

**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUMLARI  
VE İNTİHAR OLASILIĞININ BELİRLENMESİ**

Yasemin KESKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

MERSİN - 2011

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUMLARI  
VE İNTİHAR OLASILIĞININ BELİRLENMESİ**

Yasemin KESKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

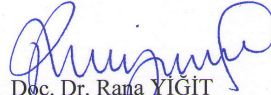
Tez No: 194


MERSİN - 2011


**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**


Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi” adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

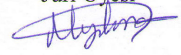
Tez Savunma Tarihi: 12/09/2011

  
Doç. Dr. Rana YİĞİT  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı


  
Doç. Dr. Ayşe DEVRİM BAŞTERZİ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

  
Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

  
Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

  
Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 21.09.2011... tarih ve 2011/316 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Ülki ÇÖMELEKOĞLU



Bu araştırma BAP-SBE H (YK) 2011-4 YL nolu proje olarak Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın tüm aşamalarında sürekli destek ve ilgisiyle tezin yazımından son şeklini almasına kadar bilgi ve deneyimlerini aktaran, zorlukları kolaylaştıran, yoğun çalışma programı içinde danışmanlığımı yürüterek bu çalışmanın bitirilmesinde çok değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen sevgili hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ' e,**

Tezimin istatistiksel analizlerindeki her aşamasında desteklerini esirgemeyen değerli hocam **Sn. Öğr. Gör. Semra ERDOĞAN' a,**

Bilim uzmanlığında yol almamı sağlayan, her anlamda yanımda olduğunu hissettiğim manevi annem **Sn. Öğr. Gör. Süheyla ERGÜN' e,**

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan **Çağla KUŞ'a, Beyza ÇÖREKÇİ'ye, Dilek DENİZ'e, Murat BENLİ'ye, Yakup ŞİŞKİN'e, Mikail ÇOBAN'a, Mehtap KAPLAN'a,**

Yaşamım boyunca her anlamda benden hiçbir desteği esirgemeyen, sabrı ve güven veren davranışlarıyla her an yanımda olan, benden hiç vazgeçmeyeceğini bildiğim saygıdeğer ve çok kıymetli manevi kardeşlerim **Derya ÇİÇEK, Mehmet ÇADIR, Gülistan TALİPOĞLU ve Yasemin TALİPOĞLU' na,**

Yaşadığım tüm olaylarda, iyi yada kötü aldığım kararlarda her zaman bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen **canım aileme,**

**TEŞEKKÜR EDERİM.**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEŞEKKÜR .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT.....	x
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>11</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	11
1.2. Araştırmanın Amacı .....	13
1.3. Araştırmanın Soruları .....	14
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>15</b>
2.1. Gençlik Kavramı .....	15
2.2. Gençlik Döneminin Başlıca Özellikleri .....	17
2.2.1. Fiziksel Gelişim.....	17
2.2.2. Bilişsel Gelişim .....	17
2.2.3. Duygusal Gelişim .....	18
2.2.4. Kişilik Gelişimi .....	19
2.2.5. Sosyal Gelişim.....	20
2.2.6. Ahlaki Gelişim .....	21
2.3. Gençlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Problemler .....	22
2.3.1. Depresyon .....	22
2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	23
2.3.3. Somatizasyon Bozukluğu .....	24
2.3.4. Davranım Bozukluğu.....	24
2.3.5. Yeme Bozukluğu .....	25
2.3.6. Madde Bağımlılığı.....	25
2.3.7. Histerik Nevroz .....	26
2.3.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	26
2.3.9. Uyku Bozukluğu.....	27
2.3.10. Dürtü Kontrol Bozukluğu .....	27
2.3.11. Tik Bozuklukları.....	28
2.3.12. Somatoform Bozukluklar.....	28
2.4. Gençlik Dönemi ve İntihar .....	28
2.5. Gençlerde Ruhsal Problemlere Neden Olan Risk Faktörleri.....	30
2.5.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Kişisel Faktörler .....	30
2.5.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Çevresel Faktörler .....	31

2.6.	Gençlik Döneminde Ruhsal Problemleri Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları .....	32
<b>3.</b>	<b>GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
3.1.	Araştırmanın Şekli .....	36
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36
3.3.	Araştırmanın Evreni .....	37
3.4.	Araştırmanın Örneklemi.....	37
3.5.	Verilerin Toplanması.....	38
3.5.1.	Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması .....	38
3.5.1.1.	Kişisel Bilgi Formu .....	38
3.5.1.2.	Kısa Semptom Envanteri .....	38
3.5.1.3.	İntihar Olasılığı Ölçeği .....	39
3.5.2.	Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması.....	40
3.5.3.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	40
3.5.4.	Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi .....	40
<b>4.</b>	<b>BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
4.1.	Öğrencilerin Sosyo-demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular: .....	42
4.2.	Öğrencilerin Semptom Düzeyleri ve İntihar Olasılığına İlişkin Bulgular .....	45
4.3.	Öğrencilerin Sosyo-demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerinin İntihar Olasılığı ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	51
4.4.	Öğrencilerin Sosyo-demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerinin Semptom Düzeyleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	57
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>95</b>
5.1.	Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri ve İntihar Olasılığı Ölçek Puanlarının Tartışılması .....	95
5.2.	Öğrencilerin İntihar Olasılığı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması .....	96
5.3.	Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması .....	100
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>104</b>
6.1.	Sonuçlar.....	104
6.2.	Öneriler.....	107
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>108</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>118</b>	
EK. 1 :	Kişisel Bilgi Formu .....	118
EK. 2 :	Kısa Semptom Envanteri .....	121
EK. 3 :	İntihar Olasılığı Ölçeği .....	123

## ÖZGEÇMİŞ

## ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>Çizelge 2.1.</b> Yaş Gruplarına Göre İntihar Yüzdelerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	30
<b>Çizelge 3.1.</b> Mersin Üniversitesinde Araştırma Kapsamında Yer Alan Fakülte ve Yüksekokullar.....	36
<b>Çizelge 4.1.</b> Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	42
<b>Çizelge 4.2.</b> Öğrencilerin Aileye Ait Özellikleri.....	43
<b>Çizelge 4.3.</b> Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	45
<b>Çizelge 4.4.</b> Öğrencilerin İntihar Olasılığı Düzeyleri.....	46
<b>Çizelge 4.5.</b> Öğrencilerin Semptom Düzeyleri ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki....	47
<b>Çizelge 4.6.</b> Öğrencilerin Sosyo-demografik ve Eğitsel Özelliklerine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları.....	51
<b>Çizelge 4.7.</b> Öğrencilerin Anne ve Babalarının Eğitim Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları.....	53
<b>Çizelge 4.8.</b> Öğrencilerin Aile Tipi ve Gelir Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları.....	54
<b>Çizelge 4.9.</b> Öğrencilerin Sosyal ve Bireysel Özelliklerine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanları.....	55
<b>Çizelge 4.10.</b> Öğrencilerin Yaş, Cinsiyet, Bölüm ve Bölümü Seçme Durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	57
<b>Çizelge 4.11.</b> Öğrencilerin Anne ve Babasının Eğitim Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	68
<b>Çizelge 4.12.</b> Öğrencilerin Aile Tipi ve Gelir Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	73
<b>Çizelge 4.13.</b> Öğrencilerin Sigara Kullanma ve Sosyal Aktiviteye Katılma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	79
<b>Çizelge 4.14.</b> Öğrencilerin Kaldığı Yere Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	85
<b>Çizelge 4.15.</b> Öğrencilerin Fiziksel Zarar Verme ve Şu Anda Psikiyatrik Tedavi Görme Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları.....	89



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BTİ</b>	: Belirti Toplam İndeksi
<b>DSM IV</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>İÖÖ</b>	: İntihar Olasılığı Ölçeği
<b>İÖÖT</b>	: İntihar Olasılığı Ölçeği Toplamı
<b>KSE</b>	: Kısa Semptom Envanteri
<b>OKB</b>	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
<b>TÖP</b>	: Toplam Ölçek Puanı
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNESCO</b>	: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

## ÖZET

### Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ve intihar olasılığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 2010-2011 yılında Mersin Üniversitesi'ne bağlı lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokullarında örgün öğrenim gören, 1015 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanılmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekanslar gibi tanımlayıcı istatistiklerle Pearson Ki-Kare testi, t testi, Tek yönlü (One way) ANOVA testi, Bonferroni ve LSD testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 275'i (% 27,1) 17-20, 698'i (% 68,8) 21-25, 42'si (% 4,1) 26-30 yaş grubundadır. Öğrencilerde KSE puan ortalamasına göre, en fazla görülen semptomlar; obsesif kompulsif semptom, depresyon ve paranoid düşünce bulgusudur. Semptom düzeyleri arttıkça intihar olasılığının da arttığı görülmüştür. İntihar olasılığı açısından, 17-20 yaş grubunda olanların ve kadınların intihar riskinin diğerlerine göre daha riskli olduğu belirlenmiştir. Anne-baba eğitimi, gelir durumu, okuduğu bölüm, aile tipi, psikiyatrik tedavi görme durumu, sosyal aktivite gibi faktörlerin intihar olasılığını etkilediği saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Genç, hemşirelik, intihar, intihar olasılığı, üniversite öğrencileri

## ABSTRACT

### Psychiatric Symptoms And Suicide Probability Level And Determination Of University Students

This study of university students and psychiatric symptom levels and the cross was carried out in order to define the likelihood of suicide. Sample of the study in 2010-2011 of the University of Mersin studying at the undergraduate level of formal education faculties and colleges 1015 university students. Data were collected Personal Information Form, Brief Symptom Inventory (BSI) and the Suicide Probability Scale (SPS) were used.

The evaluation of the data mean, standard deviation, frequencies, descriptive statistics such as Pearson's chi-square test, t test, one-way (one way) ANOVA test, Bonferroni and LSD tests were used.

275 students participated in the study (%27,1) 17-20, 698 (%68,8) 21-25, 42 (%4,1) 26-30 age group. The average score of the students according to BSI, the most common symptoms are obsessive-compulsive symptoms, depression and paranoid ideation findings. Symptom levels were also increased with increasing the probability of suicide. In the terms of the possibility of suicide, suicide risk, women and 17-20 age group, those who were more risky than others. Parent education, income level, family type, visual status of psychiatric treatment, social activity were affected by factors such as possibility of suicide.

**Key words:** Adult, nurse, suicide, the possibility of suicide, university students.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üniversite öğrencisi olmak, bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri ile yeni bir okula, yeni bir kente ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabaları pek çok gençte değişik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bireyin toplumsal rolünü gereğince yerine getirebilmesi, toplum içinde bir anlam kazanabilmesi sağlıklı bir kişilik gelişimiyle mümkündür (1).

Üniversite gençleri öğrenim görmek için aile ortamından ayrılarak değişik ortamlara dâhil olması ile birtakım problemlerle karşılaşmaktadır. Problemler kişilerarası ilişkilerden, birçok nevrotik eğilimlere, riskli sağlık davranışlarına hatta intihar boyutuna kadar değişim gösterebilmektedir (1,2). Bu problemler, akademik ve mesleki, aile, sosyal uyum, depresyon, obsesyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, hostilite, yeme bozuklukları, panik atak, fobik bozukluk gibi pek çok alanda ortaya çıkabilmektedir (3). Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi etkileyerek gençlerin işlevselliğine erişmesini engelleyebilir. Bu bozuklukların tespit edilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ilerde tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir (4).

Günümüzde de önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen intihar olgusu, çok boyutlu değerlendirilmesi ve önemle ele alınması gereken bir konudur. Bu konunun etiyolojik, epidemiyolojik, psikolojik, sosyolojik ve antropolojik açıdan farklı boyutlarda ele alınması, konuyla ilgili bilgi eksikliğini gidermek ve önlenmesine yönelik çalışmalara ağırlık vermek açısından önemlidir. Üniversite öğrencilerinin sorunları dikkate alındığında, onlara yönelik planlanacak koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılması için ruhsal belirti düzeylerinin ve intihar olasılığının belirlenmesi önemlidir (5,6).

İntihar psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel pek çok faktörün etkisi sonucunda gerçekleşen çok değişkenli bir olaydır. Bu nedenle intihar, normal bireylerden, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere kadar çok geniş bir örneklem grubunda görülebilmektedir (7). İntihar oranları ülkedeki yaşam biçimi, dinsel eğilimler, sosyal sınıf, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi değişkenlere bağlı olarak değişmekle birlikte kişinin bedensel, biyolojik ve ruh sağlığına yönelik değişkenlerle de ilişkili olmaktadır (8).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'ünü ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Ülkemizde ise "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında 12 aylık ruhsal bozuklukların görülme sıklığı %17.2 olarak saptanmıştır (9). Bu ruh sağlığı sorunları içinde ise intihar oranının çok fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; dünyada her 40 saniyede bir intihar, her 3 saniyede ise bir intihar girişiminin gerçekleştiği, son 45 yıl içerisinde intiharların %60 civarında arttığı ve intiharın tüm dünyada ilk on ölüm nedeni arasında yer aldığı bildirilmiştir (10). DSÖ'ne göre intihar nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı, dünyadaki silahlı çatışmalarda hayatını kaybedenlerin sayısından daha fazla ve trafik kazalarında hayatını kaybedenlerin sayısı ile de neredeyse eşittir. Dünyadaki en yüksek intihar hızı yüz binde 95,3 ile Litvanya'da görülmektedir. Bu oranı 87,4 ile Rusya izlemektedir. Amerika'da her yıl 30.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Amerika'da 2001 yılı verilerine göre intihar hızı, yüz binde 10,7 olarak bulunmuş ve on birinci ölüm nedeni olarak bildirilmiştir (10,11,12). DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) verilerine göre, Türkiye'de intihar olayları bölgeler arasında farklılık göstermekte, doğudan batıya gidildikçe ve özellikle büyük şehirlerde oranın arttığı görülmektedir (13).

İntihar nedeniyle yaşamını yitirenlerin yaş gruplarına bakıldığında, tüm dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de en yüksek rakamların genç nüfusa ait olduğu görülmektedir. TÜİK verilerine göre, ülkemizde intiharlar 15-24 yaş ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir (13). Gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme olduğu görülmektedir. Bu açıdan, üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu

riskli grup olarak belirtilen 15-24 yaş aralığında bulunmaktadır. Ülkemizde ve diğer ülkelerde kaygı ve stres yaratan bir ortamın etkisinde kalan üniversite gençliği, dönemini en yoğun yaşayan gruplardan biridir (13,1).

