilmiş olup araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

5.1. Depresif semptomların tanıtıcı özellikler ile ilişkisinin tartışılması

Çalışmada adölesanlarda depresif semptom yaygınlığı %66,2 olarak bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde ise Türkiye’de lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada depresif semptom yaygınlığı %41,9 olarak bulunmuştur (163). Hena ve arkadaşları tarafından İsveç’te yapılan başka bir çalışmada adölesanlarda depresif semptom yaygınlığı %28 olarak saptanmıştır (11). Çin’de yapılan bir diğer çalışmada ise depresyon yaygınlığı %43,7 olarak bulunmuştur (164) Bu çalışmada **Cinsiyet** ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve kızların depresif semptomlara sahip olma oranı erkeklere göre 1,846 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Kız adölesanlarda depresif semptomların erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür (kız %73,8; erkek %54,2). Özkul ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kızların erkeklere göre daha fazla depresif semptoma sahip olduğu bulunmuştur (kız %59,6; erkek %40,3) (163). Literatürde yer alan benzer bir çalışmada kızların erkeklere göre (kız 49,3; erkek %35,9) daha fazla depresyona sahip olduğu görülmüştür (165). Yapılan çalışmalar, çalışma sonucumuza benzer şekilde kızların erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla depresyona sahip olduğunu belirtmektedir (163, 166-169). Borgman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hemen hemen her iki kızdan birinde (% 48) ve dört erkek çocuktan birinde (%25) depresif semptomların olduğu belirtilmektedir (7). Bir diğer çalışmada kızlarda şiddetli depresyon yaygınlığının % 52,6 olduğu bulunmuştur (170). Kızların erkeklere oranla daha fazla depresyonda olması, artan stres faktörlerine daha fazla maruz kalma ve hormonlar ile bağlantılı yüksek stres duyarlılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (166). Bu çalışmanın, önceki diğer çalışmalara kıyasla adölesanlarda daha fazla depresif semptom görülmesinin nedeni verilerin Covid 19 pandemi sürecinde toplanmasından kaynaklanabileceği ile ilişkilendirilmiştir. Covid 19 pandemi sürecinde adölesanın eve hapsedilmesi, sevdiklerinin hastalığı veya kaybı, hastalanma korkusuyla baş etmeye çalışması,

sosyal çevre ile olan bağlantının azalması, aile içi çatışmaların artması, ebeveynlerin iş kaybı, azalan gelir, kısıtlı hareketlilik, eğitim ile ilgili kaygılar, daha fazla sosyal medyaya maruz kalması gibi nedenlerin adölesanın ruh sağlığı sorunları yaşama eğilimini arttırabileceği, pandeminin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğu belirtilmektedir (171,172). AlAzzam ve arkadaşları Covid-19 salgını sırasında lise öğrencilerinin neredeyse üçte ikisinin depresif semptomlara sahip olduğunu belirtmiştir (173). Adölesanlarda Covid 19 öncesi ve sonrası depresyon varlığının incelendiği bir çalışmada, pandemi sonrası depresyon oranının öncesine göre yaklaşık 3 kat arttığı bulunmuştur (174). Adölesanlar arasında depresyonun arttığını belirten çalışmalar bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir (174,175).

Katılımcıların **yaş gruplarına** göre depresif semptom yaygınlığı incelendiğinde, yaş grupları ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada adölesanlarda yaşı artması ile depresif semptom yaygınlığının arttığı bulunmuştur; depresif semptomların görülme sıklığının en yüksek olduğu yaş aralığı 16 ve üzeri yaş olarak bulunmuştur (12 yaş ve altı: %47,7; 13-15 yaş arası %65,4; 16 ve üzeri %84,6). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde yaş ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu , adölesanlarda yaş artışı ile depresif semptomların arttığı belirlenmiştir (176,177). Buna karşın bazı çalışmalar adölesanlarda depresif semptomlar ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (178,179).

Bu çalışma **sınıf düzeyi** ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve katılımcıların bulundukları sınıf düzeyine göre en yüksek depresif semptom yaygınlığının 11. sınıfta öğrenim gören gençlerde olduğu bulunmuştur. Öğrenciler arasında yaş artışı ile depresif semptomların artışı göz önünde bulundurulduğunda bu beklenen bir sonuç olmuştur. Özkul ve Günüşen tarafından lise öğrencileri arasında yapılan çalışmada sınıf grupları ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve depresyon oranının en fazla 9. ve 12. sınıflarda görüldüğü saptanmıştır (163). Bu çalışmada, depresif semptomların sınıf düzeyi arttıkça artmasının ve en yüksek oranın 11. Sınıflarda olmasının sebeplerinden biri Türkiye’de yükseköğretim için öğrencileri seçmek ve değerlendirmek için uygulanan sınavların yarattığı kaygı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sınavın öğrencilerin geleceğini etkilemesi ve elemeye dayalı olması, öğrencilerin kendilerini

başkaları ile karşılaştırmasına, ruhsal semptomların görülmesine neden olabilmektedir (180). Türkiye’de yapılan bir araştırmada öğrencilerin merkezi sınav sistemi ile ilgili olumsuz metaforlara sahip olduğu (kaygılandırıcı, işkence çektiren, rahatsızlık gibi) bulunmuştur (181). Yapılan çalışmalar gençlerde depresyon ve kaygı görülme sıklığının üniversite giriş sınavları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (182,183)

Bu çalışmada depresif semptomlar ile **ebeveyn eğitim düzeyi** arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi yüksek anneye sahip adölesanlarda depresif semptomların daha yaygın olduğu depresif semptomlar ile anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak baba eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde anne eğitim düzeyi ile depresyon ilişkisini benzer şekilde ortaya çıkaran çalışmalar çok kısıtlıdır. Yoon ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ebeveyn eğitim düzeyi üniversite mezunu olan adölesan grubun, ebeveyn eğitim düzeyi lise mezunu olan gruba göre depresyon oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (184). Bu bulgu, çalışmamızı destekler niteliktedir. Ancak literatürdeki çoğu araştırma çalışmamızdan farklı bulgular ortaya çıkarmıştır. Ebeveynleri düşük eğitim düzeyine sahip adölesanların ebeveynleri yüksek eğitim düzeyine sahip adölesanlara göre daha yüksek oranda depresif semptoma sahip olduğu bulunmuştur (74,185). Önceki bir diğer çalışma ise ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olmasını özellikle annenin düşük eğitim düzeyine sahip olmasını, çocuk ruh sağlığı için bir risk faktörü olarak belirtmektedir (186). Öte yandan bazı çalışmalar ise, ebeveyn eğitimi ile adölesan depresyon semptomları arasında ilişki olmadığını belirtmektedir (187,188). Çalışmamızda adölesan depresyonun, anne eğitim düzeyi ile ilişkili olması annenin çocuk yetiştirmede babadan daha fazla role sahip olması ile açıklanabilir. Baba eğitim düzeyi, statüye bağlı gelir durumunu etkilemesi ile sosyoekonomik olarak adölesan depresyonunu etkilemektedir (189). Bu çalışmada diğer çalışma bulgularından farklı olarak anne eğitim düzeyi yüksek olan adölesanlarda depresif semptomların daha yaygın olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada Covid-19 pandemisinin okulların kapanmasına neden olarak ebeveynlerin çocuklarının günlük bakımına daha fazla zaman ayıramamasına yol açtığı ve her beş ebeveynin ikisinin, majör depresyon veya şiddetli majör depresyona sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca ebeveynlerin üçte birinden

fazlası (%34, 7) çocuklarının davranışlarının pandemiden sonra üzgün, depresif ve yalnız olmak üzere değiştiğini ifade etmişlerdir (190). Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, Covid 19 pandemisinin özellikle çalışan ve yüksek öğrenim gören annelerin ruh sağlığını etkileyerek adölesan ruh sağlığına etki ettiği düşünülmektedir.

Katılımcıların **okul başarı algısına** göre depresif semptom varlığı incelendiğinde, okul başarı algısı ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve okul başarı algısı iyi olanların okul başarı durumu kötü olanlara kıyasla depresif semptomların daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde bu çalışma sonucuna benzer şekilde Bernal-Morales ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyonun çok düşük notlu öğrencilerde sık görüldüğü saptanmıştır (191). Yapılan bir diğer çalışmada depresif öğrencilerin akademik çalışma ve motivasyon ile ilgili sorunlar yaşadığını ve depresif olmayan öğrencilere göre daha düşük not aldıkları belirtilmektedir (192). Gallerde hastane ve eğitim kayıtlarının incelendiği çalışmada gençlerden depresyon tanısı alanların, tanıyı almadan birkaç yıl öncesinde okulda eğitimsel başarıda düşüş yaşadıkları tespit edilmiştir (193). Bir çok çalışma, depresyonun akademik başarı durumunu etkilediğini ve akademik başarı ile depresyon arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğunu belirtmektedir (194,195). Depresyon semptomlarına sahip öğrencilerin dikkat ve konsantrasyonlarını sürdürmekte güçlük yaşadığı bunun da akademik başarısızlığa yol açtığı belirtilmektedir (196). Adölesanlar arasında yapılan başka bir çalışmada ise depresyon semptomlarının akademik başarıyı olumsuz etkilediği ve daha sonraki süreçlerde okulu bırakma riskini artırdığı saptanmıştır (197).