Bu sorunun önemine dikkat çeken diğer veriler de DSÖ'ne aittir. DSÖ tarafından hazırlanan “İntiharın Önlenmesindeki Beş Problem” adlı listede intiharın 15-34 yaş arası kişiler arasında önde gelen üç ölüm nedeninden biri ve 10-24 yaş arası kişiler arasında da önde gelen ikinci ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu listedeki verilere göre, intihar oranı dünya çapında ortalama yüz binde 16'dır. Bu oranın son 45 yılda %60 artarak her 40 saniyede bir ölüm anlamına gelmiş olması, sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir (14). Sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşireler, hastanedeki hastaların yansıra toplumdaki riskli grupları da çok iyi değerlendirerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etken rol oynamalıdır (15). Hemşire olarak yapılacak önleme çalışmaları ile risk faktörleri azaltılırken, koruyucu faktörlerinde güçlendirilmesi ile gençlerin sağlıklı davranışlarının ön plana çıkarılmasına olanak sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde, intihar ve ruhsal belirti düzeyi değişkenlerinin ilişkisini bir arada ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Üniversite öğrencilerinin intihar ve ruhsal belirti düzeyi değişkenleri açısından ele alınabilecek özel bir grup olması ve sözü edilen değişkenleri birlikte ele alan bir çalışmanın yapılmamış olması nedeniyle bu araştırmaya gereksinim duyulmuştur. Bu nedenle çalışma; gencin kimlik arayışı içinde olduğu üniversite eğitimi döneminde yaşadığı sorunların saptanması, ruhsal belirti düzeylerinin incelenmesi, intihar olasılığının belirlenerek önleyici ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına rehberlik edilmesi açısından yapılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Son yıllarda gençlik döneminde görülen problemlerli davranışlarda belirgin bir artış yaşanması, intihar oranlarının her geçen yıl bir kat daha artması, gençlerin yaşadığı problemlerli davranışların altında birden fazla faktörün rol oynaması, gençlerin ruh sağlığını koruma, riskleri belirleme ve önleme çalışmalarına daha fazla yer verilmesi, sağlık düzeyi yüksek ve refah bir toplumun sağlanması için bu döneme özgü

sağlıkla ilgili daha fazla çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmanın, gençlik dönemindeki niversite ğrencilerinin genel ruhsal durumlarını ve intihar olasılıklarını değerlendirmek amacıyla yapılması planlanmıştır. Gerek psikolojik belirtiler gerekse intihar olasılıkları öğrencilerin algılarına dayandırılarak saptanmaya çalışılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Üniversite ğrencilerinin ruhsal durumları nasıldır?
2. Üniversite ğrencilerinin intihar olasılığı nasıldır?
3. Üniversite ğrencilerinin ruhsal durumlarını yordayan faktörler nelerdir?
4. Üniversite ğrencilerinin intihar olasılığını yordayan faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gençlik Kavramı

Gençlik kavramı, tanımı, gruplandırma ve yaş dilimleri içindeki yerinin saptanması açısından, değişik toplumlarda, kültürlerde ve dönemlerde değişik yaklaşımlarla ele alınmıştır. Hatta aynı toplumun çeşitli kesimlerinde bile farklı yaklaşımlar görülebilmektedir. Değişik ülkelerde ve değişik yayınlarda gençlik çağını 10-11 yaşları da başlatıp 26-27 yaşlarına kadar sürdürenlerin yanında 15-23 yaş arası kabul edenlerde vardır (16,17,18).

Gençlik, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan genellikle 15 ile 25 yaşları arasında olan, öğrenim gören, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden önemli gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemi içinde yer alan dönemdir (19,20,21). Ergenlikte başlayan hızlı büyüme; gençlik çağının sonunda bedensel, cinsel ve ruhsal olgunlukla biter. Genellikle ilk ergenlik belirtileriyle başlayan gençlik çağı, büyümenin durmasına kadar sürer (19,20,22). DSÖ verilerine göre, gençler 15-24 yaşları arasında, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin %85'inde 1.75 milyondan fazla olduğu belirtilmektedir (23).

Yörükoğlu'nun belirttiği gibi, Birleşmiş Milletler Örgütü'nün tanımına göre "Genç, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişidir." Bu tanıma göre genç, cinsel olgunlaşmasını tamamlamış, ancak bağımsızlığını kazanıp erişkinler arasına katılmamış kişidir (17). Tanner'a göre (2006) , gençlik yeni bir yaşam dönemini temsil etmekte ve bu dönem yalnızca döneme ait özelliklerle tanımlanmakla kalmayıp, daha önceki ve daha sonraki gelişim dönemleriyle ilişkili olmaktadır (24).

Gençlik dönemi, anne-baba kontrolünden bağımsız bir biçimde yaşanan, daha az ben merkezli, sosyal ilişkilerin arkadaş grubundan kişisel ilişkilere kayan bir dönemdir. Bununla birlikte, beliren yetişkinliğin başlangıç dönemi ile ergenliğin son dönemi olarak kabul edilmektedir (21,25,26). Bu dönem bireyin, kendini, öz kimliğini aradığı, tatlı hayallerin, tutkuların ve idealizmin filizlendiği, sıkı arkadaşlıkların, ilk sevgilerin



yaşandığı dönemdir. Yeniliğe ve ileriye doğru atılımların yapıldığı, kendini kanıtlama ve kendi kimliğini arayıp bulma çabalarının yoğunlaştığı dönemdir (20,27,25).

Gençlik döneminin en önemli özelliği; bütün hayatı etkileyen önemli gelişmeleri barındırmasıdır. Bu dönemde kazanılan olumlu olumsuz özellikleri kişi ömür boyu taşıyabilir. Toplam 5-6 yıl süren bu dönemdeki etkiler 50-60 yıl devam edebilir. Elbette ki çocukluk yılları, özellikle ilk beş yaş oldukça önemlidir; ancak insanın karakter ve kişilik gelişimine gençlik döneminin etkisi bilinen bir bilimsel gerçektir (25,26,27).

Yörükoğlu'nun da belirttiği gibi, Aristo 2300 yıl önce gençliğin özelliklerini çok çarpıcı anlatmıştır. Şöyle ki; tutkuludurlar, huysuz ve öfkelidirler. Kendilerini isteklerine kaptırırlar; tutkularının kölesi olurlar. İsteklerinin önüne dikilen en küçük engele bile katlanamazlar (17). Onura, başarıya, paradan çok değer verirler. Çünkü paraya gereksinimleri olmamıştır. Eli açık ve iyilikseverdirler. Çünkü kötülükleri tanımamışlardır. Çabuk güvenir, çabuk bağlanırlar. Çünkü aldatılmamışlardır. Yüksek amaç ve hayalleri vardır; çünkü daha yaşamın sillesini yememişlerdir. Koşulların sınırlayıcı etkisini öğrenmemişlerdir. Sevgide de, nefrette de aşırıya kaçarlar. Her şeyi bildiklerini sanır ve onun için yanlışlarında sonuna kadar direnirler (17,19,22).

Gençlik dönemindeki değişikliklerin sonucunda genç insan, toplumun ondan beklediği kimi özellikler kazanır. Toplumsal alanda beklenen değişiklikler, kültüre göre farklılaşsa da fiziksel ve cinsel olgunlaşmayı sağlayan değişiklikler evrenseldir. Aslında bakıldığında kültürler arasındaki farklılıklara rağmen, gençlik döneminde toplumsal alanda beklenen değişikliklerin de kimi ortak nitelikler taşıdıkları görülecektir (17,25). Hangi kültürde yaşıyor olursa olsun genç, bir biçimde anne babası ve öteki erişkinlerden bağımsızlaşabilmeli, ailesi dışında toplumsal ilişkilere girebilmeli, özellikle yaşlılarıyla arkadaşlık kurup sürdürebilmelidir. Cinsel olgunlaşmasına uyum sağlamalı, cinsel kimliğini ve rolünü iyice benimsemiş, evliliğe istekli ve hazır olmalıdır (26,27). Zihin yeteneklerini ve el becerilerini geliştirmiş, toplum yaşamı için gerekli bilgi, görgü ve ruhsal olgunluğa erişmiş olmalıdır. Kendine özgü değerle, yaşam anlayışı ve bir dünya görüşü oluşturmalıdır. Bir amaç ya da amaçlara doğru yönelebilmeli, nereden gelip nereye gittiğini bilmeli, bir iş/meslek için kendini hazırlamaya başlamalıdır (22,23,24,25).

## **2.2. Gençlik Döneminin Başlıca Özellikleri**

### **2.2.1. Fiziksel Gelişim**

Gençlik dönemi fiziksel gelişmenin ve değişimin dorukta olduğu bir dönemdir. Fiziksel değişimin hızlı ve fark edilir olması ergenin kendini kabullenmesi sürecinde iç huzursuzluk yaşamasına neden olabilir (22,25). Genel olarak hem kız hem de erkekler kendi bedenleriyle çok ilgilidir. Kendi bedenlerini beğenmez ve daha çok kusurlu yanlarına dikkat ederler. Bu da büyük bir üzüntü, mutsuzluk kaynağı olabilir. Bu dönemde genç, değişen bedeninin çevre tarafından nasıl algılandığını tam olarak bilemediği için bedenini bol kıyafetlerin altına saklamaya çalışabilir (20,22,27). Bazen de ilgi çekmeye çalışmak ve kendisini bir gruba ait hissetmesini sağlamak için farklı saç şekilleri denemek gibi davranışlarda bulunabilirler. Bu dönemde fiziksel değişim içindeki gencin en çok çelişkide kaldığı nokta; bedenini kabul etmek ve reddetmek arasında olmaktadır (20,27,28).

Fiziksel büyümeye ilaveten ikincil cinsel karakterlerin kazanılması da bu dönemde olmaktadır. Hormonal değişiklikler her iki cinsten farklı kas ve iskelet gelişimine, yağ dokusu dağılımına ve ikincil cinsel değişikliklere yol açar. Bu dönemde cinsel olgunlaşmaya bağlı olarak gerçekleşen fiziksel değişikliklere gencin uyum sağlayabilmesi gerekir. Hem erkekler hem de kızlar için cinsel ilgiyi kişiliğin diğer yönleriyle bütünleştirmek halledilmesi gereken önemli bir konudur. Kültürel özellikler, cinselliğin ifade tarzı üzerinde son derece etkilidir (22,29).

### **2.2.2. Bilişsel Gelişim**

Bedensel değişikliklerle birlikte ergenler zihinsel süreçte de değişim yaşarlar. Bilişsel gelişim ergenlerin yalnız kendilerini, ailelerini, arkadaşlarını değil, dünyalarını görme biçimi üzerinde uzun süreli etkiler taşır. Gittikçe artan biçimde geleceğe yönelik ve soyut düşüncelerle ilgili olurlar ve idealizm kazanırlar (16,17).

Genç insan, soyut çıkarımlar yapabilme yeteneğini kazanmakla birlikte, sadece gözlemediği olayların sınırlılığında kurtulur, varsayımsal durumları da hesaba katmaya başlar. Yaratıcılık artar, din, ahlaki ve felsefi konular üzerine düşünceler geliştirir. Bu dönemin gelişim açısından en önemli yanı, kimliğin kazanılmasıdır (16, 18, 19).

Bilişsel gelişim kapsamında kişinin, dikkat, algı, bellek, dil gelişimi, okuma ve yazma, problem çözme, akıl yürütme ve yaratıcılık gibi becerileri de gelişir (17). Gençlik çağının başlarında hayallerle gerçekler iç içedir. Neyin hayal, neyin gerçek olduğunu ayırmada güçlük çeker. Genç giderek her şeyi objektif olarak değerlendirme kabiliyeti kazanır (18). Soyut düşünce düzeyine ulaşan genç, artık anne babasıyla ve çevresinde yer alan yetişkinlerle tam anlamıyla iletişim kurmaya hazır demektir. Daha önceki dönemlerde sadece aksiyonla veya realitenin sınırlı kısımlarıyla meşgul olan genç, soyut düşünme yeteneğine ulaştığı zaman realite ötesinde tahminler yürütmeye başlar; kendine doğru yanlış teori ve fikir sistemleri geliştirir; hayal dünyasını psikolojik-duygusal motiflerle süsler (17,18,19).

Soyut düşünme ile birlikte olayları birçok açıdan görme halinin gelişmesi, genç insanda yeni birtakım güçler ortaya çıkarır. Genç, kanıtlara göre birtakım düşünceleri kabul ya da reddeder. Genel nitelikleri aramaya başlar; bu da onun kapsamlı ilişkiler kurmasını, genel yasaları görmesini sağlar. Genç, bu duyu dışı alanları anlama ve imgelenen sistemleri oluşturma çabası içine girer. Kendi düşüncesinin bilincine ulaşır; yargılarını mantıksal haklı çıkarımlarla destekleyebilir (20).

### **2.2.3. Duygusal Gelişim**

Gençlik dönemi, entelektüel ilgi ve merakın yanında duygusal coşkunluğun da yaşandığı bir dönemdir. Gençlik döneminde görülen bu yoğun duygu ve heyecan coşkunluğu, bir kısım anne babaları ve eğitimcileri telaşlandırır da, gerçekte, eğitimi zorlaştıran bir neden olmak yerine, eğitimi mümkün kılan, olumlu yönde değişim ve gelişimi hızlandıran bir özelliktir (28). Bu çağda genç, sadece heyecanlarını kontrol etme yeteneğine değil, aynı zamanda heyecan kapasitesini en geniş şekilde kullanabilme yeteneğine de sahip hale gelir. Sahip olduğu kişilik yapısı ve zekânın yardımıyla, olayları değerlendirecek çeşitli motifleri olan duygusal tepkilerde bulunur (29).

Bu dönemde duyguların birbirine karıştığı görülür, dengesizlikler ve taşkın hareketler baş gösterir. Çünkü sorunlar çoğalmış ve çeşitlenmiş, heyecanlar en yüksek düzeye çıkmıştır. Ayrıca genç, yetişkinlerin kendisini anlamayacağını sandığından onlardan yardım istemekten kaçınır. Ancak problemlerini kendi kendisine çözmekte de zorluk çeker ve çevresindeki kişilere karşı olumsuz bir tutum içerisine girerler. Böylece bazı gençler kendilerini yalnızlığa itip hayallerinde ve düşüncelerinde kendi iç

dünyalarında olmayı arzularken, çoğunluğu aralarında oluşturduğu arkadaş gruplarının bireyelerine oldukça yakınlık ve sadakat gösterirler (29). Ruhsal alanda yaşanan çalkantıların yanı sıra pek çok olumlu gelişmelere de gözlenir. Başlangıçta başkalarına ait görüşleri kendi görüşleriymiş gibi savunurken, okuyup tartıştıkça daha tutarlı ve kendine ait görüşler geliştirir (21).

Genç kaygıdan mutluluğa, sevinçten sıkıntıya, kızgınlıktan taşkınlığa değişen çeşitli duygulanım ve coşku durumlarından kaynaklanan iletişim kurar. Başkasının tatlı bir bakışla gülümsemesi, birkaç güzel sözü genci mutlu etmeye yeter. Asık bir yüz, sert mimik veya jest, kırıcı birkaç söz onu mutsuzluğun derinliklerine sürükler. İlgi ve sevgiyle ilişki kurduğu insanlara karşı bir süre sonra kin ve nefret duyar, kızıp öfkelenildiği kişiyi ise yüceltebilir. Çekinip korktuğuna sokulup yaklaşır. Yetişkinlerin aksine, gençlerin olayların etkisinde daha çok kalmalarının ya da duygu heyecanlarını kontrol edememelerinin ardında, edinmiş oldukları bilgilerin zihinlerinde tam anlamıyla yerleşmemiş olması; muhakeme kabiliyetinin henüz olgunlaşmamış olması; hedeflerin kesinlik kazanmamış olması vb. gibi eksikliklerin etkileri yatar (29,30).

#### **2.2.4. Kişilik Gelişimi**

Gençlik çağı benlik kavramının önem taşıdığı bir çağdır. Genç kendini tanımaya çalışır. Duygularını inceler, bedenini inceler, nasıl bir kişi olduğunu ve nasıl olmak istediğini anlamaya çalışır. Bu dönem bir arayış çağıdır. Bu dönemde kişi benliğini bulma çabası içindedir. Benliğin cinsiyet, din ve siyasal dünya görüşü ile ilgili çeşitli yönleri vardır. Kişi bu çağında, her alanda, değişik olasılıkları düşünüp deneyerek kendi benliğini bulmak zorundadır (30,31).