Katılımcıların **ekonomik durum algısı** ile depresif semptomlar arasındaki ilişki incelendiğinde, ekonomik durum algısı ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ekonomik durumu iyi olanların ekonomik durumu kötü olanlara göre daha düşük depresif semptomlara sahip olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde benzer sonuçları elde eden farklı çalışmalar mevcuttur. Çin’de Xu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, sosyoekonomik durumu kötü adölesanlar ile depresif semptomlar arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (198). Benzer bir çalışmada, aile geliri az olan adölesanların depresif semptomlara sahip olma olasılığının daha fazla olduğu belirtilmektedir (199,200).

Reiss ve arkadaşları düşük sosyoekonomik düzeye sahip adölesanların ekonomik düzeyi yüksek olan akranlarına göre daha sık ruğ sağlığı sorunları yaşadığını saptamıştır (201). Avustralya’da yürütölen bir kohort çalışmasında, yoksul aileye sahip olan gençlerin daha fazla depresif olma riski taşıdığı ve yoksulluğun adölesan ve genç yetişkin depresyonunun en güçlü yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (202).

Katılımcıların **ebeveyn evlilik durumunun** depresif semptomlar ile ilişkisi incelendiğinde, ebeveyn evlilik durumu ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Boşanmış ebeveyne sahip adölesanlar ile evli ebeveynlere sahip adölesanların depresyon durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (203). Bir başka çalışmada ise ebeveyn boşanmasının adölesan depresyonunu etkileyen faktörlerden biri olduğu bulunmuştur (204). Yapılan bir diğör çalışmada, boşanmış ebeveyne sahip adölesanların ebeveynleri evli ve birlikte yaşayan adölesanlara göre daha fazla depresyona sahip olduğu bulunmuştur (205). Benzer şekilde literatürde, boşanmış ebeveyne sahip çocukların ebeveynleri boşanmamış olan çocuklara göre daha fazla depresyon riski taşıdığını belirten birçok çalışma mevcuttur (206-209). Oldehinkel ve arkadaşları (2008) ebeveyn boşanmasının kızlar arasında depresif belirtiler ile güçlü bir ilişkisinin olduğunu ancak erkeklerde böyle bir ilişkinin olmadığını saptamıştır (210).

Çalışmada **kronik hastalığa** sahip adölesanlarda depresif semptomlar daha fazla görülmesine rağmen, kronik hastalık ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Adölesanlarla yapılan bir çalışmada kronik hastalık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (111). Literatür incelendiğinde fiziksel rahatsızlığı olan çocuklarda ruhsal bozukluğun yaygın olduğu belirtilmektedir (211). Gençlerde kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ve kronik hastalığa sahip gençlerin sağlıklı akranlarından daha yüksek depresyon riski altında oldukları tespit edilmiştir (77,212, 213). Depresyon ve kronik hastalıklar arasında güçlü ve çift yönlü ilişki olduğu ve depresyonun kronik hastalıkların gelişimine olumsuz bir şekilde katkıda bulunduğu saptanmıştır (214). Kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanların, sağlıklı yaşıtlarına göre ortalama olarak daha yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu bulunmuştur (77).

Katılımcıların **genel sağlık algısı** ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda genel sağlık algısı kötü olanların genel sağlık algısı iyi olanlara göre daha fazla depresif semptomlara sahip olduğu saptanmıştır. Jovic-Vranes ve arkadaşları tarafından adölesanlar arasında yapılan çalışmada algılanan sağlığın psikolojik iyi oluş ile ilişkili olduğu bulunmuştur (215). Yapılan bir diğer çalışmada, sağlığını kötü olarak değerlendiren adölesanların depresyona daha fazla sahip olduğu bulunmuştur (216). Kız adölesanlar arasında yapılan çalışmada algılanan sağlık ile depresif semptomlar arasında ters yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (217). Obezitenin, algılanan olumsuz sağlıkla ilişkisi vardır (218). Yapılan bir çalışmada adölesanlarda obezitenin depresyonu doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkileyebileceği (akran zorbalığı ve kilo temelli alay gibi stresli yaşam olayları), obezitenin biyolojik olarak gençleri depresyona yatkın hale getirebileceği veya depresyona neden olan bir faktör olabileceği belirtilmektedir (219). Adölesan döneminde obezitenin depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (220). Ayrıca algılanan kötü sağlığın, kronik hastalıklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır (221).Yapılan çalışmalarda astımı olan adölesanlarda depresyonun yaygın olduğu bulunmuştur (222,223). Aynı şekilde tip 2 diyabete sahip adölesanların daha yüksek depresyona sahip olduğu bulunmuştur (166). Benzer şekilde kanser hastası olan adölesan ve genç yetişkenlerde de depresyon gibi psikososyal sorunların olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (224). Atrifard ve arkadaşları kanser hastası adölesanlarda depresyon oranının sağlıklı olanlara göre daha yüksek olduğunu ve bu durumun hastalık prognozunu kötü etkilediğini saptamıştır (225). Literatürde birçok hastalık ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (77).

Çalışmada 4 ve üstü kardeş sayısına sahip adölesanlarda depresif semptomlar daha fazla görülmesine rağmen **kardeş sayısı** ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde tek çocuk veya kardeşe sahip olmanın adölesana olan etkileri, doğum sırasına veya kardeşler arası ilişkilerin etkilerine göre daha az incelenmiştir. Yapılan birçok çalışmada kardeş sayısı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (226-228) Öte yandan yapılan çalışmalarda , kardeşe sahip olan adölesanların depresyona daha yatkın olduğunu belirtmektedir (229,230). Tüm bu çalışma sonuçlarından farklı olarak kardeşi

olmayan çocuklarda, kardeşi olanlara göre depresif semptomların daha sık görüldüğü belirtilmektedir (231). Koreli adölesanlar arasında yapılan çalışmada kardeş sahibi olmanın daha düşük depresif belirti ve intihar girişim olasılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (232). Liu ve arkadaşları kardeşi olanların olmayanlara göre daha iyi ruhsal sağlığa sahip olduğunu bulmuştur (233).

5.2. Depresif semptomların ağrı ve analjezik kullanımı ile ilişkisinin tartışılması

Çalışmada adölesanlarda **ağrı deneyimleme** ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma bulguları baş, karın ve sırt ağrılarından en az birini deneyimleyenlerde depresif semptomların bulunma durumu hiç deneyimlemeyenlere göre 3,300 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Borgman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kızların yarısından fazlasında (% 56) ve erkeklerin üçte birinde (%33) haftada bir baş ağrısı, karın ağrısı veya sırt ağrısı yaşadıkları bulunmuştur (7). Yapılan çalışmalarda ağrı ile depresif semptomlar arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur (7,234). Adölesanlar arasında yapılan bir çalışmada karın ağrısı olan adölesanların, karın ağrısı olmayanlara göre daha yüksek oranda depresyon prevelansına sahip olduğu ve karın ağrısı olan adölesanların depresyona sahip olma olasılığının iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (102). Yapılan başka bir çalışmada kas-iskelet ağrısı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (235). Ayrıca ağrı şikayeti olan adölesanların, intihar düşünce ve girişim riskine sahip olduğu belirtilmiştir (236). 12-14 yaş arası adölesanlar arasında yapılan çalışmada tekrarlayan baş ağrısı oranının (% 29) olduğu ve tekrarlayan baş ağrısına sahip adölesanların, baş ağrısı olmayanlara göre depresif belirtiler açısından daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır (237,238). Skrove ve arkadaşları yaptıkları çalışmada depresif semptomu olan adölesanların ağrı yaşama riskinin fazla olduğunu belirtmektedir (135). Depresyonun, ağrı ile güçlü bir ilişki gösterdiği ve ağrının gelişmesine ve korunmasına neden olduğu bulunmuştur (134,139).

Adölesanlarda **analjezik kullanımının** depresif semptomlar ile ilişkisi incelendiğinde, katılımcıların baş ağrısı, karın ağrısı ve sırt ağrısı için analjezik kullanma sıklığı sırasıyla %23,3, %10, %3 olarak bulunmuştur. Çalışma bulguları baş, karın ve sırt ağrılarından en az biri için analjezik kullananlarda depresif semptomların bulunma durumu hiç analjezik kullanmayanlara göre 1,708 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda analjezik kullanım sıklığının adölesanlar arasında yaygın olduğu ve adölesanların analjezikleri günlük veya haftalık olarak kullandığı belirtilmektedir. Önceki bir çalışmada gençlerin %26'sının analjezikleri günlük veya haftalık olarak kullandığı bulunmuştur (131). Başka bir çalışmada ise adölesanların %20'sinin bir ay boyunca analjezik kullandığı bildirilmiştir (127). Wilson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesanların bir ayda analjezik kullanım oranı %78 olarak bulunmuştur (15). Almanya'da çocuk ve adölesanlar arasında yapılan bir çalışmada analjezik kullanım yaygınlığı %8,9 olarak belirtilmiştir (240). Bu çalışmada adölesanlarda analjezik kullanımı ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışma bulgularına benzer sonuçlar bulunmuştur. Hena ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, gençlerin baş ağrısı ve karın ağrısından kaynaklanan ağrıyı hafifletmek için analjezik kullandığı (kız:%18,9, erkek:%3,4) ve depresif semptomlara sahip öğrencilerin, depresif olmayanlara göre, baş ağrısı ve karın ağrısı nedeniyle analjezik kullanma olasılığının yüksek olduğu belirtilmiştir (11). Jonassen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise kızların ve erkeklerin haftalık olarak %13'ünün analjezik kullandığı ve depresyonun haftalık analjezik kullanımının en güçlü psikolojik yordayıcısı olduğu saptanmıştır (241). Norveçli adölesanlarla yapılan bir çalışmada ise kızların önemli ölçüde daha yüksek analjezik kullanma eğiliminde olduğu ve ruhsal sağlık sorunlarından biri olan depresyonun analjezik kullanımının en önemli faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur (242).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir;

1. Adölesanlarda depresif semptomların genel yaygınlık oranı %66,2 olduğu, kızların (%73,8) erkeklere (%54,2) göre yaklaşık iki kat (1,846) daha fazla depresyona sahip olduğu bulunmuştur.
2. Depresif semptomlar ile yaş, cinsiyet, sınıf, anne eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, genel sağlık algısı, okul başarı algısı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.
3. Adölesanların %20,1'i (n=192) haftada bir defadan fazla baş ağrısı, %11,1'i (n=106) haftada bir defadan fazla karın ağrısı, %14,9'u (n=142) haftada bir defadan fazla sırt ağrısı deneyimledikleri belirlenmiştir.
4. Adölesanların %9,1'si (n=87) haftada bir defadan fazla baş ağrısı nedeniyle analjezik kullandığı, %3,9'u (n=37) haftada bir defadan fazla karın ağrısı nedeniyle analjezik kullandığı, %1,9'u (n=18) haftada bir defadan fazla sırt ağrısı nedeniyle analjezik kullandığı belirlenmiştir.
5. Adölesanlarda depresif semptomlar ile ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı yaşayan adölesanların sırası ile %84, %87,1, %83,7 oranları ile daha fazla depresif semptoma sahip olduğu belirlenmiştir.
6. Adölesanlarda depresif semptomlar ile analjezik kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı için analjezik kullanan adölesanların sırası ile %79,3, %81,1, %91,5 oranları ile daha fazla depresif semptoma sahip olduğu belirlenmiştir.
7. Yapılan lojistik regresyon analizine göre kız cinsiyet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü başarı durumu, kötü sağlık durumu, ağrı yaşama ve analjezik kullanımı depresif semptomlara sahip olmayı etkileyen risk faktörleridir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

1. Çalışmamızda adölesanlarda depresif semptomların yaygın olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı açısından özellikle riskli bir dönem olan adölesan döneminde, okullarda erken tanılamaya yönelik ruh sağlığı tarama programlarının planlanmasının ve uygulanmasının sağlanması,
2. Depresyona neden olabilecek risk faktörlerine sahip (kız cinsiyet, düşük sosyo ekonomik düzey, düşük okul başarısı, kötü genel sağlık durum gibi) öğrencilerin depresyon riski açısından değerlendirilmesi ve takip edilmesi,
3. Okullarda uygulanan ruh sağlığı taramalarında depresif semptomlar gösteren öğrencilerin, kesin tanı için ileri tanı yöntemlerinin uygulanabileceği kurumlara sevk işleminin sağlanması,
4. Öğrencinin sık ağrı yaşama ve analjezik kullanma nedenlerinin sağlık profesyonelleri tarafından iyi araştırılması gerektiği ve bu konuda takip çalışmalarının yapılması,
5. Sağlık profesyonelleri, aileler ve öğretmenler, adölesanlarda yaşanan sık ağrının ve yüksek analjezik kullanımının depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarından kaynaklanabileceğinin farkında olması gerektiği,
6. Sık ağrı yaşayan öğrencilerin belirlenmesi ve ağrıyı kontrol etme yöntemleri (farmakolojik ve nonfarmakolojik) konusunda öğrencilerin bilinçlendirilmesi,
7. Sık analjezik kullanımı veya kullanım alışkanlığı olan öğrenciler tespit edilerek yüksek analjezik kullanımının zararları hakkında bilgi vererek akılcı analjezik kullanımı konusunda girişimlere öncelik verilmesini önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Depression (Internet).2021 (Erişim tarihi: 08.02.2021) Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. American Psychiatric Association (APA). What Is Depression? (Internet).2020 (Erişim tarihi: 08.02.2021) Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
3. World Health Organization (WHO). Depression (Internet). 2020 (Erişim tarihi: 08.02.2021) Erişim adresi: <https://w.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Discovery Mood and Anxiety Program. Mental Health Program. (Internet). Erişim tarihi: 10.02.2021) Erişim adresi: <https://discoverymood.com/blog/todays-teens-depressed-ever/>
5. Petito A, Pop TL, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, Pettoello-Mantovani M. The burden of depression in adolescents and the importance of early recognition. The Journal of pediatrics. 2020; 218, 265-267.
6. Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garraalda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents. 2019.
7. Borgman S, Ericsson I, Clausson EK, Garmy P. The relationship between reported pain and depressive symptoms among adolescents. The Journal of School Nursing. 2020; 36(2): 87-93.
8. Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi; 2010. 23(1), 60-65.
9. Şişman, FN, Kadioğlu H, Ergün A, Erol S. Okul çocuklarında somatizasyon ve somatik belirtiler nedeniyle okul revirine başvuru durumu. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 2013. 4(3),131-136
10. Shannon RA, Bergren MD, Matthews A. Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. The Journal of School Nursing; 2010. 26(3), 169-182.

11. Hena M, Leung C, Clausson EK, Garmy P Association of depressive symptoms with consumption of analgesics among adolescents. Journal of pediatric nursing; (2019). 45,s19-23.
12. Ekim A, Akın İ, Ocakçı AF. Self medication among adolescents. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2018. 9(3), 272-276.
13. Holmström IK, Bastholm-Rahmner P, Bernsten C, Röing M, Björkman I. Swedish teenagers and over-the-counter analgesics–Responsible, casual or careless use. Research in Social and Administrative Pharmacy; (2014). 10(2), 408-418.
14. Bjarnason I. Gastrointestinal safety of NSAIDs and over-the-counter analgesics. International Journal of Clinical Practice. 2013; 67: 37-42.
15. Wilson KM, Singh P, Blumkin AK, Dallas L, Klein JD. Knowledge gaps and misconceptions about over-the-counter analgesics among adolescents attending a hospital-based clinic. Academic pediatrics. 2010; 10(4), 228-232.
16. Kökoğlu B, Ünlüoğlu İ. Adölesan dönemi ve psikiyatrik bozukluklar. turkiye klinikleri Family Medicine-Special Topics; 2018. 9(5), 61-64.
17. Aydın B. Çocuk ve Ergen Psikolojisi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2019;171.)
18. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (Internet) 2019. Adolescent demographics. (Erişim Tarihi:08.02.2021). Erişim adresi: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/>
19. World Health Organization (WHO). Maternal, Newborn, Child And Adolescent Health And Ageing (Internet) 2021. (Erişim Tarihi:08.02.2021). Erişim adresi: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-population-as-percentage-of-total-population>
20. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Adolescence an age of opportunity. The State Of The World's Children (Internet) 2011 (Erişim Tarihi:10.02.2021). Erişim adresi: <https://data.unicef.org/resources/the-state-of-the-worlds-children-2011-adolescents-an-age-of-opportunity/>

21. Akçan Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Adolescence period: physical growth, psychological and social development process. Turkish Family Physician; 2012.3, 10–16.
22. World Health Organization (WHO). Adolescent health (Internet) 2021. (Erişim tarihi: 10.02.2021). Erişim adresi: <https://www.who.int/southeastasia/activities/adolescent-health>
23. Jaworska N, MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. Journal of psychiatry & neuroscience;2015. JPN, 40(5), 291.
24. Özdemir A, Utkualp N, Palloş A. Physical and psychosocial effects of the changes in adolescence period. International Journal of Caring Sciences. 2016; 9(2): 717.
25. Allen B, Waterman H. Stages of adolescence. healthy children pediatricians. 2019).
26. State Adolescent Health Resource Center (SAHRC). Understanding adolescence: late adolescence. (Internet) 2013. (Erişim tarihi: 20.04.202). Erişim adresi: <https://sahrc.umn.edu/understanding-adolescence>
27. Rahmandar MH, Biro FM. Suicide, puberty, and a changing body. International Journal of Child Health and Human Development. 2017; 10(4), 299-304.
28. Oldehinkel AJ, Rosmalen JG, Buitelaar JK, Hoek HW, Ormel J, Raven D ve ark. Cohort profile update: the tracking adolescents' individual lives survey (TRAILS). International Journal of Epidemiology. 2015; 44(1): 76-76.
29. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. BMC Psychiatry; (2018).18, 6
30. McLaughlin Katie A, Garrad Megan C, Somerville Leah H. What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. Dialogues in clinical neuroscience, 2015, 17.4: 403.

31. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*. 2014; 48(7): 606-616.
32. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O ve ark. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. (2011); 378(9801): 1515-1525.
33. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T ve ark. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological medicine*. 2013; 43(3): 471.
34. Avenevoli S, Baio J, Bitsko RH, Blumberg SJ, Brody DJ, Crosby A. ve ark. Mental health surveillance among children. United States, 2013
35. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
36. Jonsson U, Bohman H, Von Knorring L, Olsson G, Paaren A, Von Knorring AL. Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of affective disorders*. 2011; 130(3): 395-404.
37. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*; 2012. 21(2), 385-400.
38. Moreh S, O'lawrence HENRY. Common risk factors associated with adolescent and young adult depression. *Journal of health and human services administration*, 283-310. Rice, F. (2010). Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. *Genome Medicine*; 2016. 2(9), 1-6.
39. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*. 2011; 32(4): 192-202.
40. An American Addiction Centers Resource. Biology of Depression- Genetics and Imaging. (Internet).2021 (Erişim tarihi: 28.04.2021) Erişim adresi: <https://www.mentalhelp.net/depression/biology-genetics-and-imaging/>

41. Jaffee SR, Sligo JL, McAnally HM, Bolton AE, Baxter JM, Hancox RJ. Early-onset and recurrent depression in parents increases risk of intergenerational transmission to adolescent offspring. *J Child Psychol Psychiatry*; 2021 Aug;62(8):979-988.
42. Yalaki Z, Çakir I, Taşar MA, Yalçın N, Bilge YD. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012; 39(3): 350-358.
43. Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 543.
44. McGuinness TM, Dyer JG, Wade EH. Gender differences in adolescent depression. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv*. 2012; 50: 17–20.
45. Shapero BG, Black SK, Liu RT, Klugman J, Bender RE, Abramson LY, Alloy LB. Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*; 2014. 70(3), 209-223
46. Sokratous S, Merkouris A, Middleton N, Karanikola M. The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive correlational study. *BMC public health*; 2013. 13(1), 1-16.
47. Tsehay M, Necho M, Mekonnen W. The role of adverse childhood experience on depression symptom, prevalence, and severity among school going adolescents. *Depression research and treatment*, 2020.
48. Anderson J. The impact of family structure on the health of children: Effects of divorce. *The Linacre Quarterly*. 2014; 81(4): 378-387.
49. Bohman H, Låftman SB, Päären A, Jonsson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC psychiatry*; 2017. 17(1), 1-11.
50. Lippard ET, Nemeroff CB. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*; 2020. 177(1), 20-36

51. Davis L, Shlafer RJ. Mental health of adolescents with currently and formerly incarcerated parents. *Journal of adolescence*; 2017. 54, 120-134.
52. Albert PR. Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*; 2015. 40(4), 219.
53. Hankin BL. Depression from childhood through adolescence: Risk mechanisms across multiple systems and levels of analysis. *Current opinion in psychology*; 2015. 4, 13-20.
54. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(2): 321-342.
55. Lewis M, Rudolph KD. *Handbook of developmental psychopathology*. Springer Science and Business Media. 2014
56. Hong YR, Park JS. Impact of attachment, temperament and parenting on human development. *Korean journal of pediatrics*; 2012. 55(12), 449
57. Pace U, Zappulla C. Detachment from parents, problem behaviors, and the moderating role of parental support among Italian adolescents. *Journal of Family Issues*. 2013; 34(6): 768-783.
58. Winston R, Chicot R. The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London journal of primary care*. 2016; 8(1), 12-14
59. Kerns KA, Brumariu LE. Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence?. *Child development perspectives*. 2014; 8(1): 12-17.
60. Pereira ML, Ferraz MPDT, Peçanha DLN, Mesquita ME, Finazzi MEP, Bordin IAS. Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*; 2015. 32(4), 641-652.
61. Cummings EM, Koss KJ, Davies PT. Prospective relations between family conflict and adolescent maladjustment: Security in the family system as a mediating process. *Journal of abnormal child psychology*. 2015; 43(3): 503-515.

62. Branje S. Development of parent–adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*. 2018;12(3): 171-176.
63. Warmingham JM, Rogosch FA, Cicchetti D. Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*. 2020; 102: 104377.
64. Pyun YS. The influence of father-child relationship on adolescents' mental health. 2014
65. Yavuz BG, Erensoy İY, Karamustafalıoğlu O, Bakım B, Gündoğar A. Effects of parental attitudes among a group of high school students in Istanbul. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2015; 52(1): 19.
66. Hernandez L, Cancilliere MK, Graves H, Chun TH, Lewander W, Spirito A. Substance use and depressive symptoms among adolescents treated in a pediatric emergency department. *Journal of child & adolescent substance abuse*. 2016; 25(2), 124-133.
67. Ren P, Qin X, Zhang Y, Zhang R. Is social support a cause or consequence of depression? A longitudinal study of adolescents. *Frontiers in psychology*. 2018; 9, 1634.
68. Emiroğlu M, Murat M, Bindak R. Lise son sınıf öğrencilerinin depresyon düzeylerini yordayan sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011; 10(38): 262-274 .
69. Kisilitsyna OGAE. The social and economic risk factors of mental disorders of adolescents. *Russian Education & Society*. 2010; 52(10): 69-84.
70. Ronen T, Hamama L, Rosenbaum M, Mishely Yarlapp A. Subjective well-being in adolescence: The role of self-control, social support, age, gender, and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*. 2016; 17(1): 81-104.
71. Herres J, Kobak R. The role of parent, teacher, and peer events in maintaining depressive symptoms during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015; 43(2), 325-337.
72. Huang Y, Macek P, Lu J. Depressive Symptoms and Negative Experiences in School: A Network Analysis. *medRxiv* 2021.

73. Pepin C, Muckle G, Moisan C, Forget Dubois N, Riva M. Household overcrowding and psychological distress among Nunavik Inuit adolescents: a longitudinal study. *International journal of circumpolar health*. 2018; 77(1): 1541395.
74. Torvik FA, Eilertsen EM, McAdams TA, Gustavson K, Zachrisson HD, Brandlistuen R ve ark Mechanisms linking parental educational attainment with child ADHD, depression, and academic problems: a study of extended families in The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020; 61(9): 1009-1018.
75. Jakovljevic I, Miller AP, Fitzgerald B. Children's mental health: Is poverty the diagnosis?. *British Columbia Medical Journal*. 2016; 58(8).
76. National Institute of Mental Health (NIMH). Chronic Illness and Mental Health: Recognizing and Treating Depression. (Internet). (Erişim tarihi: 10.02.2021). Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mental-health>
77. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*. 2011; 36(4): 375-384.
78. Mental Health America (MHA). Chronic Pain and Mental Health. (Internet) (Erişim tarihi: 10.02.2021). Erişim adresi: [Chronic Pain and Mental Health | Mental Health America \(mhanational.org\)](https://www.mhanational.org/chronic-pain-and-mental-health)
79. Masnari O, Landolt MA, Roessler J, Weingaertner SK, Neuhaus K, Meuli M, Schiestl C. Self-and parent-perceived stigmatisation in children and adolescents with congenital or acquired facial differences. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2012; 65(12), 1664-1670.
80. Feragen KB, Stock NM, Sharratt ND, Kvalem IL. Self-perceptions of romantic appeal in adolescents with a cleft lip and/or palate. *Body Image*. 2016; 18, 143-152.

81. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982
82. Crofford LJ. Chronic pain: where the body meets the brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2015; 126: 167.
83. Dydyk AM, Grandhe S. Pain assessment. 2021 May 12.
84. Mills SE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*. 2019; 123(2): 273-283.
85. Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Pain*. 2013; 2(7).
86. Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottová-Jordan V, Maher CG. An international survey of pain in adolescents. *BMC public health*. 2014;14(1): 1-7.
87. Haraldstad K, Sørum R, Eide H, Natvig GK, Helseth S. Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2011; 25(1): 27-36.
88. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L ve ark. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011; 152(12): 2729-2738.
89. Gobina I, Villberg J, Välimaa R, Tynjälä J, Whitehead R, Cosma A ve ark. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *European Journal of Pain*. 2019; 23(2): 316-326.
90. Wager J, Brown D, Kupitz A, Rosenthal N, Zernikow B. Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: Differences by sex and age. *European Journal of Pain*. 2020; 24(4): 761-772.
91. Hoftun GB, Romundstad PR, Zwart JA, Rygg M. Chronic idiopathic pain in adolescence—high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008. *Pain®*. 2011; 152(10): 2259-2266.

92. Benjamin JZ, Harbeck-Weber C, Sim L. Pain is a family matter: Quality of life in mothers and fathers of youth with chronic pain. *Child: care, health and development*; 2019. 45(3), 440-447.
93. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *American Psychologist*; 2014. 69(2), 142.
94. Caes L, Fisher E, Clinch J, Tobias JH, Eccleston C. The role of pain-related anxiety in adolescents' disability and social impairment: ALSPAC data. *European Journal of Pain*. 2015; 19(6): 842-851.
95. Nilsson S, Rosvall PÅ, Jonsson A. Adolescent-centered pain management in school when adolescents have chronic pain: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*. 2017; 9(4): 8-19.
96. Groenewald CB, Essner BS, Wright D, Fesinmeyer MD, Palermo TM. The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The Journal of Pain*. 2014; 15(9): 925-933.
97. Gereau IV RW, Sluka KA, Maixner W, Savage SR, Price TJ, Murinson BB ve ark. A Pain research agenda for the 21st century. *The Journal of Pain*. 2014; 15(12): 1203-1214.
98. Gupta Karkhanis D, Winsler A. Somatization in children and adolescents: practical implications. *journal of indian association for child & adolescent mental health*. 2016; 12(1).
99. Krogh AB, Larsson B, Linde M. Prevalence and disability of headache among Norwegian adolescents: a cross-sectional school-based study. *Cephalalgia*. 2015; 35(13): 1181-1191.
100. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The link between depression and chronic pain: neural mechanisms in the brain. *Neural plasticity*; 2017.
101. Darnall BD, Carr DB, Schatman ME. Pain psychology and the biopsychosocial model of pain treatment: ethical imperatives and social responsibility. *Pain Medicine*. 2017; 18(8): 1413-1415.