Gencin kendi kimliğini bulması demek, aileden yeteri kadar bağımsızlaşması, kendi kararını verip kendi seçimini yapabilmesi, hayattaki amacını ve yolunu gerçekçi bir biçimde belirleyebilmesi, cinsel çatışmalarını çözüp cinselliğini benimseyebilmesi ve kendine uygun değer yargılarına sahip olabilmesi demektir. Bütün bunları başarması, kendi içinde gereksiz iç çatışmaları yaşamaması ve çevreyle gereksiz çatışmaması demektir (31,32).

Bazı gençler gençlik çağının çalkantısını, belirsizliğini ve bocalamasını kolay atlatamazlar. Böylece gençler ne istediklerini ve nereye yöneldiklerini bilemezler. Karar veremezler, kalıcı seçimler yapamazlar. Bu gençler kendilerine belli bir yön çizemeyen

gençlerdir. İnsanlara yaklaşma ve sıkı ilişkiler kurmada başarısızlık gösterirler. İnsanlara yaklaşma ve sıkı ilişkiler kurmada başarısızlık gösterirler ve bunun sonucunda yalnızlık çekerler. Uygun olmayan rastgele kişilerle arkadaşlık eder, yarışmadan kaçır ve yeteneklerine uymayan işlerde kendilerini tüketirler. Ailenin ya da toplumun onaylamadığı rollere girer, ters ya da olumsuz kimliğe bürünürler (32,33). Başkalarına benzemekten nefret ederler, ama bir kimse olmayı da beceremezler. İrade bozukluğu ve amaçsızlık belirgin özellikleridir. Toplum içinde bir yer edinemeyen ve geleceğinden de umudunu kesen genç topluma kolaylıkla sırt çevirebilir (29, 34).

### **2.2.5. Sosyal Gelişim**

Biyolojik süreçler, gelişmenin temelini ve her aşamanın zamanını belirlemesine rağmen, gelişmenin içeriğini etkileyen önemli faktör bireyin içinde yaşadığı çevrenin özellikleridir (31,34). Yeni psiko-biyolojik öğrenme kuramları, öğrenme olgusunun sürecinin, çevrenin birey üzerindeki karmaşık etkisinin incelenmesi ile anlaşılabilceği noktasından hareket etmektedir (31,32).

Bireyin dünyayı algılama biçimi, içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevrenin durumuna bağlıdır. Sosyo-kültürel çevrenin birey üzerindeki etkileri çok yönlü ve karmaşık bir özellik göstermektedir. Bireyin doğumundan sonra normal koşullar doğrultusunda sürekli beraber olduğu ebeveynin belirlediği sosyal çevrenin her bir parçası, birey için sosyalizasyon etkeni olduğu için ebeveynin sağladığı sosyal çevre, bireyin entelektüel şahsiyetinin şekillenmesi ve sosyal rollerinin örtüleşmesi anlamında oldukça önem arz etmektedir (20,29). Gencin çevresiyle sürekli etkileşim içinde olması, onun sosyal gelişiminin yönünü ve derecesini belirlemektedir. 12-22 yaş dilimleri arasında yer alan gençlik çağı, çoğu zaman coşkulu, atılgan ve çalkantılı bir çağdır (21,22). Sosyal gelişim, gencin kendisini toplumun bir parçası olduğunu; ailesini, akraba ve komşuluk düzenini, arkadaş çevreleriyle ilişkilerini nasıl düzenleyeceğini öğrendiği bir süreçtir. Başka bir ifadeyle sosyal gelişim; bireyin içinde bulunduğu toplum tarafından kabul edilebilir biçimde davranmayı öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır (28,29,30).

Bireyin sosyalleşmesinde rol alan önemli sosyal etkenlerden biri arkadaşlık grubudur. Arkadaşlar birlikte vakit geçirir, eğlenir ve diğer faaliyetlerde bulunurlarken birbirlerini çeşitli tutum ve davranışları ile etkilenirler ve karşılıklı olarak birbirlerinin

sosyalleşmesine katkıda bulunurlar. Çünkü insan, psikolojik olarak arkadaşlarının davranışlarından etkilenme yetisine sahiptir (28,31).

Gencin okul, iş ve yakın çevresi ile sürdürdüğü faaliyet ve ilişkileri sonucu edineceği davranış, tutum, düşünce ve bilgi birikimi hem kendisinin hem de toplumun geleceğini biçimlendirecek öğeler olacaktır. Bu nedenle henüz olgunlaşmamış bir insanın sosyal olgunluğa yöneltmesi; içinde bulunduğu toplumun alışkanlık, değer, tutum ve inançlarını öğrenme ve uygulama süreci olarak tanımlanan toplumsallaşmanın niteliği gençlik döneminde daha da önemli olmaktadır (29,30).

Genç birçok sosyal davranışı ve tutumu diğer insanların davranış ve tutumlarını gözleyerek, gerçek hayattaki modellerle özdeşleşerek öğrenir. Gençler, sosyal becerileri yetişkinlerden çok birbirleriyle olan etkileşimlerinden edinmektedirler (29). Kulaksızoğlu, sorunlu gençlerin saldırgan tutumlarını, normal gelişimin bir sonucu değil, hatalı öğrenme, ailenin uygun eğitim verememesi ve sosyalleşmemiş olmalarının bir sonucu olarak açıklamıştır (31).

#### **2.2.6. Ahlaki Gelişim**

Bireyin kendisinin veya başkasının davranışı hakkında düşünme veya bu davranışı iyi ya da kötü olarak yargılama yetisinin gelişimidir. Bu bağlamda bireyin iyi ya da kötü olarak yargılarını yani neyin ahlaklı neyin ahlaksız bir davranış olduğunu, yaşadığı toplumun kültürel öğeleri ile inandığı dinin referansları belirler (34).

Ahlak gelişimi, davranışlarda ki doğru ve yanlışlıklara işaret eder. Yeni bilişsel yetenekleri ergenlere, davranışın iyiliğini ya da kötülüğünü düşünme ya da yargılama gücünü kazandırır. Bu da sık sık ahlaki gelişimi alanında, ergenlerin kendilerinin ve başkalarının davranışını görme tarzında değişimlere yol açmaktadır (34,35). Ergenlik çağında başlayarak gençler soyut düşünce yetilerini kullanarak ana babalarının davranışlarını yeniden değerlendirmeye başlar. Onların doğru dediklerinin her zaman geçerli olmadığını görürler, tutarsız davranışları daha iyi ayırt ederler, çelişkileri sezerler, tartışmaya girerler, eleştirirler. Genç bunu yaparken kendilerine özgü bir ahlak anlayışı, tutarlı bir değer sistemi yaratmaya çalışmaktadır (35,36).

### **2.3. Gençlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Sorunlar**

Gençler için ruhsal sağlık, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi aksatarak gençlerin işlevselliklerine erişmesini engelleyebilir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların gençlerin yaklaşık %9 ile %21'ini etkilediğini göstermektedir (32,36,37).

Gençlik döneminin karmaşık ruhsal özellikleri incelendiğinde ortaya dengesiz ve sağlıksız bir görünüm çıkar: Sinirlilik, birden tepki gösterme, öfke patlamaları, çabuk sevinip, çabuk üzülme, içe kapanma ile coşku arasında gidip gelişler, bencillik, kaygılar, güvensizlik, kararsızlık ve birçok özellik... Öyle ki, bu özellikler bir yetişkinde toplandığı zaman o kişiye ruh sağlığı bozuk ya da uyumsuz tanısı konabilir (34,36). Yörükoğlu (2007), bu nedenle yetişkini psikolojik açıdan değerlendirme ile ergeni bu açıdan değerlendirme kriterlerinin farklı olduğunu ve hatta bu çağın uyumsuzluğunun Anna Freud'un da vurguladığı gibi bir sağlık göstergesi sayılması gerektiği üzerinde durur (17).

#### **2.3.1. Depresyon**

Depresyon, duygularda güvensizlik, karamsarlık ve çöküntünün oluşmasını düşünce ve hareketlerdeki yavaşlamayla birlikte görülen ruhsal bir rahatsızlık durumudur (35,36).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser ve karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerini taşıdığı; bireyin normalde hoşlandığı etkinliklere veya daha genel anlamıyla yaşama karşı ilgisiz olması sebebiyle hiçbir şeyden zevk alamaması, aşırı durumlarda ölümü ve intiharı düşünmesiyle tanımlanabilen ve bir sınavı, işi veya yakını kaybetme gibi belirlenebilir bir olaya bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal bir çökkünlük durumudur (34,35,36,37).

Yaygın olarak gözlenen bir psikiyatrik bozukluk olan depresyonla ilgili araştırmalar hem popüler hem de profesyonel alanlarda oldukça ilgi çekmektedir. Depresyon akıl sağlığı içinde önemli olduğu düşünülen durumlardan biri de depresyon

intihar arasındaki kuvvetli bağıdır (38). Asnis ve ark. 'nın (39) yaptığı bir araştırmada majör depresyon tanısı alan hastalardaki intihar düşünceleri ve davranışlarının oranının birçok farklı psikiyatrik tanı kategorisindeki hastaya oranla anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyona eşlik eden belirtilerden umutsuzluk da intihar için en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (39,40).

### **2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Anksiyete, sebebi kesin olmayan korku veya temel bir ihtiyacın karşılanmaması durumunda bireyde meydana gelen rahatsız edici ve gerginlik yaratan bir duygulanım durumudur. Bu ruhsal süreci yaşayan bireylerde kötü bir şey olacağına dair bir his sürekli baskın durumdadır. Bireylerin yaklaşmakta olduğuna inandıkları bir tehlikeden tedirginlik duyma durumunu ifade etmektedir (41).

Bireyin psikososyal uyum süreçleri içerisinde önemli bir yer tutan ve Türkçede endişe, bunaltı, tedirginlik, tasa vb. şekillerde ifade edilen kaygı hali gerek psikologlar gerekse psikiyatristler tarafından üzerinde çok durulan konuların başında gelmektedir. Bireyin geleceğe yönelik hissettiği hoş olmayan, sıkıntı veren ve endişeye sevk eden psikolojik bir hal olarak tanımlanabilecek olan kaygı, kaynağının belirsiz, süresinin ve şiddetinin zayıf olmasıyla korkudan ayrılmaktadır (39,40).

Yapılan araştırmalarda anksiyetenin, fiziksel, mental ve emosyonel olarak yardım alamama, ümitsizlik, çalışma isteğinin olmaması, benlik saygısında azalma ile karakterize tükenmişlik duygusu olduğu belirlenmiş olup, tüm benliği etkilediği saptanmıştır (41,42,43). Anksiyete, kaçınılmaz etkenlerin bireyin psişik dengesini bozması ile ortaya çıkan gerilim ve zorlanma halidir. Anksiyete, bireyin tehlikeli olarak algıladığı çevresel kaynaklı bir uyarıcıya bağlı olan, bireyde oluşan bir ruh hali olarak tanımlanır (44,45).

Yaygın anksiyete bozukluğu, tanı sistemlerine DSM-III ile birlikte girmiş olan gerçek sorunlarla orantısız bir biçimde yaşam koşulları hakkında gerçekçi olmayan aşırı endişe ile karakterize yeni bir anksiyete bozukluğu tanısıdır (46,47). Yaşam boyu prevalansı %4,1-6,6 olup, bu hastaların doktora başvuru oranı diğer hastalıklardan 2 kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Başlangıç yaşı ortalama 20 yaştır (46,47,48).



### **2.3.3. Somatizasyon Bozukluğu**

Somatizasyon organik nedenlerle açıklanamayan, psikososyal ya da duygusal etkenlere bağlı olduğu düşünölen, bedensel yakınmalar ve işlev bozukluğu ile ortaya çıkan ruhsal hastalıkları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (49). Çocuk ve ergenlerde özellikle açıklanamayan ağrı yakınmaları çok siktir. Ağrı yakınmaları içinde ilk sırayı baş ağrısı almaktadır (45). Toplum taramalarında her gün ya da sıklıkla baş ağrısı yakınması olduğunu belirten çocuk ve gençlerin oranı %10-30 arasındadır (51). Diğer sık görölen ağrı yakınmaları karın ağrıları (%10-25), ekstremitte ağrıları (%5-10) ve göğüs ağrısıdır (%7-15). Ağrı yakınmaları dışında baş dönmesi, bulantı, yorgunluk en sık görölen belirtilerdir. Çocuklarda karın ağrıları gençlerde ise baş ağrıları daha sık olarak bildirilmektedir. Somatizasyon genellikle polisemptomatik olup yaşıla birlikte belirti sayısı da artmaktadır (49,50,51).

Çocuk ve gençlerde somatizasyon sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar ile birliktelik görölmektedir. Bu kişilerde özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları görölmekte olup, anksiyete bozuklukları içinde de en sık ayrılık kaygısı bozukluğu ve panik bozukluğu somatizasyona eşlik etmektedir. Somatizasyon akademik ve sosyal işlevsellikte belirgin bozukluk yaratabilir (52). Okul kaybı akademik başarıyı etkileyebilir. Bu kişiler yaşıt ilişkilerini sürdürme güçlüğu yaşarlar. Yaşıa uygun gelişimsel konuların üstesinden gelemezler. Anne babaya aşırı bağımlılık ve düşük benlik saygısı siktir. Aşırı başarılı kızların erkeklere göre kronik somatik şikâyetlere daha yatkın olduğu görölmektedir (49).

### **2.3.4. Davranım Bozukluğu**

Davranım bozukluğu, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ve sürekli olarak görölen bir davranış örüntüsüdür. Davranım bozukluğu DSM-IV'de dört ana grupta ele alınmaktadır (52).

1. İnsanlara ve hayvanlara fiziksel zarar verme veya fiziksel zarar tehdidi,
2. Eşyaların kaybı veya tahrip edilmesi,
3. Dolandırıcılık ve hırsızlık,
4. Kuralların ciddi biçimde ihlal edilmesi.

Davranım bozukluğu tanısı almak için, bu davranışlardan üçünün veya daha fazlasının son on iki ay boyunca bulunması ve son altı ay boyunca en az bir davranışın bulunması ve on yaşından önce hiç bir belirti göstermemesi gerekmektedir. Davranım bozukluğu ile asi tavırlar göstermeyi birbirinden ayırmak önemlidir (53,54).

Davranım bozukluğu erkeklerde dört ile beş kat fazla görünmektedir. Bu bozukluğun niçin erkek ergenlerde daha çok görüldüğü tam olarak açıklanamamaktadır. Bu bozukluğun görülme sıklığı açısından dikkat bozukluğu hastalığından sonra ikinci sırada geldiği ve yetişkinlikteki antisosyal davranışların temelini oluşturduğu belirtilmiştir (53,54,55).

### **2.3.5. Yeme Bozukluğu**

Anoreksia ve bulimia nervoza genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan yeme bozukluklarıdır. DSM-IV, anoreksia nevrozayı yoğun şişmanlık korkusu, beden biçimi ölçüsündeki algı bozukluğunun eşlik ettiği yaş ve boya uygun olarak en az kabul gören beden ağırlığını reddetme, şeklinde tanımlar. Blumia nervoza ise aşırı yemek yeme, ama yediklerini çıkarma alışkanlığının olduğu bozukluktur. Her iki yeme bozukluğu kız ergenlerde erkeklere göre daha fazla görülmektedir (52,54,56).

### **2.3.6. Madde Bağımlılığı**

Sigara, alkol, uyuşturucu maddeler ve benzerleri gibi keyif verici olan ve alışkanlık veya bağımlılık yaratan maddelerle ilk karşılaşma genellikle çocukluğun sonlarında ve ergenlikte olmaktadır. Alışkanlık veya ruhsal bağımlılık keyif verici bir maddeyi kullanmaya alışmak, olmadığı zaman onu arzu etmek, onun yoksunluğundan sıkılıp gerginlik ve kaygı duymaktır (54,55).

DSM-IV’de madde yanlış kullanımı ve madde bağımlılığı için çocuk ve gençlerde şu noktalar dikkate alınmaktadır: Madde kullanım sıklığı, tipik kullanımın niteliği, aynı anda kullanılan maddelerin çeşitleri, maddenin kullanıldığı sosyal bağlam, maddeyi yanlış kullananın duygusal durumudur (52,53). Gençlerde madde kullanımı ile ilgili olarak psikolojik, aile ile bağlantılı etmenler, toplumsal ve bağlamsal etmenler olmak üzere dört temel risk etmeni bulunmaktadır. Öfke, içsellik ve dikkatsizlik gibi kişilik özelliklerine sahip ergenler psikolojik risk altında bulunmaktadır. Uzak, düşmanca ve çatışmalı aile ilişkileri olan ergenlerin birbirine karşı sıcak ve yakın olan

ailelere göre maddeyi kötüye kullanma riski daha fazladır. Madde kullanmaya hoşgörü ile yaklaşan arkadaşlara sahip olma sosyal olarak gençler için risk olmaktadır. İlaça kolay ulaşabilme, ilacı kullanma olanağı fazla olan, madde kullanımına hoşgörü ile bakan ve kullanımı özendirilen ortamlarda bulunan gençlerin madde kullanma ve maddeyi kötüye kullanma oranları yükselmektedir (51,52,53,54).

### **2.3.7. Histerik Nevroz**

Histerik nevrozun konversiyon türünde duyu ve davranış organlarında işlevsel bozukluklar görülmektedir. Kişi, hiçbir organik bozukluğu olmadığı halde birden bacaklarının tutmadığından, ellerini kollarını oynatmadığından yakınıdır. Konversiyon histerisinin bir türü de kasılmalarla kendini gösterir. Yörükoğlu'nun belirttiğine göre, histeri belirtileri gösteren çocukların ve ailelerin incelenmesinden; bu çocukların duyarlı, çekingen, anne-baba, büyüklerin buyruklarına uysalca uyan, duygu ve düşüncelerini dışa vuramayan, aile içinde özel bir yeri ve sorumluluğu olan çocuklar olduğu sonucuna varmıştır (52,53,54).

### **2.3.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesyon, tedirgin etmek, sıkıştırmak, rahat vermemek, bunaltmak anlamında Latince "obsidere" sözcüğünden gelmektedir. Bireyin bilincine istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yorumlanan, egodistonik olan ve çoğu zaman anlamsız kabul edilen, bireyin kendisine rahatsızlık verdiği ve anksiyete yarattığı halde bilinçli çaba ile bundan kendini kurtaramadığı, yineleyen, ısrarlı, zorlayıcı, benliğe yabancı, düşünce, dürtü, söz veya imgelemelerdir. Örneğin, hastalık ya da pislik bulaşma düşüncesi, birisine zarar verme dürtüsü, sevdiği kişilerin başına kaza geleceği düşüncesi gibi (54,57).

Kompulsiyon, saplantıyı ve obsesyonel düşünceyi kovmak, etkisiz bırakmak, yüksüzleştirmek ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı ve iradesi dışında tekrarladığı hareketlerdir. Görünüşte bir amaca yönelik, kesin kuralları olan, istem dışı yineleyen davranışlar, mental ya da motor eylemlerdir. Obsesyonun oluşturduğu gerilim, kompulsiyonun yerine getirilmesi ile kısa süre hafiflemiş olur (49,52,57).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bunaltı yaratacak ve kişinin normal işleyiş yetisini, çalışma düzenini, sosyal etkinliklerini veya ilişkilerini bozacak şiddette

tekrarlanan saplantılar ve zorlantılarla tanımlanır. Obsesyon ve kompulsiyonlar süreklilik kazandığı, kişinin olağan günlük işlerini devamlı bir şekilde bozduğu, normal işlevlerini ve ilişkilerini önemli ölçüde ve devamlı aksattığı zaman OKB söz konusudur (57).

### **2.3.9. Uyku Bozukluğu**

Uyku sistemlerin dinlenmesine olanak veren bir durum olması yanında vücudun yenilenmesine de olanak veren bir zaman dilimidir. Bu sayede merkezi sinir sistemi başta olmak üzere çeşitli sistemlerin günlük aktiviteleri sırasında meydana gelen yıpranması giderilebilir. Ruh ve bedendeki en ufak rahatsızlık, uykuda kendini gösterir. Aynı şekilde uyku düzenlerindeki bir değişiklik de sağlık ve günlük hayat üzerinde etkilidir (54,58,59).

Uyku bozukluğu, genel popülasyon ve ruhsal bozukluğu olan kişilerde yaygındır. Uykusuzluk en yaygın olanıdır. İnsanların %30'undan fazlası uykusuzluktan yakınır ve uykusuzluk konusunda yardım alır (55,59).

### **2.3.10. Dürtü Kontrol Bozukluğu**

Dürtü kontrol bozuklukları genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirme isteklerine karşın, kendisi veya başkaları için tehlikeli olabilecek bir dürtüyü yerine getirmeyi engelleyememe durumudur. Bu dürtü yerine getirildiğinde, kişide memnunluk hissi ortaya çıkar. Dürtü bozuklukları, acı veren duyguları ya da yetersizlik yaşantılarını ortadan kaldırmak için yaygın olarak kullanılır. Bu eylemler içsel tehlikelere karşı savunmadır, ama sonucunda olduğundan farklı anlamlar taşıyan agresyon ya da cinsel doyum meydana gelir. Dışardan bakıldığında büyük bir hırs ya da merak sonucunda meydana gelmiş gibi görünen dürtüsel davranış, gerçekte rahatsızlık veren durumdan rahata geçme isteği ile ilişkili olabilir (54,60,61).

Dürtü kontrol bozukluğu olan kişiler üç temel özelliğe sahiptir. Birincisi, kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar. İkincisi, eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır. Üçüncüsü, eylem gerçekleştirilirken haz, doyum ve rahatlama sağlanır. Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani kişinin birdenbire ortaya çıkan bilinçli arzularına uygundur. Eylemin

gerçekleştirilmesinden sonra kişiler yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler (60,61).

### **2.3.11. Tik Bozuklukları**

Tik, birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan, basmakalıp bir motor hareket ya da ses çıkarma durumudur. Süresi genellikle 1 saniyeyi geçmemektedir. Bu duruma direnç gösterilemez gibi hissedilir. Tik davranışının vücutta görülen yeri (kaş, göz, omuzda oluşması gibi), sıklığı ve zorlayıcılığı, çeşitli zamanlarda değişebildiği gibi, topluluk içinde olma ya da tek başına bulunmaya göre değişebilmektedir. Tikler tek bir bölgede veya birden fazla bölgede ya da organda hissedilebilir. Tik davranışının yapılması ile birlikte geçici bir rahatlama elde edilir (54,62).

### **2.3.12. Somatoform Bozukluklar**

Bu hastalıkların temel özelliği, fiziksel ve bedensel yakınmaların bulunmasıdır. Başka bir deyişle, kişi ruhsal sorunlarını bedensel belirtilerle göstermektedir. Ancak bu fiziksel ve bedensel yakınmalarda herhangi bir organik bulgu gösterilemez. Bulguları açıklayacak bilinen fizyolojik mekanizma söz konusu değildir. Bu hastalıkları açıklamada, fizyolojik etkenler ve bilinçdışı çatışmaların birlikte etken olduğu kabul edilir. Bu rahatsızlıklar: konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis, beden disformik bozukluğudur (49,63).

## **2.4. Gençlik Dönemi ve İntihar**

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı sıklıklarla görülen intihar olgusu, halk sağlığı açısından önemli yer tutmaktadır. İntihar davranışı, bireyi, çevresini, toplumu ve sonraki nesilleri derinden etkileyen evrensel bir sorundur (64,65). Son yıllarda, özellikle genç popülasyonda giderek artan intihar ve intihar girişimi oranları, araştırmacıların ilgisinin bu konu üzerinde yoğunlaşmasına sebep olmaktadır. Kompleks bir davranış biçimi olması sebebiyle biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu bir yaklaşımı gerektirmektedir. İntihar ve intihar girişimi tanımları istemli ve üzerinde düşünülmüş olarak kendine zarar verme niteliği

taşıyan fakat sonucu ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığı açısından farklılık gösteren davranışlardır (66,67).

İntihar davranışını tanımlayan sözcükler ilk kez 18. yüzyılda kullanılmaya başlanmış ve intihar kavramını karşılayan “suicidium” sözcüğü 1737 ve 1762’de “Akademi Sözlüğü”nde yer almıştır (65). Orta çağda da “Sui homicidia” veya “Sui ipisis homicidum” kelimeleri ile kendini veya başkasını katletme arasında bir anlamı olan deyimler kullanılmıştır. “Suicide” terimi yerine “İntihar” sözcüğü Türkçeye ilk kez Tanzimat döneminde girmiştir. Bu sözcük Arapçada “Nahr” sözcüğünden gelmektedir Günümüz Türkçe’sinde hala kendini öldürme eylemi “intihar” ya da “özkıyım” kavramları ile karşılanmaktadır (65,66).

İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişimi, yaşama dürtüsüne karşıdır. Bu nedenle ruhsal açıdan bir bozukluk belirtisi olarak kabul edilir. Bu konunun etiyolojik, epidemiyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve antropolojik olarak farklı boyutlarıyla ele alınması, konuyla ilgili bilgi eksikliğini gidermek ve önlenmesine yönelik çalışmalara ağırlık vermek açısından önemlidir (66,67,68).

Bazı ülkeler için intihar, dünya genelinde çok ciddi bir problemdir. DSÖ (2009) verilerine göre ülkelerin başında yüz binde 35,1 oranla Belarus gelmektedir. İkinci sırada yüz binde 30,7 oranla Litvanya yer almaktadır. Rusya ise yüz binde 30,1 oranla dünya sıralamasında üçüncüdür (69). DSÖ’nün tüm ülkelerin intihar oranlarını içeren (2009) verilerine bakıldığında, bazı noktalar dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki, oranlar açısından ilk ve son sıralarda yer alan ülkelerin coğrafi konumları ve gelişmişlik düzeylerinin kendi aralarında benzer olmasıdır. Örneğin Belarus, Litvanya ve Rusya ile sınır komşusudur. Buna ek olarak Türkiye’nin verilerininin DSÖ (2009) verileri arasında yer almadığı gerçeği de dikkat çekicidir. Dünya genelinde ele alındığında, intihar her geçen gün önemi artan bir problemdir. Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2008) yılı nüfus ve intihar verileri göz önünde bulundurulduğunda, intihar oranı yüz binde 3,94’tür (70). Buna göre Türkiye’nin intihar oranı düşük ülkeler arasında yer aldığı söylenebilir. Ancak farklı yıllara ait intihar oranları karşılaştırıldığında görülen artış göz ardı edilmemelidir. Altındağ, Sır ve Özkan’a göre, ülkemizde 1974’te genel nüfus için intihar oranı yüz binde 1,48 iken, bu oran 1998’de 2,97’ye yükselmiştir (71).

İntihar nedeniyle yaşamını yitirenlerin yaş gruplarına bakıldığında %45'i gibi büyük bir bölümünün 15-24 yaş grubundaki gençler arasında olması sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2009 verilerine göre, yaş gruplarına göre intihar oranları şu şekilde verilmiştir (7):

**Çizelge 2.1.** Yaş gruplarına göre intihar yüzdelerinin yıllara göre dağılımı

<b>YAŞ GRUBU</b>	<b>2004 (%)</b>	<b>2005 (%)</b>	<b>2006 (%)</b>	<b>2007 (%)</b>	<b>2008 (%)</b>
<b>...-15</b>	2.88	2.74	2.72	3.29	2.70
<b>15-24</b>	31.40	28.08	27.50	24.70	25.60
<b>25-34</b>	20.24	21.09	20.36	21.63	19.32
<b>35-44</b>	14.44	13.24	14.67	14.79	15.77
<b>45-54</b>	10.79	12.43	12.12	12.42	12.57
<b>55-64</b>	6.69	7.40	7.56	7.12	7.78

Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi ülkemizde intihar riskinin en fazla olduğu yaş grubunun 15-24 yaş arası olduğu görülmektedir (7).

## **2.5. Gençlerde Ruhsal Sorunlara Neden Olan Risk Faktörleri**

Ergenlikte ruh sağlığını etkileyen faktörler genel olarak kişisel ve çevresel olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

### **2.5.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Kişisel Faktörler**

Ruh sağlığını etkileyen kişisel faktörleri; yaş, cinsiyet, kişisel alışkanlıklar ve beden sağlığıdır.

**Yaş:** Ruhsal bozuklukların en sık görüldüğü dönem, 15-25 ile 26-35 yaşları arasındadır İleri yaşlarda da beyinde görülen organik bozukluklar nedeniyle ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (7,52).

**Cinsiyet:** Kadın veya erkek olmanın sosyal hayatta getirdiği yükümlülükler farklı olduğundan cinsiyetin ruh sağlığına dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; orta yaştaki

kadınlar, aynı yaştaki erkeklere göre daha fazla ruhsal çöküntü yaşamaktadır. Ruhsal problemlerin ortaya çıkması kadın ve erkekte aynı sıklıkta olmaz. Ruhsal problemler erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülür. Nedeni ise ruh sağlığına etki eden faktörlerin kadınlarda daha kalıcı etki bırakmasıdır (53).

**Kişisel Alışkanlıklar:** Kişinin alışkanlıkları olumlu ve olumsuz yönlerde olmak üzere iki çeşittir. Olumlu alışkanlıklara örnek olarak spor yapma, düzenli uyuma, dengeli beslenme, hobiler ve düzenli çalışmayı verebiliriz. Bu alışkanlıklar kişinin ruh sağlığını olumlu olarak etkiler. Olumsuz alışkanlık dediğimiz kötü alışkanlık arasında sigara içmek, alkol ve uyuşturucu kullanmak ile kumar oynamayı örnek olarak verebiliriz. Saydığımız bu kötü alışkanlıklar hem ruh sağlığını hem de beden sağlığını olumsuz yönde etkiler. Yapılan araştırmalar, ruh sağlığı bozulan ve kötü alışkanlıkları olan kişilerde suç işleme eğiliminin daha fazla olduğunu göstermiştir (49,52,54).

**Beden Sağlığı:** Beden sağlığının bozulması, ruh sağlığını da etkileyen bir faktördür. Uzun süreli, fiziksel hastalığı olan kişilerin kolaylıkla ruhsal çöküntüye uğradıkları bilinir. Aynı şekilde ruhsal sıkıntıları olan kişilerin, daha sık bedensel rahatsızlıklara yakalandığı gözlenir. Örneğin, sürekli üzüntü ve umutsuzluk içindeki kişilerde mide asidinin artması ile çeşitli mide hastalıkları ortaya çıkabilir. Beden sağlığını etkileyen faktörlerden genetik özellikler de ruh sağlığını etkileyebilir. Bazı ruhsal hastalıklarında genetik özelliklerle taşındığı bilinmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, bedensel olarak büyüme ve gelişmenin geri kalmasına yol açarken ruh sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (34,53,72).