102. Ayonrinde OT, Ayonrinde OA, Adams LA, Sanfilippo FM, O'Sullivan TA, Robinson M, Olynyk JK. The relationship between abdominal pain and emotional wellbeing in children and adolescents in the Raine Study. *Scientific reports*; 2020; 10(1), 1-11.
103. Bohman H, Jonsson U, Päären A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL. Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC psychiatry*. 2012;12(1), 1-10.
104. Bohman H, Jonsson U, Von Knorring AL, Von Knorring L, Päären A, Olsson G. Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatrica*. 2010; 99(11): 1724-1730.
105. Melkevik O, Clausen T, Pedersen J, Garde AH, Holtermann A, Rugulies R. Comorbid symptoms of depression and musculoskeletal pain and risk of long term sickness absence. *BMC public health*. 2018; 18(1), 1-9.
106. Holmes A, Christelis N, Arnold C. Depression and chronic pain. *The Medical Journal of Australia*. 2013; 199(6), S17-S20.
107. Murray CB, Groenewald CB, De La Vega R, & Palermo, T. M. Long-term impact of adolescent chronic pain on young adult educational, vocational, and social outcomes. *Pain*. 2020; 161(2): 439-445.
108. Patel AS, Farquharson R, Carroll D, Moore A, Phillips CJ, Taylor RS, Barden J. The impact and burden of chronic pain in the workplace: a qualitative systematic review. *Pain Practice*. 2012; 12(7), 578-589.
109. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011; 18(1): 83-92.
110. El Geziry A, Toble Y, Al Kadhi, F, Pervaiz M, Al Nobani M. Non-pharmacological pain management. *Pain management in special circumstances*. 2018; 1-14.
111. Eser U. Akılcı Analjezik Kullanım İlkeleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. (2017); 9(1): 44-47.
112. Becker WC, Dorflinger L, Edmond SN, Islam L, Heapy AA, Fraenkel L. Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC family practice*. 2017; 18(1): 1-8.

- 113.Park HJ, Moon DE. Pharmacologic management of chronic pain. The Korean journal of pain. 2010; 23(2): 99.
- 114.Trang T, Al-Hasani R, Salvemini D, Salter MW, Gutstein H, Cahill CM. Pain and poppies: the good, the bad, and the ugly of opioid analgesics. Journal of Neuroscience. 2015; 35(41)
- 115.Hagemeier NE. Introduction to the opioid epidemic: the economic burden on the healthcare system and impact on quality of life. Am J Manag Care, 24(10 Suppl). 2018; 200-6.
- 116.Kardas P, Urbański F, Lichwierowicz A, Chudzyńska E, Czech M., Makowska K, Kardas G. The Prevalence of Selected Potential Drug-Drug Interactions of Analgesic Drugs and Possible Methods of Preventing Them: Lessons Learned From the Analysis of the Real-World National Database of 38 Million Citizens of Poland. Frontiers in Pharmacology. 2021; 11, 2283.
- 117.Bloom FE. Analgesic. Encyclopedia Britannica. 2017
- 118.Rotundo L, Pirsopoulos N. Liver injury induced by paracetamol and challenges associated with intentional and unintentional use. World journal of hepatology. 2020; 12(4): 125.
- 119.Oluwafisayo AJ, Mlenzana NB, Shamila M, Nesto T, Grace M. Side effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: The experience of patients with musculoskeletal disorders. Am J Public Health Res. 2014; 2, 106-112.
- 120.National Institute on Drug Abuse (NIDA). (Internet) 2020 Prescription Opioids DrugFacts. (Erişim tarihi 10.04.2021) Erişim adresi: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-opioids>
- 121.Chen A, Ashburn MA. Cardiac effects of opioid therapy. Pain Medicine, 2015; 16(suppl_1): S27-S31.
- 122.Khansari M, Sohrabi M, Zamani F. The usage of opioids and their adverse effects in gastrointestinal practice: a review. Middle East journal of digestive diseases. 2013; 5(1): 5.
123. A Train Continuing Education for Healthcare Professionals (Atrainceu). Internet. (Erişim Tarihi: 16.04.2021). Erişim adresi: <https://www.atrainceu.com/content/12-non-opioid-and-adjuvant-analgesics>

124. Wheeler KE, Grilli R, Centofanti JE, Martin J, Gelinas C, Szumita PM ve ark. Adjuvant analgesic use in the critically ill: a systematic review and meta-analysis. *Critical care explorations*. 2020; 2(7).
125. Albatti TH, Alawwad S, Aldueb R, Alhoqail R, Almutairi R. The self medication use among adolescents aged between 13–18 years old; Prevalence and behavior, Riyadh–Kingdom of Saudi Arabia, from 2014–2015. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2017; 4(1): 19-25.
126. Skarstein S, Lagerløv P, Kvarme LG, Helseth S. High use of over-the-counter analgesic; possible warnings of reduced quality of life in adolescents-a qualitative study. *BMC nursing*. 2016; 15(1), 1-11.
127. Hasseleid SN, Clench-Aas J, Raanaas RK, Lundqvist C. The association between adolescent and parental use of non-prescription analgesics for headache and other somatic pain—a cross-sectional study. *Scandinavian journal of pain*. 2017; 16: 114-121.
128. Shehnaz SI, Agarwal AK, Khan N. A systematic review of self-medication practices among adolescents. *Journal of adolescent health*. 2014; 55(4): 467-483.
129. Holstein BE, Andersen A, Fotiou A, Gobina I, Godeau E, Holme Hansen E ve ark. Medicine Use Writing Group. Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries from 1986 to 2010. *The European Journal of Public Health*. 2015; 25(suppl_2): 76-79.
130. Gobina I, Villberg J, Villerusa A, Välimaa R, Tynjälä J, Ottova-Jordan V ve ark. Self-reported recurrent pain and medicine use behaviours among 15-year olds: Results from the international study. *European journal of pain*. 2015; 19(1): 77-84.
131. Skarstein S, Rosvold EO, Helseth S, Kvarme LG, Holager T, Småstuen MC, Lagerløv P. High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2014; 28(1): 49-56.

- 132.Gini G, Pozzoli T, Lenzi M, Vieno A. Bullying victimization at school and headache: A meta-analysis of observational studies. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014; 54(6): 976-986.
- 133.Politis S, Bellou V, Belbasis L, Skapinakis P. The association between bullying-related behaviours and subjective health complaints in late adolescence: cross-sectional study in Greece. *BMC research notes* 2014; 7(1): 1-9.
- 134.Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Factors associated with adolescent chronic non-specific pain, chronic multisite pain, and chronic pain with high disability: the Young–HUNT Study 2008. *The Journal of Pain*. 2012; 13(9): 874-883.
- 135.Skrove M, Romundstad P, Indredavik MS. Chronic multisite pain in adolescent girls and boys with emotional and behavioral problems: the Young-HUNT study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 24(5): 503-515.
- 136.Östberg V, Låftman SB, Modin B, Lindfors P. Bullying as a stressor in mid-adolescent girls and boys–associations with perceived stress, recurrent pain, and salivary cortisol. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(2): 364.
- 137.Lereya ST, Copeland WE, Zammit S, Wolke D. Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European child & adolescent psychiatry*. 2015; 24(12): 1461-1471.
- 138.Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Therapeutic advances in drug safety*. 2014; 5(2): 87-99.
- 139.Marathe PA, Kamat SK, Tripathi RK, Raut SB, Khatri NP. Over-the-counter medicines: Global perspective and Indian scenario. *Journal of postgraduate medicine*. 2020; 66(1): 28.
- 140.Golar SK. Use and understanding of analgesics (painkillers) by Aston university students. *Bioscience Horizons*. 2011; 4(1): 71-78.
- 141.Nicholson T, Singer D. *Pocket Prescriber*. CRC Press. 2013
- 142.Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; (1).

- 143.Daifallah A, Jabr R, Al-Tawil F, Elkourdi M, Salman Z, Koni A, Sa'ed HZ. An assessment of parents' knowledge and awareness regarding paracetamol use in children: a cross-sectional study from Palestine. BMC public health. 2021; 21(1), 1-10.
- 144.Jensen JF, Gottschau M, Siersma VD, Graungaard AH, Holstein BE, Knudsen LE. Association of maternal self-medication and over-the-counter analgesics for children. Pediatrics. 2014; 133(2): 291-298.
- 145.Brands B, Paglia-Boak A, Sproule BA, Leslie K, Adlaf EM. Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students. Canadian Family Physician. 2010; 56(3): 256-262.
- 146.Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Protect Your Children: Store and Use Medicines Safely (Internet). 2020 (Erişim tarihi: 05.06.2021) Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/patientsafety/features/safe-medicine-children.html>
- 147.Lagerløv P, Rosvold EO, Holager T, Helseth S. How adolescents experience and cope with pain in daily life: a qualitative study on ways to cope and the use of over-the-counter analgesics. BMJ open. 2016; 6(3).
- 148.Costello M, Thompson S Preventing opioid misuse and potential abuse: The nurse's role in patient education. Pain Management Nursing. 2015; 16(4), 515-519.
- 149.Issa MR, Awajeh AM, Khraisat FS. Knowledge and attitude about pain and pain management among critical care nurses in a tertiary hospital. J Intensive Crit Care. 2017; 3(1).
- 150.Kahsay DT, Pitkääjärvi M. Emergency nurses knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. BMC nursing 2019; 18(1): 1-13.
- 151.Alotaibi K, Higgins I, Chan S. Nurses' knowledge and attitude toward pediatric pain management: a cross-sectional study. Pain Management Nursing. 2019; 20(2): 118-125.
- 152.Akbaş M, Tosunöz İK. Ağrı ile ilişkili girişimler konusunda hemşirelerin bilgi ve yaklaşımları. Cukurova Medical Journal. 2019; 44(1): 136-143.