### 2.5.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Çevresel Faktörler

Ruh sağlığını etkileyen çevresel faktörler ise; ailesel faktörler, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler ve özel zorlayıcı etkenlerdir (52).

**Ailesel Faktörler:** Huzurun, sevgi ve hoşgörünün etkin olduğu bir aile ortamı, hem çocukların hem de anne babanın ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerde bulunur. Tersine, sürekli kavga, huzursuzluk, iletişim bozukluğunun olduğu bir aile ortamı da ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sorunlu aileler, boşanmış ve parçalanmış aileler, evlat edinilmiş çocukların varlığı, aile üyelerinden birinin hastalığı ya da sağlığa zararlı alışkanlıklarının olması, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki yapabilen faktörlerdir (52,73).



**Sosyal, Kültürel ve Ekonomik Faktörler:** Kişilerin içinde yaşadığı sosyal çevre, kişilerin bu çevreye uyum sağlayabilme yetenekleri ile bağlantılı olarak ruh sağlığını etkilemektedir. Köyden şehre göç, hızlı değişen aile ve çevre yapısı, bu uyum yeteneğini bozarak ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Düşük sosyo ekonomik şartlardaki toplumlarda aile içi sorunlar, işsizlik ve suç işleme eğilimi daha fazla görülür. Kültürel faktörler de ruh sağlığını etkilemektedir (51,52,54,73).

**Özel zorlayıcı Etkenler:** Savaş, doğal afetler ve kazalar gibi bazı durumlar kişileri normalin dışında etkileyerek strese neden olabilir. Özellikle de daha önceden ruhsal problemleri olan kişiler bu durumlardan daha fazla etkilenir. Kişiler böyle durumlarda, normal şartlarda dengede tutabildikleri duygu, düşünce ve davranışları ile çevreye uyumları bozularak hastalanabilmektedir (52,54,73).

## **2.6. Gençlik Döneminde Ruhsal Sorunları Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık halinde iyileştirmek amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi ile bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitilmesinden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplindir (73). Hemşire hastanedeki riskli grupların yanı sıra toplumdaki riskli grupları da çok iyi değerlendirerek erken tanı ve tedavide rol oynayan sağlık ekibinin önemli üyesinden biridir (74).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, ruhsal hastalıklardan korunmada sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen, sağlıklı ya da hasta bireyin psikolojik durumunu algılayıp davranışlarını değerlendirebilen, bireyin psikolojik gereksinimlerini kavrayabilen, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan sağlık çalışanıdır (75,76).

Sağlık Bakanlığı'nın (2011) tanımına göre, toplum ruh sağlığı hemşiresi; birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesidir (77). Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, göçle gelmiş, madde bağımlılığı açısından riskli, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturur.
- Ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli davranışlar (sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekleştirir.
- Orta yaşlılık ve yaşlılık dönemindeki bireylere bu dönem özellikleri hakkında bilgi verir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle baş etme yöntemleri hakkında destek olur ve danışmanlık yapar.
- Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir, hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar.
- Gebelik ve doğum süreci ile ilgili gelişebilecek ruhsal durumlara yönelik annelere eğitim yapar.
- Birey ve aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütler.
- Toplumdaki bireylerin kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekler gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir.
- Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.
- Hastaya biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar, gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik bakımını planlar ve uygular.
- Gelişimsel, durumsal ve sosyal krizler için bireysel ya da grup danışmanlığı yapar, destek grupları oluşturur, psikososyal destek sunar.
- Hastanın tıbbi tedavisine uyumunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini takip eder, yan etkiler başa çıkmada yardımcı olur.

- Ruhsal sorun yaşandığında uygun destek hizmetlerinin birey tarafından kullanımını sağlar.
- Psikiyatrik hastalığın yeniden alevlenmesine neden olabilecek durumları (bilgi eksikliği, tedaviye uyumsuzluk,, stres vb.) saptar ve alevlenmeleri önlemede aile ile işbirliği sağlar.
- Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası toplum içinde uyumlarını sağlamalarına yardımcı olur.
- Psikiyatrik tedavi gören hastanın taburculuk sonrası hazırlanan ev programının uygulanmasında görev alır, hastanın toplumsal uyumunu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunur ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.
- İyileşme ve yeni duruma uyum sürecinde aile ve bireye destek olur.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyleri, toplumsal destek kaynaklarını kullanması için yönlendirir, destekler.
- Psikiyatrik tedavi gören hastaların topluma yeniden kazandırılması ve üretkenliklerini sağlamak için işverenler ve kuruluşlar ile ortak çalışmalarda bulunur.
- Ruhsal bozukluğu olan hastaların topluma yeniden kazanımında rol alan dernekler ile işbirliği yapar ve hastaları yönlendirir.
- Ruh sağlığı ile ilgili yasaları takip eder ve hasta ve aileyi yasalar hakkında bilgilendirir.
- Koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim hizmetleri için, ilk ve orta dereceli okullarda, çeşitli sivil toplum örgütlerinde, basın ve medya aracılığıyla topluma bilgi aktarır.
- Birey, aile ve gruplarda olumlu sağlık davranışları geliştirmek için toplumdaki liderlerle işbirliği yapar ve onları harekete geçirir.
- Uygun aile ortamı sağlamaya yönelik programlarda görev alır.
- Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır.

- Stres ile başa çıkma, öfke kontrolü, kriz yönetimi, evlilik eğitimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verir (77).

Hemşire, bireyin suç, benlik, toplum kuralları, yasa, kurallara uyma gibi kavramların kendisi için ne ifade ettiğine ilişkin farkındalık geliştirmesine ve bu konudaki olumsuz ve otomatik düşüncelerini fark etmesine yardımcı olur. Çevresi, ailesi ve arkadaşları ile ilişkilerini gözden geçirmesine yardımcı olarak kişilerarası ilişkilerde yaşadığı problemleri fark ettirmek ve etkili çözüm yolları bulmasına yardımcı olur. Olumlu benlik kavramı geliştirmesine, kimlik kazanmasına, toplum ve yasa kuralları öğrenmesine, kendisini suça iten ve toplumla olan uyumunu bozan davranış özelliklerini belirlemesine ve bu özellikleri geliştirebilmesi, değiştirebilmesi için kendi yaşamlarında ve kişilerarası ilişkilerinde nasıl değişimler yapacaklarına ilişkin farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur ve bütün bu hedefleri gerçekleştirmeleri için onları cesaretlendirir (78,79,80).

Bazı davranış biçimleri akut ya da kronik bozukluklara yol açabilir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, gençlerimizin çoğunun mutsuzluk, doyumsuzluk ve uyumsuzluk belirtileri gösterdiği anlaşılmaktadır (81,82). Alkolizm, sigara ve ilaç bağımlılığı giderek artmaktadır. Alkol, nikotin ya da ilaç kullanımının akciğer kanseri, sindirim sistemi, karaciğer hastalıkları ya da hipertansiyon gibi ağır sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir (83,85). Bu nedenle toplum ruh sağlığı hemşiresinin insan davranışının sosyal ve duygusal boyutlarını anlaması ve bireyin sağlık yönetiminde rol alarak, ilgili kurum, kuruluş ve bireylerle iş birliği içinde çalışması temel görevlerinden biridir (84,85).

Ruh sağlığı hemşiresi, okulda sosyal destek danışmanlığı yaparak da öğrencilere yardımcı olabilmektedir. Sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin içinde bulunduğu zorlukları belirler daha sonra bu zorluklarla baş etmede öğrenciye yol gösterici görev alır. Bunun yanı sıra öğrencilerin ruh sağlığını olumsuz etkileyecek faktörler karşısında yaşadıkları duygu ve düşünceleri uygun ifade etmelerine yardımcı olacak problem çözme, baş etme yöntemlerini kapsayan eğitim programlarının planlaması ve uygulanmasını yürütür. Okuldaki riskli grupların belirlenmesi ve buna yönelik çalışmaların geliştirilmesi için çalışmalar yapar. Bunun yanı sıra bireyin yaşamının diğer yönlerinin farkına varmasına yardımcı olur (74).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mersin Üniversitesi'ne bağlı fakülte ve yüksekokullar da örgün öğrenim gören 1., 2., 3., 4., 5., 6., sınıflarda eğitim görmekte olan gençlere uygulanmıştır. Veriler, 2010-2011 eğitim öğretim yılı bahar dönemini içine alan Şubat-Mart 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Çizelge 3.1'de araştırma kapsamında yer alan fakülte ve yüksekokullar yer almaktadır.

**Çizelge 3.1.** Mersin Üniversitesinde araştırma kapsamında yer alan fakülte ve yüksekokullar

	<b>FAKÜLTE VE YÜKSEKOKULLAR</b>	<b>KIZ</b>	<b>ERKEK</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>1</b>	Eğitim Fakültesi	791	549	1340
<b>2</b>	Fen Edebiyat Fakültesi	1659	1214	2873
<b>3</b>	Güzel Sanatlar Fakültesi	160	132	292
<b>4</b>	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	530	579	1109
<b>5</b>	İletişim Fakültesi	87	193	280
<b>6</b>	Mühendislik Fakültesi	483	1010	1493
<b>7</b>	Mimarlık Fakültesi	96	81	177
<b>8</b>	Su Ürünleri Fakültesi	61	184	245
<b>9</b>	Tarsus Teknik Eğitim Fakültesi	98	526	624
<b>10</b>	Beden Eğitimi Yüksekokulu	100	106	206
<b>11</b>	Erdemli Teknik ve İşletme Yüksekokulu	121	270	391
<b>12</b>	Silifke Uygulama ve Teknik Yüksekokulu	92	98	190
<b>13</b>	Takı Teknik ve Tasarım Yüksekokulu	127	60	187
<b>14</b>	Turizm ve Otelcilik Yüksekokulu	185	335	520
<b>15</b>	Sağlık Yüksekokulu	430	90	520
<b>16</b>	Devlet Konservatuvarı	21	33	54
<b>17</b>	Eczacılık Fakültesi	90	141	231
<b>18</b>	Tıp Fakültesi	273	494	767
	TOPLAM	5404	6095	11499

### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Mersin Üniversitesi Aralık 2010 verilerine göre; Eğitim Fakültesinde 791 kız, 549 erkek, Fen Edebiyat Fakültesinde 1659 kız 1214 erkek, Güzel Sanatlar Fakültesinde 160 kız 132 erkek, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde 530 kız 579 erkek, İletişim Fakültesinde 87 kız 193 erkek, Mühendislik Fakültesinde 483 kız 1010 erkek, Mimarlık Fakültesinde 96 kız 81 erkek, Su Ürünleri Fakültesinde 61 kız 184 erkek, Tarsus Teknik Eğitim Fakültesinde 98 kız 526 erkek, Beden Eğitimi Yüksekokulunda 100 kız 106 erkek, Erdemli Teknik ve İşletme Yüksekokulunda 121 kız 270 erkek, Silifke Uygulama ve Teknik Yüksekokulunda 92 kız 98 erkek, Takı Teknik ve Tasarım Yüksekokulunda 127 kız 60 erkek, Turizm ve Otelcilik Yüksekokulunda 185 kız 35 erkek, Sağlık Yüksekokulunda 430 kız 90 erkek, Devlet Konservatuarında 21 kız 33 erkek, Eczacılık Fakültesinde 90 kız 141 erkek, Tıp Fakültesinde 273 kız 494 erkek, olmak üzere, toplam 11499 öğrenci örgün öğrenim görmektedir. Araştırmanın evrenini, bu okulların 1., 2., 3., 4., 5., 6. sınıflarında öğrenim görmekte olan 11.499 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırma örneklemini; Mersin Üniversitesi'ne bağlı lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokullarında örgün öğrenim gören, daha önce ruhsal hastalık tanısı almayan, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan ve genel sağlık durumları araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak anketleri cevaplamaya uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Tarsus Teknik Eğitim Fakültesi ve Yabancı Diller Yüksekokulu'ndan araştırma için izin alınamadığı için burada öğrenim gören öğrenciler örnekleme dahil edilememiştir. Örneklem grubu tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenerek, Med-Calc 11.2.1 paket programı yardımıyla örneklem büyüklüğü yaklaşık 1015 olarak saptanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

Araştırma verileri, öğrencilerin tanıtıcı bilgilerini içeren, literatür taraması, danışman ve uzman görüşü alınarak hazırlanan 29 maddeyi kapsayan “Kişisel Bilgi Formu”, genel ruhsal durum değerlendirilmesi için “Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI)” ve intihar olasılığı düzeylerini ölçmek için “İntihar Olasılığı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu geliştirilmiş olup ergenin sosyo-demografik, eğitsel, ailesel, sosyal ve bireysel özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

##### **3.5.1.2. Kısa Semptom Envanteri**

1992 yılında Derogotis tarafından geliştirilmiş olup, Türkçeye çevirisi Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından 1994 yılında yapılmış likert tipi bir ölçektir. Ölçek Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkmış olup, SCL-90 R'nin kısa formudur ve 9 alt ölçek, ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçek psikiyatrik, ruhsal belirti ve yakınmalarını içeren 53 maddesiyle 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bunlar; somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler), obsesif kompulsif semptom (5, 15, 26, 27, 32, 36. maddeler), kişilerarası duyarlılık (20, 21, 22, 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35, 50. maddeler), anksiyete (1, 12, 19, 38, 45, 49. maddeler), hostilite (6, 13, 40, 41, 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43, 47. maddeler), paranoid düşünce (4, 10, 24, 48, 51. maddeler), psikotizm boyutlarını (3, 14, 34, 44, 53. maddeler) içermektedir. Ek maddeler ise (11, 25, 39, 52. maddeler) yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili maddeler vardır.

Her madde, hiç yok / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4, puan verilerek puanlanmaktadır. Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53'e

bölünmesi yoluyla elde edilir. Belirti Toplamı İndeksi (BTI), 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen puan toplamıdır. Belirti Toplam İndeksi (BTİ) puanının 1'in üzerinde oluşu psikopatolojik eğilimi gösterecektir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterecektir.

Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılmış pek çok araştırma mevcuttur. Deragotis ve ark.'nın (86) geliştirdiği orijinal ölçeğin iç tutarlılığının 0,77 ile 0,90 arasında, güvenilirliğinin ise 0,78 ile 0,90 arasında değiştiği rapor edilmiştir.

Türkçe'ye uyarlama çalışmaları, Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Elde edilen sonuçlardan güvenilirlik katsayıları, 0,70 ile 0,88 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin diğer ölçekler ile korelasyon katsayıları ise 0,45 ( $p < 0,001$ ) ile 0,71 ( $p < 0,001$ ) arasında değişmektedir (87,88).

### **3.5.1.3. İntihar Olasılığı Ölçeği**

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen "İntihar Olasılıkları Ölçeği (Suicide Probably Scale – SPS)" 36 maddeden oluşan ve her bir madde 1 ile 4 arasında değişen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1996 yılında Tuğcu ve 2007 yılında Atlı ve ark. tarafından yapılmıştır. Umutsuzluk 12 madde, intihar düşüncesi 8 madde, düşmanlık 7 madde ve olumsuz kendilik değerlendirmesi 9 madde olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Atlı ve ark. (89)'nın ergen ve yetişkinlerde intihar risk değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilen İntihar Olasılıkları Ölçeğinin klinik örneklemedeki geçerliliğini ve güvenilirliğini incelediği araştırmanın sonucuna göre, klinik örneklemede kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu ispatlanmıştır.