- 153.Saunders H. Translating knowledge into best practice care bundles: a pragmatic strategy for EBP implementation via moving postprocedural pain management nursing guidelines into clinical practice. *Journal of clinical nursing*. 2015; 24(13-14): 2035-2051.
- 154.Nuseir K, Kassab M, Almomani B. Healthcare providers' knowledge and current practice of pain assessment and management: how much progress have we made? *Pain Research and Management*. 2016
- 155.Mwanza E, Gwisai RD, Munemo C. Knowledge on nonpharmacological methods of pain management among nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. *Pain research and treatment*. 2019
- 156.Karabulut N, Gürçayır D, Aktaş YY. Non-pharmacological interventions for pain management used by nursing students in Turkey. *Kontakt*. 2016; 18(1): 22-29.
- 157.Golsäter M, Nilsson S, Wigert H. Dealing with adolescents' recurrent pain problems in school health care—Swedish school nurses' view. *Nursing open*. 2019; 6(4): 1626-1633.
- 158.Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: assessment and nonpharmacological management. *International journal of pediatrics*. 2010.
- 159.Essau CA, Olaya B, Pasha G, Gilvarry C, Bray D. Depressive symptoms among children and adolescents in Iran: A confirmatory factor analytic study of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children. *Child Psychiatry & Human Development*. 2013; 44(1): 123-136.
- 160.Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*. 1977; 1(3): 385-401.
- 161.Weissman MM, Orvaschel H, Padian N. Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 1980; 168(12): 736-740.
- 162.Tatar A, Bildik T, Özmen HE, Saltukoğlu G, Astar M. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye Çevirisi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. 2016

- 163.Özkul B, Günüşen NP. Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2020; 21(2): 203-210.
- 164.Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC ve ark. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(6): 749-758.
- 165.Jayashree K, Mithra PP, Nair MKC, Unnikrishnan B, Pai, K. Depression and anxiety disorders among schoolgoing adolescents in an urban area of South India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2018; 43(Suppl 1): 28.
- 166.Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012; 379(9820): 1056-1067.
- 167.Madrid SC. Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(4): 217-25.
- 168.Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven de Haan K, Sawyer M, Ainley J ve ark. The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. 2015.
- 169.Australia M. Youth mental health report: youth survey. 2017; 2012-16.
- 170.Moeini B, Bashirian S, Soltanian, AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC psychology*. 2019;7(1): 1-11.
- 171.Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbarauhu J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*. 2021; 21(1): 100196.
- 172.Cohen ZP, Cosgrove KT, DeVille DC, Akeman E, Singh MK, White E. The impact of COVID-19 on adolescent mental health: Preliminary findings from a longitudinal sample of healthy and at-risk adolescents. *Frontiers in Pediatrics*. 2021;9.

173. AlAzzam M, Abuhammad S, Abdalrahim A, Hamdan-Mansour AM. Predictors of Depression and Anxiety Among Senior High School Students During COVID-19 Pandemic: The Context of Home Quarantine and Online Education. *The Journal of School Nursing*. 2021
174. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in Depression and Anxiety Symptoms in Adolescents and Young Adults during the COVID-19 Pandemic. *Psychological medicine*. 2021;1-25.
175. Magson NR, Freeman JY, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of youth and adolescence*. 2020;1-14.
176. Nabunya P, Damulira C, Byansi W, Muwanga J, Bahar OS, Namuwonge F ve ark. Prevalence and correlates of depressive symptoms among high school adolescent girls in southern Uganda. *BMC public health*. 2020; 20(1): 1-11.
177. Afifi M. Depression in adolescents: gender differences in Oman and Egypt. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2006;12 (1-2), 61-71.
178. Kaur J, Cheong SM, Mahadir Naidu, Kaur G, Manickam MA, Mat Noor M ve ark. Prevalence and correlates of depression among adolescents in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2014; 26(5_suppl): 53-62
179. Bhattarai D, Shrestha N, Paudel S. Prevalence and factors associated with depression among higher secondary school adolescents of Pokhara Metropolitan, Nepal: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2020; 10(12): 044042.
180. Barlas GÜ, Karaca S, Onan N, Işıl Ö. Üniversite sınavına hazırlanan bir grup öğrencinin kendilik algıları ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(1): 18-24.
181. Baş G, Kırılcım ZS. Türkiye’de öğrencilerin merkezi sistem sınavları ile ilgili algıları: bir metafor analizi çalışması. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 2019; 7(2): 639-667.
182. Köse S, Yılmaz ŞK, Göktaş S. Lise son sınıf öğrencilerinin sınav kaygı düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. 2018
183. Baltaş A. Üstün başarı. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2012

- 184.Yoon CY, Kim YJ, Kim JH. Association between Educational Level of Parents and Adolescent Depression Feeling: Based on 14th Korean Youth Health Behavior Survey. *Health Policy and Management*. 2019; 29(4): 422-430.
- 185.Wirback T, Möller J, Larsson JO, Galanti MR, Engström K. Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents-a longitudinal study in Stockholm, Sweden. *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13(1): 1-11.
- 186.Sonego M, Llacer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. *Quality of Life Research*. 2013; 22(1): 203-211.
- 187.Chen M, Johnston C, Sheeber L, Leve C. Parent and adolescent depressive symptoms: The role of parental attributions. *Journal of abnormal child psychology*. 2009; 37(1): 119-130.
- 188.Anjum A, Hossain S, Sikder T, Uddin ME, Rahim DA. Investigating the prevalence of and factors associated with depressive symptoms among urban and semi-urban school adolescents in Bangladesh: a pilot study. *International health*. 2019
- 189.Park AL, Fuhrer R, Quesnel-Vallée A. Parents' education and the risk of major depression in early adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48(11): 1829-1839.
- 190.Lee SJ, Ward KP, Chang OD, Downing KM. Parenting activities and the transition to home-based education during the COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*. 2021; 122: 105585.
- 191.Bernal-Morales B, Rodríguez-Landa JF, Pulido-Criollo F. Impact of anxiety and depression symptoms on scholar performance in high school and university students. *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. 2015; 225.
- 192.Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Lapitsky L, McLaughlin T, Reed J. Work performance of employees with depression: the impact of work stressors. *American Journal of Health Promotion*. 2010; 24(3): 205-213.

- 193.Rahman MA, Todd C, John A, Tan J, Kerr M, Potter R ve ark. School achievement as a predictor of depression and self-harm in adolescence: linked education and health record study. *The British Journal of Psychiatry*. 2018; 212(4): 215-221.
- 194.Khesht-Masjedi MF, Shokrgozar S, Abdollahi E, Habibi B, Asghari T, Ofoghi RS The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of family medicine and primary care*. 2019; 8(3): 799.
- 195.Yasin AS, Dzulkifli MA. Differences in depression, anxiety and stress between low-and high-achieving students. *Journal of Sustainability Science and Management*. 2011; 6(1): 169-178.
- 196.Yousefi F, Mansor MB, Juhari RB, ́rof Redzuan M, Talib MA. The relationship between gender, age, depression and academic achievement. 2010
- 197.Quiroga CV, Janosz M, Bisset S, Morin AJ. Early adolescent depression symptoms and school dropout: Mediating processes involving self-reported academic competence and achievement. *Journal of Educational Psychology*. 2013; 105(2): 552.
- 198.Xu F, Cui W, Xing T, Parkinson M. Family socioeconomic status and adolescent depressive symptoms in a Chinese low–and middle–income sample: the indirect effects of maternal care and adolescent sense of coherence. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 819.
- 199.Zhou Q, Fan L, Yin Z. Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey. *Psychiatry research*. 201; 259: 81-88.
- 200.Zou R, Xu X, Hong X, Yuan J. Higher socioeconomic status predicts less risk of depression in adolescence: Serial mediating roles of social support and optimism. *Frontiers in psychology*. 2020; 11: 1955.
- 201.Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS one*. (2019); 14(3)

- 202.Najman J, Hayatbakhsh, MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American journal of public health*. 2010; 100(9): 1719-1723.
- 203.Salahian A, Rahimyan S, Gharibi H. Comparison of Aggression, Anxiety, Stress and Depression between Normal and Divorce Teenagers. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2021; 62(3): 165-178.
- 204.Pelkonen M, Marttunen M, Kaprio J, Huurre T, Aro H. Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2008
- 205.Hadžikapetanović H, Babić T, Bjelošević E. Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Medicinski Glasnik*. 2017; 14(1).
- 206.Brown J. High-conflict divorce: Antecedents and consequences. *Behavioral Health*. 2014; 1(1): 1-11.
- 207.Sands A, Thompson EJ, Gaysina D. Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2017; 218: 105-114.
- 208.Uphold-Carrier H, Utz R. Parental divorce among young and adult children: A long-term quantitative analysis of mental health and family solidarity. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2012; 53(4): 247-266.
- 209.Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child abuse & neglect*. 2009; 33(3): 139-147.
- 210.Oldehinkel AJ, Ormel J, Veenstra R, De Winter AF, Verhulst FC. Parental divorce and offspring depressive symptoms: Dutch developmental trends during early adolescence. *Journal of Marriage and Family*. 2008 70(2); 284-293