Ölçeğin orijinal formundan değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır. 0-24 arası puanlar normal grup, 25-29 arası puanlar hafif risk, 30-44 puanlar orta risk, 45-74 puanlar ise yüksek risk olarak ele alınacaktır. Bireyin tüm maddelerden aldığı puanlar, her maddenin her bir seçeneği için ağırlığı 0 ile 5 arasında değişerek derecelendiriliş bir puanlama kullanılacaktır. Bu bağlamda ölçekten alınabilecek en yüksek puan 147, en düşük puan



ise 31'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması intihar olasılığı ile doğru orantıda olacağı için intihar riskinin de yüksek olduğunu gösterecektir.

İntihar Olasılığı Ölçeğinin İngilizce formu ruh sağlığı uzmanlarınca Türkçe'ye tercüme edilmiş ve geri tercümesi iki İngilizce öğretmeni tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için alfa katsayısı normal grupta 0,85 ve alt ölçeklerde de 0,74-0,79 arasındadır. Test tekrar- test güvenilirliği 0,98'dir (89,90).

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması**

Kişisel Bilgi Formu'nun işlerliğini değerlendirmek amacıyla örneklem grubunda yer alan bir fakültede öğrenim gören 10 öğrenciye uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda Kişisel Bilgi Formu'nda değişiklikler yapılarak yapılandırılmıştır. Ön uygulama da toplanan veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler, etik kurul onayı ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra, örneklem grubunu oluşturan kurum yöneticilerinin bilgisi dâhilinde öğrencilerle görüşülerek araştırmanın amacı ve yöntemi, araştırmada kullanılacak olan anket ve ölçeklerle ilgili açıklama yapıldıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır.

Veriler bir araştırmacı ve Sağlık Yüksekokulu 3. Sınıfta öğrenim gören beş öğrenci anketör olmak üzere alt kişi ile toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından anketörlere araştırmanın amacı, örneklem grubuna ait özellikleri, araştırmaya dâhil edilme kriterleri, veri toplama araçları ve uygulama süresine ait bilgileri içeren 3 saatlik bir eğitim verilmiştir. Eğitimde anlatım ve soru-cevap tekniği kullanılmıştır. Veri toplama süresi boyunca araştırmacı tarafından anketörlere süpervizyonda bulunulmuştur.

### **3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi**

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5. istatistik paket programı kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki

grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler (Independent samples) t testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni ve LSD testleri kullanılmıştır.

Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Araştırma kapsamına Mersin Üniversitesine bağlı fakülte ve yüksekokullarda 4 yıllık örgün eğitim-öğrenim gören 1015 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve eğitim gördükleri fakülte ve yüksekokullara göre dağılımı Çizelge 3.1’de verilmiştir.

### 4.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular:

Çizelge 4.1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri

Özellik	n	%
<b>Yaş</b>		
17-20	275	27,1
21-25	698	68,8
26-30	42	4,1
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	497	49
Erkek	518	51
<b>Medeni Durum</b>		
Evlü	994	97,9
Bekar	21	2,1
<b>Aileden Ekonomik Olarak Bağımsız Olma Durumu</b>		
Evet	121	11,9
Hayır	894	88,1
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	251	24,7
Orta	666	65,6
Kötü	98	9,7

Araştırmaya katılan öğrencilerin %14,6’sı Sağlık Bilimleri, %9,6’sı Sanat Bilimleri, %25,9’u Teknik Bilimler, %14,7’si Eğitim Bilimleri, %35,3’ü Sosyal Bilimler bölümünde öğrenim görmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %71,8’i bölümünü isteyerek okuduğunu, %28,2’si bölümünü isteyerek okumadığını belirtmiştir.

**Çizelge 4.2. Öğrencilerin ailesine ait özellikler**

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Anne Yaşı</b>		
35-40	8	0,8
40-45	378	38
46-50	354	35,6
51-55	161	16,2
56-60	59	5,9
61-65	34	3,4
<b>Anne Eğitimi</b>		
Okur-yazar değil	146	14,6
İlköğretim	464	46,5
Lise	245	24,6
Önlisans	24	2,4
Üniversite	112	11,2
Yükseklisans	6	0,6
<b>Annenin Mesleği</b>		
Ev hanımı	790	79,5
Emekli	50	5
İşletme müdürü	3	0,3
Memur	128	12,9
İşçi	22	2,2
<b>Babanın Yaşı</b>		
40-45	128	13,4
46-50	332	34,8
51-55	306	32
56-60	132	13,8
61-65	57	6
<b>Baba Eğitimi</b>		
Okur-yazar değil	55	5,7
İlköğretim	339	35
Lise	337	34,8
Önlisans	39	4
Üniversite	189	19,5
Yükseklisans	9	0,9

Öğrencilerin %83,9'u anne-babasının sağ ve birlikte, %6,5'i anne-babasının sağ fakat ayrı, %9,6'sı anne-babasından en az birinin sağ olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %20,8'i 1, %52,2'si 2-3, %27'si 4 veya daha fazla kardeşi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %76,1'i çekirdek, %8,8'i geniş, %12,9'u tek ebeveynli, %2,3'ü diğer (çocuk esirgeme kurumu vs.) aile tipine sahip olduğunu

belirtmiştir. %9,7'si ailesinin köyde, %33,2'si ilçede, %57,1'i ilde ikamet ettiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %50,7'i evde, %16,7'si devlet yurdunda, %16,6'sı özel yurttta, %13,3'ü ailesi ile birlikte kaldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %29,8'i başarı durumunu iyi, %60,8'i orta, %9,5'i kötü olarak nitelendirmiştir. Öğrencilerin %26,1'i kendini ruhsal olarak rahatsız hissettiğinde doktora gittiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %4,1'i şuan psikiyatrik tedavi gördüğünü belirtmiştir. Öğrencilerin %39,5'i şu anda herhangi bir sosyal aktivite ile uğraştığını belirtmiştir. %38,3'ü sigarayı denemediğini, %33,3'ü sigarayı denediğini ve bir daha kullanmadığını, %28,4'ü sigarayı denediğini ve kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir. %33,3'ü alkolü denemediğini, %24,3'ü alkolü denediğini ve bir daha kullanmadığını, %42,4'ü alkolü denediğini ve kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %25'i zayıflamak için diyet yaptığını belirtmiştir. %20,2'si kendisine fiziksel zarar verdiğini ve %3,8 bunu çok sık, %75'i bazen, %21,2'si her zaman yaptığını ifade etmiştir.

## 4.2. Öğrencilerin Semptom Düzeyleri ve İntihar Olasılığına İlişkin Bulgular

**Çizelge 4.3.** Öğrencilerin kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı

Kısa semptom envanteri alt ölçekleri	n	Alt ve üst değerler	$\bar{X} \pm SD$
Somatizasyon	1015	0-25	4,2 $\pm$ 4,3
Obsesif-Kompulsif Semptom	1015	0-24	6,3 $\pm$ 4,2
Kişilerarası duyarlılık	1015	0-16	3,2 $\pm$ 2,8
Depresyon	1015	0-24	5,1 $\pm$ 4,5
Anksiyete	1015	0-23	4,1 $\pm$ 4,0
Hostilite	1015	0-20	4,9 $\pm$ 4,0
Fobik anksiyete	1015	0-17	2,9 $\pm$ 2,8
Paranoid düşünce	1015	0-20	4,9 $\pm$ 3,5
Psikotizm	1015	0-18	3,3 $\pm$ 3,2
Toplam ölçek puanı	1015	0-163	39,3 $\pm$ 27,6
Belirti Toplamı İndeksi	1015	0-3,08	0,7 $\pm$ 0,5
Yeme	1015	0-4	0,8 $\pm$ 1,0
Uyku	1015	0-4	1,1 $\pm$ 1,2
Ölüm	1015	0-4	0,7 $\pm$ 1,1
Suç	1015	0-4	0,7 $\pm$ 0,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon düzeyi ortalaması 4,2 $\pm$ 4,3; obsesif-kompulsif semptom düzeyi ortalaması 6,3 $\pm$ 4,2; kişilerarası duyarlılık düzeyi ortalaması 3,2 $\pm$ 2,8; depresyon düzeyi ortalaması 5,1 $\pm$ 4,5; anksiyete düzeyi ortalaması 4,1 $\pm$ 4,0; hostilite düzeyi ortalaması 4,9 $\pm$ 4,0; fobik anksiyete düzeyi ortalaması 2,9 $\pm$ 2,8; paranoid düşünce düzeyi ortalaması 4,9 $\pm$ 3,5; psikotizm düzeyi ortalaması 3,3 $\pm$ 3,2; toplam ölçek puanı ortalaması 39,3 $\pm$ 27,6; belirti toplamı indeksi düzeyi ortalaması

0,7±0,5; yeme düzeyi ortalaması 0,8±1,0; uyku düzeyi ortalaması 1,1±1,2; ölüm düzeyi ortalaması 0,7±1,1 ve suç düzeyi ortalaması 0,7±0,9 olarak bulunmuştur.

**Çizelge 4.4.** Öğrencilerin intihar olasılığı düzeyleri

İntihar Olasılığı Düzeyleri	n	%
Normal	246	24,2
Hafif risk	672	66,2
Orta risk	92	9,1
Yüksek risk	5	0,5
Toplam	1015	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin intihar olasılığı açısından %24,2'sinin normal, %66,2'sinin hafif riskli, %9,1'inin orta riskli, %0,5'inin ise yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2). İntihar olasılığı ölçeği puan ortalaması ise 32,50±12,31 olarak hesaplanmıştır.

**Çizelge 4.5.** Öğrencilerin semptom düzeyleri ile intihar olasılığı arasındaki ilişki

Semptom Düzeyleri	İntihar Olasılığı Düzeyleri				F	p*
	Normal	Hafif risk	Orta risk	Yüksek risk		
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Somatizasyon	1,8±2,2	4,2±3,9	9,6±5,2	14,6±5,5	106,4	<0,001
Obsesif-Kompulsif Semptom	3,7±2,7	6,7±3,8	10,7±5,1	15,8±6,7	94,8	<0,001
Kişilerarası duyarlılık	1,5±1,9	3,3±2,5	6,6±3,2	11,4±2,9	111,3	<0,001
Depresyon	2,2±2,3	5,2±3,7	11,2±6,0	20,8±3,3	156,8	<0,001
Anksiyete	1,7±2,0	4,1±3,5	9,7±4,8	17,0±5,1	146,8	<0,001
Hostilite	2,5±2,4	5,1±3,7	9,5±4,0	16,2±5,2	106,5	<0,001
Fobik anksiyete	1,5±1,6	2,9±2,5	6,5±3,5	8,4±5,1	95,2	<0,001
Paranoid düşünce	3,0±2,6	5,0±3,1	9,1±4,3	14,0±2,7	98,9	<0,001
Psikotizm	1,3±1,7	3,4±2,7	7,3±4,3	13,0±3,0	127,3	<0,001
Toplam ölçek puanı	19,6±13,6	40,2±22,7	80,4±30,9	131,2±29,8	204,7	<0,001
Belirti Toplamı İndeksi	0,3±0,2	0,7±0,4	1,5±0,5	2,4±0,5	204,7	<0,001

\* One-Way ANOVA testi sonucunda elde edilen p değeri

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puanı ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=106,492; p<0,001). Buna göre normal olanlar ile hafif risk olanlar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001), normal risk olanlar ile orta risk olanlar arasında farklılık anlamlı (p<0,001), normal risk olanlar ile yüksek risk olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur (p=0,023). Ayrıca, intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli ve yüksek riskli arasında farklılıklar anlamlı bulunmuş ve sırasıyla p değerleri p<0,001 ve 0,046 olarak belirlenmiştir.



Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=94,831$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, obsesif-kompulsif semptom puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif risk olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, obsesif-kompulsif semptom puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında da farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=111,310$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, kişilerarası duyarlılık puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif risk olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta risk olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal risk olanlar ile yüksek risk olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,006$ ). Ayrıca, kişilerarası duyarlılık puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında da farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,012$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=156,873$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, depresyon puanı normal olanlar ile hafif risk olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta risk olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal risk olanlar ile yüksek risk olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Bu durumda, depresyon puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Ayrıca, depresyon puanı intihar olasılığı açısından orta riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=146,833$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, anksiyete puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Ayrıca, Anksiyete puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,017$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=106,591$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, hostilete puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,015$ ). Bu durumda, hostilete puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,031$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=95,243$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, fobik anksiyete puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Ayrıca, fobik anksiyete puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=98,911$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, paranoid düşünce puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli

olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,013$ ). Bu durumda, paranoid düşünce puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,006$ ). Ayrıca, paranoid düşünce puanı intihar olasılığı açısından orta riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,045$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=127,391$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, psikotizm puanı intihar olasılığı açısından normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Bu durumda, psikotizm puanı intihar olasılığı açısından hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,007$ ). Ayrıca, psikotizm puanı orta riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,037$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=204,740$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, toplam ölçek puanı normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Ayrıca, toplam ölçek puanı hafif riskli olanlar ile orta riskli olanlar arasındaki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif riskli olanlar ile yüksek riskli olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,008$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının intihar olasılığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=204,740$ ;  $p<0,001$ ). Farklılıklar incelendiğinde, belirti toplamı indeksi puanı normal olanlar ile hafif riskli olanlar arasında ( $p<0,001$ ), normal olanlar ile orta riskli olanlar

arasında ( $p<0,001$ ), normal risk olanlar ile yüksek risk olanlar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Ayrıca, belirti toplamı indeksi puanı hafif risk olanlar ile orta risk olanlar arasında ki farklılık ( $p<0,001$ ) ve hafif risk olanlar ile yüksek risk olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,008$ ).

#### 4.3. Öğrencilerin Sosyo-Demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerinin İntihar Olasılığı ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Çizelge 4.6.** Öğrencilerin sosyo-demografik ve eğitsel özelliklerine göre intihar olasılığı ölçeği puanları

Özellikler	İÖÖT	Normal		Hafif Risk		Orta veya yüksek risk		p
		n	%***	n	%***	n	%***	
<b>Yaş</b>								
17-20	33,4±11,8	54	%19,6	194	%70,5	27	%9,8	0,056
21-25	31,9±12,3	183	%26,2	453	%64,9	62	%8,9	
26-30	35,7±13,2	9	%21,4	25	%59,5	8	%1,9	
P	0,048*							
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	33,4±11,9	110	%21,1	332	%66,8	55	%11,1	0,125
Erkek	31,5±12,4	136	%26,3	340	%65,6	42	%8,1	
P	0,011*							
<b>Bölüm</b>								
Sağlık Bilimleri	30,2±9,7	40	%27,0	104	%70,3	4	%2,7	0,002**
Sanat Bilimleri	34,5±11,9	17	%17,5	67	%69,1	13	%13,4	
Teknik Bilimler	33,9±13,6	52	%19,8	179	%68,1	32	%12,2	
Eğitim Bilimleri	30,2±11,6	52	%34,9	85	%57,0	12	%8,1	
Sosyal Bilimler	32,7±12,1	85	%23,7	237	%66,2	36	%10,1	
P	0,002**							
<b>Bölümü isteyerek okuma durumu</b>								
Evet	31,2±11,3	190	%26,1	486	%66,7	53	%7,3	<0,001*
Hayır	35,6±13,7	56	%19,6	186	%65,0	44	%15,4	
P	<0,001*							

\* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ , \*\*\* Her bir kategori için toplamlar üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.