211. Butler A, Van Lieshout RJ, Lipman EL, MacMillan HL, Gonzalez A, Gorter JW ve ark. Mental disorder in children with physical conditions: a pilot study. *Bmj Open*. 2017; 8: e019011.
212. Ferro MA, Gorter JW, Boyle MH. Trajectories of depressive symptoms during the transition to young adulthood: the role of chronic illness. *Journal of Affective Disorders* 2015; 174: 594-601.
213. Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of abnormal child psychology*. 2015; 43(1): 177-187.
214. Voinov B, Richie WD, Bailey RK. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013; 15(2): 8.
215. Jovic-Vranes A, Jankovic J, Vasic V, Jankovic S. Self-perceived health and psychological well-being among Serbian schoolchildren and adolescents: data from National Health Survey. *Open Medicine*. 2011; 6(4), 400-406.
216. Okada M, Nakadoi Y, Fujikawa A. Relationship between self-rated health and depression risk among children: Promoting school–medical care cooperation for child suicide prevention. 2021
217. Burton CW, Halpern-Felsher B, Rehm RS, Rankin SH, Humphreys JC. Depression and Self-Rated Health Among Rural Women Who Experienced Adolescent Dating Abuse: A Mixed Methods Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016;31(5):920-
218. Cullinan J, Gillespie P. Does Overweight and Obesity Impact on Self-Rated Health? Evidence Using Instrumental Variables Ordered Probit Models. *Health economics*. 2016; 25(10), 1341-1348.
219. Nemiary D, Shim R, Mattox G, Holden K. The relationship between obesity and depression among adolescents. *Psychiatric annals*. 2012; 42(8): 305-308.
220. Marmorstein NR, Lacono WG, Legrand L. Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks. *International journal of obesity*. 2014; 38(7): 906-911.

- 221.Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC public health*. 2013; 13(1), 1-9.
- 222.Licari A, Ciprandi R, Marseglia G, Ciprandi G. Anxiety and depression in adolescents with asthma and in their parents: a study in clinical practice. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 2019; 89(3).
- 223.Lu Y, Mak KK, Van Bever HP, Ng TP, Mak A, Ho RCM. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric allergy and immunology*. 2012; 23(8): 707-715.
- 224.Nass SJ, Beaupin LK, Demark-Wahnefried W, Fasciano K, Ganz PA, Hayes-Lattin B ve ark. Identifying and addressing the needs of adolescents and young adults with cancer: summary of an Institute of Medicine workshop. *The oncologist* 2015; 20(2): 186.
- 225.Atrifard M, Zahiredin A, Dibaei S, Zahed G. Comparing depression in children and adolescents with cancer with healthy ones. *Studies in Medical Sciences*. 2014; 25(1): 21-31.
- 226.Guo Y, Zhang J, Zhang N. Character strengths and their influencing factors among nursing students in Changsha, China: the only-child versus non-only-child. *Archives of psychiatric nursing*. 2015; 29(6): 365-371.
- 227.Qin Q, Fu YX, Meng HQ, Xiang H, Jiang JZ., Huang Y ve ark. Using the strengths and difficulties questionnaire to screen for child mental health in the twins and the only-child. *Int J Clin Exp Med*. 2016; 9(5): 8749-8754.
- 228.Zhao S, Liao C. Mental Health and Life Events of Overseas Children Left-Behind in China. *Psychology*. 2016; 7(14): 1934-1946.
- 229.Chi X, Becker B, Yu Q, Hossain MM, Lin J, Yeung A ve ark. Persistence and remission of depressive symptoms and psycho-social correlates in Chinese early adolescents. *BMC psychiatry*. 2020; 20(1): 1-11.
- 230.Carballo JJ, García-Nieto R, Álvarez-García R, Caro-Cañizares I, López-Castromán J, Muñoz-Lorenzo L ve ark. Sibship size, birth order, family structure and childhood mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48(8): 1327-1333.

- 231.Ling Y, Liu C, Scott Huebner E, Zeng Y, Zhao N, Li Z. A study on classification features of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Mental Health*. 2019; 1-8.
- 232.Kang S, Lee J, Ko H, Kang Y, Choi I, Choi, S. Associations between Having Siblings and Adolescent Depressive Symptoms and Suicidal Attempts among Korean Adolescents: The 2015 Korean Youth's Risk Behavior Survey. *Korean Journal of Family Practice*. 2017; 7(5): 660-666
- 233.Liu J, Sekine M, Tatsuse T, Fujimura Y, Hamanishi S, Zheng X. Association among number, order and type of siblings and adolescent mental health at age 12. *Pediatrics International*. 2015; 57(5): 849-855.
- 234.Lee PH, Yeh YC, Hsiao RC, Yen CF, Hu HF. Pain-related quality of life related to mental health and sociodemographic indicators in adolescents. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2017 44, 67-72.
- 235.Åslund C, Starrin B, Nilsson KW. Social capital in relation to depression, musculoskeletal pain, and psychosomatic symptoms: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. *BMC Public Health*. 2010; 10(1), 1-10.
- 236.Van Tilburg MA, Spence NJ, Whitehead WE, Bangdiwala S, Goldston DB. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of Pain*. 2011; 12(10), 1032-1039.
- 237.Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel-Larsen T, Zwart JA. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *The journal of headache and pain*. 2014; 15(1), 1-7.
- 238.Falavigna A, Teles AR, Braga GL, Conzatti LP, Ruschel LG, da Silva PG. Association between primary headaches and depression in young adults in southern Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*. 2013; 59(6), 589-593.
- 239.Linton SJ, Bergbom S. Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2011; 2(2), 47-54.

240. Du Y, Knopf H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68(4):599-608.
241. Jonassen R, Hilland E, Harmer CJ, Abebe DS, Bergem AK, Skarstein S. Use of Over-The-Counter Analgesics for Pain and Psychological Distress Among Adolescents: A Mixed Effects Approach in Cross-Sectional Survey Data From Norway. 2020
242. Lorentzen S, Lorentzen B, Wikström BM. Gender Differences in Usage of Over-the-Counter Analgesics among Norwegian Adolescents. *Open Journal of Nursing*. 2018; 8(11), 860.



EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Soru Formu

1) Yaşınızı yazınız:

2) Cinsiyetinizi belirtiniz.

- a) Kız
- b) Erkek

3) Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?

- a) 7.sınıf
- b) 8.sınıf
- c) 9.sınıf
- d) 10.sınıf
- e) 11.sınıf

4) Annenizin eğitim düzeyi nedir?

- a) İlkokul ve altı
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite
- e) Yüksek lisans/ doktora

5) Baba eğitim düzeyi

- a) İlkokul ve altı
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite
- e) Yüksek lisans/ doktora

6) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü

7) Aile durumunuzu belirtiniz.

- a) Anne –baba evli ve birlikte yaşıyorum
- b) Anne- baba boşanmış ve tek ebeveyn ile yaşıyorum
- c) Anne- baba ile yaşamıyorum

8) Doktor tarafından tanı konmuş kronik (....) bir hastalığınız var mı?

Cevabınız evet ise ne olduğunu yazınız

- a) Evet/ Kronik hastalığım.....
- b) Hayır

9) Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü

10) Kardeş sayınız nedir?(Sizin dışında)

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ve üstü

11) Okul başarı durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü

12) Geçtiğimiz haftalarda ne sıklıkta baş ağrısı şikayetiniz oldu?

- a) Her gün
- b) Haftada birden fazla
- c) Haftada bir
- d) Ayda bir
- e) Çok nadir ya da hiç olmadı

13) Geçtiğimiz haftalarda ne sıklıkta karın ağrısı şikayetiniz oldu?

- a) Her gün
- b) Haftada birden fazla
- c) Haftada bir
- d) Ayda bir
- e) Çok nadir ya da hiç olmadı

14) Geçtiğimiz haftalarda ne sıklıkta sırt ağrısı şikayetiniz oldu?

- a) Her gün
- b) Haftada birden fazla
- c) Haftada bir
- d) Ayda bir
- e) Çok nadir ya da hiç olmadı

15) Geçtiğimiz haftalarda baş ağrısı için ne sıklıkta ağrı kesici kullandınız?

- a) Birden fazla kez kullandım
- b) Sadece bir kez kullandım
- c) Hiç kullanmadım

16) Geçtiğimiz haftalarda karın ağrısı için ne sıklıkta ağrı kesici kullandınız?

- a) Birden fazla kez kullandı
- b) Sadece bir kez kullandım
- c) Hiç kullanmadım

17) Geçtiğimiz haftalarda sırt ağrısı için ne sıklıkta ağrı kesici kullandınız?

- a) Birden fazla kez kullandım
- b) Sadece bir kez kullandım
- c) Hiç kullanmadım

Ek 2: Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr)

Aşağıda nasıl hissettiğinizi söylemeniz için değişik yollar sunan bazı ifadeler var. Her cümle için dört seçenek var. Her cümleyi okuyun ve geçen hafta nasıl hissettiğinizi ya da hareket ettiğinizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyin. Hislerinizi en iyi tanımlayan seçeneğe (X gibi) bir işaret koyun. Cümlelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur.

Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
1. Genellikle canımı sıkmayan şeylere sıkıldım.				
2. Yemek yemek istemedim ya da aç değildim.				
3. Ailem ve arkadaşlarımdan daha iyi hissetmem için yardım etmelerine karşın kendimi mutlu hissedemedim.				
4. Kendimi, diğer çocuklar kadar iyi hissettim.				
5. Yaptığım işlere dikkatimi veremediğimi hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
6. Kendimi keyifsiz ve mutsuz hissettim.				
7. Bir şeyler yapmak için kendimi çok yorgun hissettim.				
8. İyi bir şeyler olacakmış gibi hissettim.				
9. Daha önce yaptığım şeylerin yolunda gitmediğini hissettim.				
10. Korktuğumu hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
11. Her zaman uyuduğum kadar iyi uyuyamadım.				
12. Mutluydum.				
13. Her zamankinden daha sessizdim.				
14. Kendimi, hiç arkadaşım yokmuş gibi yalnız hissettim.				
15. Tanıdığım çocukların arkadaşça olmadığını ya da benimle birlikte olmak istemediklerini hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
16. İyi zaman geçirdim.				
17. Kendimi, ağlayacak gibi hissettim.				
18. Kendimi, üzgün hissettim.				
19. İnsanların beni sevmediğini hissettim.				
20. Bir şeyler yapmaya başlamakta zorlandım.				

Ek 3: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5185-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜN-VANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/02-33	Tarih:20.01.2020
	Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney'in sorumlusu olduğu "Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/02-33	Tarih:20.01.2020			
	Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney'in sorumlusu olduğu "Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı:	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☒	H ☒

Ek 4: İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Uygulama İzni

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü
ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Gülbahar ÇELİK
Kurumu / Üniversitesi	D.E.Ü Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Araştırma yapılacak iller	İzmir
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi	Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi, Karabağlar Şehit Fethi Bey Lisesi, Karabağlar Cumhuriyet MTAL , Bornova Anadolu Lisesi, Konak Misak-ı Milli O.O , Balçova Yusuf Uz O.O , Güzelbahçe Doktor Güngör Özbek Ortaokulu, Karabağlar Yunus Emre O.O, Karabağlar Şerif Remzi O.O
Araştırmanın konusu	Adölesanlarla Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi
Üniversite / Kurum onayı	----
Araştırma/proje/ödev/tez önerisi	Adölesanlarla Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi
Veri toplama araçları	Gönüllü Katılımcı Onam Formu Olgu rapor/ Veri kayıt formu örneği Araştırma Uygulama İzni Öğrenciler için tanıtıcı soru formu
Görüş istenilecek Birim/Birimler	-----
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
İlgi: Milli Eğitim Bakanlığı'nın 21/01/2020 tarihli ve 1563890 sayılı Araştırma, yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri Konulu, 2020/2 Sayılı Genelgesi. Genelge gereğince; araştırma başvurusu olması gereken nitelikler açısından incelenmiş olup, araştırmanın 2020-2021 öğretim yılında eğitim öğretimin başlamasıyla eğitim kurumları yöneticilerinin uygun gördüğü şekli ile yapılmasına oybirliği ile karar verilmiştir	
Komisyon Kararı	Oybirliği ile alınmıştır.
Muhallif üyenin Adı ve Soyadı: ----	Gerekçesi; -----

21/10/2020



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.15879209
Konu : Araştırma İzni (Gülbahar ÇELİK)

02.11.2020

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 21.01.2020 tarihli ve 81576613-10.06.02-E.1563890 sayılı yazısı (Genelge 2020/2)
b) Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığının 16.09.2020 tarihli ve 59537164-00,99-E.82368 sayılı yazısı.
c) 26.10.2020 tarihli ve 15514123 sayılı Valilik Onayı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gülbahar ÇELİK'in "Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Aneljezik Kullanımı ile İlişkisi" konulu tez çalışmasını Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi, Karabağlar ilçesi Yunus Emre Ortaokulu, Şerif Remzi Ortaokulu, Şehit Fethi Bey Lisesi, Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Bornova ilçesi Bornova Anadolu Lisesi, Konak ilçesi Misak-ı Milli Ortaokulu, Balçova ilçesi Yusuf Uz Ortaokulu ve Güzelbahçe ilçesi Doktor Güngör Özbek Ortaokulunda uygulaması isteği ilgi (c) Valilik Onayı ile uygun görülmüştür.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının yukarıda adı geçen okullarda 2020-2021 eğitim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumu yöneticilerinin uygun gördüğü şekilde, araştırma yapılmadan önce araştırmanın yapılacağı okullar tarafından "Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Her Tür Okul ve Kurumlarda Yapılmasına İzin Verilen Araştırma Uygulamasında, Olabilecek Zararları Karşılama Taahhüdü" adlı ekin araştırmacı tarafından doldurulması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İlker ERARSLAN
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Ek:

- 1- Valilik Onayı (1 Sayfa)
- 2- Araştırma Değerlendirme Formu (1 Sayfa)
- 3- Anket Formları (5 Sayfa)
- 4- Taahhüt Formu (1 Sayfa)

Dağıtım:

Balçova, Bornova, Güzelbahçe,
Karabağlar ve Konak İlçe MEM



Adres: Fevzipaşa Mahallesi 452 sokak No:15 Konak İZMİR
Elektronik Ağ: <http://izmir.meb.gov.tr>
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 5b90-fb53-3701-9b12-4a0a kodu ile teyit edilebilir.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.15514123
Konu : Araştırma İzni (Gülbahar ÇELİK)

26/10/2020

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi :a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 21.01.2020 tarihli ve 81576613-10.06.02-E.1563890 sayılı yazısı. (Genelge 2020/2)
b) Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığının 16.09.2020 tarihli ve 59537164-00,99-E.82368 sayılı yazısı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gülbahar ÇELİK'in "Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Aneljezik Kullanımı ile İlişkisi" konulu tez çalışmasını Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi, Konak Atatürk Lisesi, Karabağlar ilçesi Yunus Emre Ortaokulu, Şerif Remzi Ortaokulu, Şehit Fethi Bey Lisesi, Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Bornova ilçesi Bornova Anadolu Lisesi, Konak ilçesi Misak-ı Milli Ortaokulu, Balçova ilçesi Yusuf Uz Ortaokulu ve Güzelbahçe ilçesi Doktor Güngör Özbek Ortaokulunda uygulama isteği ilgi (b) yazı ile belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının, 2020-2021 eğitim öğretim yılında yukarıda adı geçen okullarda eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumu yöneticilerinin de uygun gördüğü şekilde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Dr. Ömer YAHŞİ
Millî Eğitim Müdürü

OLUR
26/10/2020

Erhan GÜNAY
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:
1-Araştırma Değerlendirme Formu(1 Sayfa)
2-Anket Formları (5 Sayfa)

Adres: Fevzipaşa Mahallesi 452 sokak No:15 Konak İZMİR
Elektronik Ağ: <http://izmir.meb.gov.tr>
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 92ad-3897-3e2b-bcd5-712d kodu ile teyit edilebilir.

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Adölesanlarda Depresif Semptomların Ağrı ve Analjezik Kullanımı İle İlişkisi)

Sayın Katılımcı,

Gençler arasında depresyon belirtileri, ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ve ağrı kesici kullanım sıklığı ve arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla bu araştırmayı yapmaktayız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra çocuğunuzun araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Meryem Öztürk Haney ve Gülbahar Çelik tarafından çocuğunuza okul ortamında veri toplama formları uygulanacaktır. Bunlar; çocuğunuzun depresif belirtilerini değerlendirmeyi sağlayan “Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği” ve tanıtıcı özelliklerini belirleyen soruların yer aldığı “Tanıtıcı Soru Formu”dur.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Ayrıca, sizden ya da sosyal güvencenizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Meryem Öztürk Haney ve Gülbahar Çelik tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya çocuğumun “katılımcı” olması için davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Meryem Öztürk Haney’i Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adresinden ve nolu telefon numarasından, Gülbahar Çelik’i nolu telefon numarasından arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada çocuğumun “katılımcı” olarak yer alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ek 6: Veli İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmacının beyanı

Gençler arasında depresyon belirtileri, ağrı (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı) ve ağrı kesici kullanım sıklığı ve arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla bu araştırmayı yapmaktayız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra çocuğunuzun araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Meryem Öztürk Haney ve Gülbahar Çelik tarafından çocuğunuza okul ortamında veri toplama formları uygulanacaktır. Bunlar; çocuğunuzun depresif belirtilerini değerlendirmeyi sağlayan “Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği” ve ve tanıtıcı özelliklerini belirleyen soruların yer aldığı “Tanıtıcı Soru Formu”dur.

Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Ayrıca, sizden ya da sosyal güvencenizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Meryem Öztürk Haney ve Gülbahar Çelik tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya çocuğumun “katılımcı” olması için davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte. Meryem Öztürk Haney’i Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adresinden ve nolu telefon numarasından, Gülbahar Çelik’i nolu telefon numarasından arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım ve bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada çocuğumun “katılımcı” olarak yer alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

ÖZGEÇMİŞ



GÜLBAHAR ÇELİK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

06 Ağustos 2018 - Şu Anda (3 yıl 4 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.44 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

25 Nisan 2019 - Şu Anda (2 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

G. ÇELİK & M. ÖZTÜRK HANEY, ADÖLESANLARDA AĞRI DENEYİMLEME VE ANALJEZİK KULLANMA SIKLIĞI , Sözlü Sunum, 2. ULUSLARARASI 3. ULUSAL HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ, 07 Ocak 2020, 09 Ocak 2020.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

BİDEB Destekleri

GÜLBAHAR ÇELİK, Yarışma Programları Müdürlüğü, 2204-A Lise Öğrencileri Araştırma Projeleri Yarışması, Başvurusu İnceleniyor, 2011 - 1.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0