Teknik bilimler, sosyal bilimler ve sanat bilimler bölümünde öğrenim gören öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,056$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc LSD analizi sonucunda; 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin İÖÖ puanları, 26-30 yaş grubundaki öğrencilerin İÖÖ puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,04$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,55$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin İÖÖ puanları, erkek öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,262$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; teknik bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin İÖÖ puanları, eğitim bilimleri, sağlık bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,86$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin İÖÖ puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

**Çizelge 4.7.** Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumuna göre intihar olasılığı ölçeği puanları

	İÖÖT	Normal		Hafif Risk		Orta veya yüksek risk		p
		n	% ***	n	% ***	n	% ***	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>								
Okur-yazar değil	32,6±12,3	42	%17,3	91	%13,8	13	%13,5	0,01*
İlköğretim	33,4±12,6	92	%37,9	322	%48,9	50	%52,1	
Lise	30,2±10,9	72	%29,6	160	%24,3	13	%13,5	
Önlisans	33,6±12,2	5	%2,1	15	%2,3	4	%4,2	
Lisans/lisansüstü	32,6±12,7	32	%13,2	70	%10,6	16	%16,7	
P	0,022*							
<b>Baba Eğitim Durumu</b>								
Okur-yazar değil	32,3±13,6	18	%7,7	32	%5,0	5	%5,4	0,003**
İlköğretim	33,5±11,8	71	%30,5	241	%37,5	27	%29,3	
Lise	31,6±12,3	88	%37,8	216	%33,6	33	%35,9	
Önlisans	34,7±13,1	7	%3,0	24	%3,7	8	%8,7	
Lisans/lisansüstü	31,7±11,8	49	%21,0	130	%20,2	19	%20,6	
P	0,193							

\*p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* Her bir kategori için toplamlar üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.

Annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Babası önlisans veya lise mezunu olan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2,879; p<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesinin eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İÖÖ puanları, annesinin eğitim düzeyi lise olan öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur (p=0,01).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (F=1,523; p>0,05).

**Çizelge 4.8.** Öğrencilerin aile tipi ve gelir durumuna göre intihar olasılığı ölçeği puanları

Özellikler	İÖÖT	Normal		Hafif Risk		Orta veya yüksek risk		P
		n	%***	n	%***	n	%***	
<b>Aile Tipi</b>								
Çekirdek	32,0±11,6	185	%24,0	526	%68,1	61	%7,9	0,001**
Geniş	35,0±12,8	15	%16,9	60	%67,4	14	%15,7	
Tek Ebeveyn	31,9±13,4	42	%32,1	73	%55,7	16	%12,2	
Diğer	40,7±17,2	4	%17,4	13	%56,5	6	%26,1	
P	0,001**							
<b>Gelir durumu</b>								
İyi	30,7±11,7	74	%29,5	156	%62,2	21	%8,4	0,033*
Orta	32,7±12,3	159	%23,9	441	%66,2	66	%9,9	
Kötü	35,2±12,1	13	%13,3	75	%76,5	10	%10,2	
P	0,007**							

\*p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* Her bir kategori için toplamlar üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.

Diğer (akraba yanı, çocuk esirgeme kurumu vs.) aile tipine sahip olan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=5,298; p<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi diğer olan öğrencilerin İÖÖ puanları, aile tipi çekirdek ve tek ebeveynli olan öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur (p=0,003).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=4,988; p<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin İÖÖ puanları, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin İÖÖ puanlarından düşük bulunmuştur (p=0,007).

**Çizelge 4.9.** Öğrencilerin sosyal ve bireysel özelliklerine göre intihar olasılığı ölçeği puanları

Özellikler	İÖÖT	Normal		Hafif Risk		Orta veya yüksek risk		p
		n	%***	n	%***	n	%***	
<b>Kaldığı yer</b>								
Ev	32,4±11,9	126	%24,5	344	%66,8	45	%8,7	0,002**
Devlet Yurdu	34,6±11,7	23	%13,5	130	%76,5	17	%10,0	
Özel Yurt	32,3±12,5	43	%25,6	109	%64,9	16	%9,5	
Aile	29,7±13,2	49	%36,3	71	%52,6	15	%11,1	
Diğer	34,2±10,8	5	%18,5	18	%66,7	4	%14,8	
P	0,013*							
<b>Herhangi bir sosyal aktivite ile ilgilenme durumu</b>								
Evet	32,4±11,7	88	%21,9	280	%69,8	33	%8,2	0,137
Hayır	32,5±12,5	158	%25,7	392	%63,8	64	%10,4	
P	0,885							
<b>Sigara kullanım durumu</b>								
Denemedim	31,0±11,3	103	%26,5	259	%66,6	27	%6,9	0,103
Denedim bir daha kullanmadım	33,5±12,0	71	%21,0	231	%68,3	36	%10,7	
Denedim kullanıyorum	3,2±13,3	72	%25,0	182	%63,2	34	%11,8	
P	0,01**							
<b>Psikiyatrik tedavi görme durumu</b>								
Evet	37,4±17,3	9	%21,4	24	%57,1	9	%21,4	0,028*
Hayır	32,2±11,9	237	%24,4	648	%66,6	88	%9,0	
P	0,061							
<b>Kendine fiziksel zarar verme durumu</b>								
Evet	37,7±14,4	33	%16,1	132	%64,4	40	%19,5	<0,001**
Hayır	31,1±11,2	213	%26,3	540	%66,7	57	%7,0	
P	<0,001**							

\*p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* Her bir kategori için toplamlar üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.

Devlet yurdu, diğer yerde (akraba yanı, misafirhane, esirgeme kurumu vs.) kalan öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Kendisine fiziksel zarar veren öğrencilerin intihar olasılığı, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).



Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,204$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile ile kalan olan öğrencilerin İÖÖ puanları, devlet yurdunda kalan olan öğrencilerin İÖÖ puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-0,145$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,620$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin İÖÖ puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin İÖÖ puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=6,15$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin İÖÖ puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin İÖÖ puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin İÖÖ puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=1,923$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin Somatizasyon puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ( $t=1,211$ ;  $p>0,05$ ).

#### 4.4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik, Eğitsel, Ailesel, Sosyal ve Bireysel Özelliklerinin Semptom Düzeyleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Çizelge 4.10.** Öğrencilerin yaş, cinsiyet, bölüm ve bölümünü seçme durumlarına göre kısa semptom envanteri puanları

Özellikler	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
<b>Yaş</b>													
17-20	275	47,4±29,8	4,8±4,4	6,8±4,3	3,7±3,0	5,7±4,6	4,8±3,9	5,4±4,1	3,1±2,8	5,0±3,6	3,8±3,3	43,5±27,7	0,8±0,5
21-25	698	40,7±29,6	3,9±4,2	6,1±4,1	3,0±2,7	4,8±4,3	3,8±4,0	4,6±3,9	2,8±2,8	4,9±3,5	3,1±3,1	37,4±27,3	0,7±0,5
26-30	42	47,1±33,4	4,7±4,3	6,5±4,8	3,5±2,9	5,7±5,2	4,5±4,4	6,0±4,9	2,7±2,7	5,1±4,0	3,6±3,4	43,0±30,1	0,8±0,5
P		0,005*	0,005*	0,062	0,004*	0,015*	0,004*	0,003*	0,276	0,873	0,005*	0,006*	0,006*
<b>Cinsiyet</b>													
Kadın	497	45,7±31,1	4,8±4,5	6,7±4,3	3,7±2,9	5,6±4,8	4,8±4,3	4,8±4,0	3,1±2,8	4,9±3,5	3,4±3,2	42,1±28,7	0,7±0,5
Erkek	518	40,0±28,5	3,6±4,0	6,0±4,1	2,7±2,7	4,6±4,1	3,5±3,6	5,0±4,0	2,7±2,8	4,9±3,6	3,1±3,1	36,6±26,3	0,6±0,4
P		0,002*	<0,001**	0,006*	<0,001**	0,001**	<0,001**	0,316	0,017*	0,898	0,140	0,002**	0,002**
<b>Bölüm</b>													
Sağlık Bilimleri	148	40,6±25,7	3,7±3,6	6,5±4,0	3,1±2,6	4,9±4,1	3,9±3,5	4,7±3,7	2,6±2,5	4,4±3,2	3,2±2,8	37,3±23,9	0,7±0,4
Sanat Bilimleri	97	50,5±33,9	5,4±4,6	7,3±4,6	3,5±3,0	6,0±4,8	5,5±4,9	5,7±4,2	3,1±3,3	5,7±3,8	3,8±3,7	46,3±31,1	0,8±0,5
Teknik Bilimler	263	45,5±30,6	4,5±4,1	6,3±4,3	3,5±2,9	5,5±4,6	4,3±4,0	5,5±4,1	3,1±2,9	5,0±3,6	3,7±3,3	41,8±28,3	0,7±0,5
Eğitim Bilimleri	149	35,3±26,6	3,0±4,5	5,9±3,8	2,4±2,5	3,9±4,0	2,9±3,7	3,7±3,2	2,6±2,5	5,4±3,1	2,3±2,8	32,7±24,6	0,6±0,4
Sosyal Bilimler	358	42,7±30,5	4,3±4,4	6,2±4,3	3,3±2,9	5,1±4,6	4,1±3,9	4,8±4,1	2,9±2,9	4,7±3,6	3,3±3,1	39,2±28,1	0,7±0,5
P		0,001**	<0,001**	0,167	0,005*	0,004*	<0,001**	<0,001**	0,315	0,019*	0,001**	0,001**	0,001**
<b>Bölümünüzü isteyerek okuma durumu</b>													
Evet	729	39,6±28,0	3,8±3,9	6,0±3,9	3,0±2,7	4,7±4,3	3,7±3,7	4,5±3,8	2,6±2,6	4,7±3,4	3,0±2,9	36,3±25,7	0,6±0,4
Hayır	286	51,0±33,1	5,2±4,9	7,2±4,7	3,7±3,0	6,2±4,8	5,1±4,6	5,9±4,3	3,6±3,3	5,6±3,8	4,1±3,6	47,0±30,7	0,8±0,5
P		<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**

\*p<0,05, \*\* p<0,01

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,290$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin KSE puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,276$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin somatizasyon puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin Somatizasyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,794$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,505$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,004$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,226$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin depresyon puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,489$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin anksiyete puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,004$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,700$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin hostilete puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,291$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=0,136$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,431$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş

grubundaki öğrencilerin psikotizm puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin psikotizm puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,210$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin toplam ölçek puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin toplam ölçek puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,210$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; 17-20 yaş grubundaki öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanları, 21-25 yaş grubundaki öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,006$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3,06$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin KSE puanları, erkek öğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=4,17$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin somatizasyon puanları, erkek öğrencilerin somatizasyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,75$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin obsesif-

kompulsif semptom puanları, erkek öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,006$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,39$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, erkek öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3,21$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin depresyon puanları, erkek öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,03$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin anksiyete puanları, erkek öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilite puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,003$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,39$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin fobik anksiyete puanları, erkek öğrencilerin fobik anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=0,128$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=1,478$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3,18$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin toplam ölçek puanları, erkek öğrencilerin Toplam ölçek puanı puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3,18$ ;  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanları, erkek öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,704$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin KSE puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,699$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin somatizasyon puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler, sosyal bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin somatizasyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup

ortalamları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,620$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,775$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler, sosyal bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,04$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,918$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin depresyon puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin depresyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,006$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,292$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin anksiyete puanları, sanat bilimlerinde, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin anksiyete puanlarından düşük bulunmuştur. Sanat bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin anksiyete puanları, sosyal bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla



yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,073$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin hostilete puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin hostilete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,186$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,958$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sağlık bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin paranoid düşünce puanları, sanat bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,04$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,856$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin psikotizm puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler, sosyal bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin psikotizm puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,468$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi

sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin toplam ölçek puanları, sanat bilimleri, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin toplam ölçek puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,468$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; eğitim bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerin belirti toplamı indeksi, sanat bilimleri, teknik bilimler bölümünde okuyan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-5,14$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin KSE puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,16$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin somatizasyon puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin somatizasyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3,94$ ;  $p<0,05$ ). bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3,34$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,73$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin depresyon puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,50$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin anksiyete puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,92$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin Hostilite puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,51$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin fobik anksiyete puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin Fobik anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3,64$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin paranoid düşünce puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4,52$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin psikotizm puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin psikotizm puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-5,22$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının bölümü isteyerek okuma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-5,22$ ;  $p<0,05$ ). Bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin belirti toplamı indeksi, bölümü isteyerek okuyan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

**Çizelge 4.11.** Öğrencilerin anne ve babasının eğitim durumlarına göre kısa semptom envanteri puanları

Özellikler	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
<b>Anne Eğitimi</b>													
Okur-yazar değil	146	46,5±27,1	4,5±3,6	6,9±4,3	3,4±2,6	5,7±4,3	4,1±3,6	5,1±3,8	3,3±2,8	5,0±3,1	3,8±3,1	42,4±24,9	0,8±0,4
İlköğretim	464	43,8±31,4	4,3±4,3	6,4±4,2	3,3±3,0	5,2±4,7	4,4±4,3	5,0±4,2	3,0±2,8	4,8±3,7	3,4±3,3	40,2±29,0	0,7±0,5
Lise	245	38,0±27,5	3,7±4,3	6,0±4,3	2,7±2,7	4,6±4,3	3,5±3,6	4,1±3,3	2,5±2,7	4,9±3,4	2,8±2,7	35,1±25,5	0,6±0,4
Önlisans	24	49,7±32,7	5,7±5,2	6,7±3,7	4,0±3,3	6,1±4,7	5,5±3,9	5,0±3,5	3,5±3,7	5,3±3,9	3,8±3,4	45,9±30,1	0,8±0,5
Lisans ve Lisansüstü	118	43,6±31,4	4,2±5,0	6,4±4,0	3,1±2,7	4,7±4,1	3,9±4,1	5,6±4,7	3,0±2,8	5,4±3,67	3,3±3,6	40,0±28,6	0,7±0,5
P		0,036*	0,099	0,351	0,023*	0,055	0,037*	0,012*	0,05*	0,595	0,032*	0,051	0,051
<b>Baba Eğitimi</b>													
Okur-yazar değil	55	47,8±30,0	5,1±4,0	6,7±4,3	3,4±2,8	5,7±4,6	4,2±4,2	5,5±4,3	3,4±2,9	5,2±3,1	3,9±3,2	43,5±27,9	0,8±0,50
İlköğretim	339	45,2±30,2	4,3±4,0	6,5±4,3	3,5±3,0	5,4±4,5	4,6±4,1	5,3±4,2	3,0±2,9	5,0±3,5	3,5±3,3	41,4±27,7	0,7±0,52
Lise	337	39,8±29,4	4,0±4,4	6,0±4,2	2,8±2,7	4,6±4,6	3,8±3,8	4,4±3,7	2,7±2,7	4,7±3,5	3,1±3,0	36,5±27,1	0,6±0,51
Önlisans	39	46,8±32,6	5,2±5,1	6,5±4,4	3,7±3,1	6,4±4,0	4,5±3,9	4,8±3,8	3,1±3,4	5,1±3,5	3,6±3,6	43,3±30,2	0,8±0,50
Lisans ve Lisansüstü	198	42,0±30,0	3,8±4,7	6,4±4,1	3,0±2,6	4,8±4,0	3,8±4,0	5,0±4,1	2,9±2,8	5,3±3,8	3,1±3,1	38,7±27,7	0,7±0,50
P		0,096	0,179	0,46	0,02*	0,028*	0,141	0,06	0,40	0,40	0,202	0,113	0,113

\*p<0,05

Araştırmaya katılan ğrencilerin KSE puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,579$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayan ğrencilerin KSE puanları, annesinin eğitim düzeyi lise olan ğrencilerin KSE puanlarından yüksek ( $p=0,03$ ) bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,955$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,108$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,852$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, annesi lise mezunu olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,326$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,563$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin anksiyete puanları, annesi lise mezunu olan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,249$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesi lise mezunu olan öğrencilerin hostilete puanları, annesi ilköğretim ve lisans ve üstü mezunu olan öğrencilerin hostilete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,378$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=0,695$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,650$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; annesi lise mezunu olan öğrencilerin psikotizm puanları, annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin psikotizm puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,370$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,370$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,978$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,573$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=0,906$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,926$ ;  $p <0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; babası ilköğretim mezunu olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, babası lise mezunu olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,732$ ;  $p<0,05$ ).



Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; babası ilköğretim mezunu olan öğrencilerin depresyon puanları, babası lise mezunu olan öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,730$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,273$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,013$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,012$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,494$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,874$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,874$ ;  $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.12.** Öğrencilerin aile tipi ve gelir durumlarına göre kısa semptom envanteri puanları

Özellikler	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
<b>Aile Tipi</b>													
Çekirdek	772	41,8±29,0	4,1±4,2	6,2±4,1	3,1±2,7	4,9±4,2	4,0±3,9	4,8±3,8	2,8±2,8	4,8±3,4	3,2±3,1	38,4±26,8	0,7±0,5
Geniş	89	49,9±32,8	5,1±4,5	7,1±4,9	3,8±3,2	6,2±5,3	4,9±4,3	5,4±4,1	3,5±2,9	5,3±3,6	4,1±3,4	45,8±30,2	0,8±0,5
Tek Ebeveyn	131	41,3±31,0	3,8±4,2	6,5±4,3	3,0±2,9	5,0±4,1	3,7±4,1	4,7±4,3	2,7±2,7	5,0±3,9	3,2±3,1	38,1±28,4	0,7±0,5
Diğer	23	57,7±38,2	5,3±5,1	7,6±4,8	4,6±4,0	7,3±5,6	6,1±4,5	8,0±5,9	3,1±3,2	6,4±4,2	4,9±4,2	53,6±34,9	1,0±0,6
P		0,008**	0,065	0,132	0,016*	0,008**	0,014*	0,001**	0,154	0,137	0,006**	0,006**	0,006**
<b>Gelir Durumu</b>													
İyi	251	38,2±28,6	3,5±4,1	5,8±4,0	2,7±2,8	4,4±4,0	3,5±4,0	4,4±3,8	2,5±2,7	5,1±3,6	2,9±3,1	35,2±26,3	0,6±0,4
Orta	666	43,6±30,1	4,3±4,3	6,4±4,3	3,3±2,8	5,2±4,5	4,2±4,0	5,0±4,0	3,0±2,8	4,8±3,5	3,9±3,1	40,0±27,7	0,7±0,5
Kötü	98	49,0±31,3	5,1±4,8	7,0±4,1	3,7±3,1	6,1±5,0	4,7±3,9	5,6±4,2	3,0±3,0	5,6±3,8	4,0±3,6	45,3±29,1	0,8±0,5
P		0,005**	0,004**	0,029*	0,002**	0,003**	0,016*	0,038*	0,061	0,107	0,011*	0,005**	0,005**

\*p<0,05, \*\* p<0,01

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,960$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin KSE puanları, aile tipi geniş ve diğer olan öğrencilerin KSE puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,420$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,878$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,471$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc LSD analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, aile tipi geniş ve diğer olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,947$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin depresyon puanları, aile tipi geniş ve diğer olan öğrencilerin depresyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,579$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi “diğer” olan öğrencilerin anksiyete puanları, aile tipi çekirdek ve tek ebeveynli olan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,387$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi diğer olan öğrencilerin hostilete puanları, aile tipi çekirdek, geniş, tek ebeveynli olan öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,007$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,764$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin Paranoid düşünce puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,854$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,121$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin psikotizm puanları, aile tipi, diğer ve geniş olan öğrencilerin psikotizm puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,123$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, aile tipi diğer ve geniş olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,123$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile tipi çekirdek olan öğrencilerin belirti toplamı indeksi, aile tipi diğer ve geniş olan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,420$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin KSE puanları, gelir düzeyi orta, kötü olan öğrencilerin KSE puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,480$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin somatizasyon puanları, gelir düzeyi orta, kötü olan öğrencilerin somatizasyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,004$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur

( $F=3,536$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,282$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, gelir düzeyi orta, kötü olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,828$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin depresyon puanları, gelir düzeyi orta, kötü olan öğrencilerin depresyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,154$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin anksiyete puanları, gelir düzeyi orta, kötü olan öğrencilerin anksiyete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,290$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi

sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin hostilete puanları, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin hostilete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,800$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,242$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,572$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin psikotizm puanları, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin Psikotizm puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,332$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,332$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin belirti toplamı indeksi, gelir düzeyi kötü olan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

**Çizelge 4.13.** Öğrencilerin sigara kullanma ve sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre kısa semptom envanteri puanları

Özellikler	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
<b>Sigara kullanım durumu</b>													
Denemedim	389	39,6±29,7	4,0±4,4	6,0±4,2	3,1±2,8	4,5±4,4	4,0±4,1	4,2±3,8	2,7±2,8	4,5±3,5	3,1±3,0	36,4±27,5	0,6±0,5
Denedim bir daha kullanmadım	338	46,9±29,7	4,6±4,1	6,8±4,2	3,5±2,9	5,8±4,6	4,6±3,9	5,2±3,8	3,3±2,8	5,2±3,4	3,7±3,2	43,1±27,3	0,8±0,5
Denedim kullanıyorum	288	42,3±30,2	3,9±4,4	6,3±4,3	2,9±2,8	5,0±4,3	3,6±4,0	5,5±4,3	2,6±2,8	5,3±3,6	3,1±3,2	38,8±27,7	0,7±0,5
P		0,004**	0,128	0,033*	0,041*	<0,001**	0,014*	<0,001**	0,003**	0,007**	0,013*	0,005**	0,005**
<b>Sosyal aktivite ile ilgilenme durumu</b>													
Evet	401	41,1±27,7	4,0±4,0	6,2±4,2	2,9±2,5	4,6±4,0	3,8±3,6	5,2±4,1	2,5±2,6	5,0±3,5	3,1±3,0	37,7±25,5	0,7±0,4
Hayır	614	43,9±31,3	4,3±4,5	6,4±4,2	3,4±3,0	5,4±4,7	4,3±4,3	4,7±3,9	3,1±2,9	4,9±3,6	3,4±3,3	40,4±28,9	0,7±0,5
P		0,124	0,205	0,357	0,009**	0,004**	0,049*	0,027*	0,001**	0,700	0,086	0,128	0,128

\*p<0,05, \*\* p<0,01



Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,473$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin KSE puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin KSE puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,004$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,059$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,418$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,198$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı deneyip kullanan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,04$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7,938$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin depresyon puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin depresyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,300$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı deneyip kullanan öğrencilerin anksiyete puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin anksiyete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=11,403$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin hostilete puanları, sigarayı deneyip kullanmayan ve kullanan öğrencilerin hostilete puanlarından düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,730$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin fobik anksiyete, sigarayı denemeyen, kullanan öğrencilerin fobik anksiyete yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,028$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin paranoid düşünce puanları, sigarayı

deneyip kullanmayan ve kullanan öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,007$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,339$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin psikotizm puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin psikotizm puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,424$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,04$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,424$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; sigarayı denemeyen öğrencilerin belirti toplamı indeksi, sigarayı deneyip kullanmayan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,540$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,269$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-0,921$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2,60$ ;  $p<0,05$ ). Sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2,87$ ;  $p<0,05$ ). Sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin depresyon puanları, sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,006$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-1,97$ ;  $p<0,05$ ). Sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin anksiyete puanları, sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,21$ ;  $p<0,05$ ). Sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin hostilete puanları, sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3,34$ ;  $p<0,05$ ). Sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin fobik anksiyete puanları, sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin fobik anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=0,386$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,717$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,525$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının sosyal aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=-1,525$ ;  $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.14.** Öğrencilerin kaldığı yere göre kısa semptom envanteri puanları

Özellik	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
<b>Kaldığı Yer</b>													
Ev	515	43,0±29,4	4,2±4,0	6,3±4,3	3,1±2,8	5,1±4,5	4,1±3,9	5,1±4,0	2,9±2,8	4,8±3,5	3,3±3,1	39,4±27,0	0,7±0,5
Devlet Yrd.	170	45,7±30,2	4,4±4,6	6,8±4,2	3,6±3,0	5,7±4,6	4,4±4,1	4,9±4,0	3,1±2,9	5,3±3,5	3,5±3,2	42,0±27,9	0,7±0,5
Özel Yurt	168	42,6±30,0	4,0±4,5	6,4±4,0	3,2±2,9	4,9±4,3	4,3±4,1	4,6±3,8	2,9±2,8	5,4±3,5	3,2±3,2	39,3±27,7	0,7±0,5
Aile	135	36,4±30,2	3,7±4,7	5,5±4,0	2,6±2,7	4,2±4,1	3,5±4,0	4,2±4,2	2,4±2,8	4,2±3,5	2,9±3,3	33,6±27,8	0,6±0,5
Diğer	27	54,4±33,3	5,5±4,3	8,3±4,7	4,8±3,1	6,5±6,0	5,1±4,0	5,5±3,8	3,7±2,8	6,1±3,4	4,5±3,8	50,4±31,3	0,9±0,5
P		0,019*	0,289	0,014*	0,001**	0,023*	0,193	0,088	0,183	0,008**	0,157	0,019*	0,019*

\*p<0,05, \*\* p<0,01

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,951$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile ile kalan olan öğrencilerin KSE puanları, diğer yerlerde kalan olan öğrencilerin KSE puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,247$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,150$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ailesi ile kalan olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, diğer yerlerde kalan olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,467$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ailesi ile kalan olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, devlet yurdu ve diğer yerlerde kalan olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,853$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ailesi ile kalan olan öğrencilerin depresyon puanları, devlet yurdunda kalan olan öğrencilerin depresyon puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,524$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilite puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=2,033$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,560$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,467$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ailesi ile kalan olan öğrencilerin paranoid düşünce puanları, özel ve devlet yurdunda kalan olan öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,008$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $F=1,661$ ;  $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,964$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan



tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile ile kalan olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, diğer yerlerde kalan olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının kaldığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,964$ ;  $p<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; aile ile kalan olan öğrencilerin belirti toplamı indeksi, diğer yerlerde kalan olan öğrencilerin belirti toplamı indeksinden düşük bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

**Çizelge 4.15.** Öğrencilerin fiziksel zarar verme ve şu anda psikiyatrik tedavi görme durumlarına göre kısa semptom envanteri puanları

Özellikler	n	KSE	Somatizasyon	OKB	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	TÖP	BTİ
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
<b>Kendine fiziksel zarar verme durumu</b>													
Evet	205	59,4±35,0	6,4±5,3	7,9±4,6	4,4±3,4	7,2±5,4	6,2±4,9	7,0±4,6	4,0±3,5	6,2±3,7	4,8±4,0	54,4±32,4	1,0±0,6
Hayır	810	38,6±27,0	3,6±3,8	5,9±4,0	2,9±2,6	4,6±4,0	3,6±3,6	4,4±3,6	2,6±2,5	4,6±3,4	2,9±2,8	35,5±24,9	0,6±0,4
P		<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
<b>Psikiyatrik tedavi görme durumu</b>													
Evet	42	56,8±38,8	5,2±5,7	8,0±4,7	4,5±3,5	6,6±5,7	6,3±5,9	6,6±5,3	3,3±2,9	6,9±4,2	4,6±3,8	52,4±35,5	0,9±0,6
Hayır	973	42,2±29,4	4,1±4,2	6,3±4,2	3,1±2,8	5,0±4,4	4,0±3,9	4,8±3,9	2,9±2,8	4,8±3,5	3,2±3,1	38,8±27,1	0,7±0,5
P		0,021*	0,233	0,009**	0,020*	0,084	0,020*	0,042*	0,401	0,003**	0,007**	0,019*	0,019*

\*p<0,05, \*\* p<0,01

Araştırmaya katılan ğrencilerin KSE puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,91$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan ğrencilerin KSE puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan ğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,16$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan ğrencilerin Somatizasyon puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan ğrencilerin Somatizasyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,71$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,73$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=6,34$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar

vermiş olan öğrencilerin depresyon puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,15$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin anksiyete puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,44$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin hostilete puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,28$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin fobik anksiyete puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin fobik anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=5,68$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin paranoid düşünce puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=6,16$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin

psikotizm puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin psikotizm puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puanı puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,81$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin toplam ölçek puanı puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puan ortalamalarının kendine fiziksel zarar verme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=7,81$ ;  $p<0,05$ ). Kendisine fiziksel zarar vermiş olan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanları, kendisine fiziksel zarar vermemiş olan öğrencilerin Belirti Toplamı İndeksi puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSE puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,40$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin KSE puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin KSE puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,63$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin obsesif-kompulsif semptom puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,42$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin kişilerarası duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=1,771$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,42$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin anksiyete puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin Anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin hostilete puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,10$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin hostilete puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin hostilete puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin fobik anksiyete puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $t=0,840$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin paranoid düşünce puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3,11$ ;  $p<0,05$ ). Şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin paranoid düşünce puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin paranoid düşünce puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikotizm puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,70$ ;  $p<0,05$ ). şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin psikotizm puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin Psikotizm puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,45$ ;  $p<0,05$ ). şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin toplam ölçek puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin toplam ölçek puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanları ortalamalarının şu anda psikiyatrik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2,45$ ;  $p<0,05$ ). şu anda psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanları, şu anda psikiyatrik tedavi görmeyen öğrencilerin belirti toplamı indeksi puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

## 5. TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ve intihar olasılığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılarak sunulmuştur:

### 5.1. Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri ve İntihar Olasılığı Ölçek Puanlarının Tartışılması

Ruhsal bozukluklar ve intihar yüksek yaygınlık oranları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Değişik ruhsal hastalıklar intihar davranışına eğilimi arttırmaktadır. Çalışmamızda ruhsal durum değerlendirmesi için kullanılan kısa semptom envanteri ölçeğinde bulunan, somatizasyon, obsesif-kompulsif semptom, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm alt ölçekleri ile intihar olasılığı arasında doğru orantılı ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3). Semptom düzeyleri arttıkça intihar olasılığının da arttığı saptanmıştır.

Araştırmamızda, depresyon belirtisi gösteren öğrencilerin intihar olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3). Bulgumuzla paralellik gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Araştırmalar intihar davranışı ya da intihar olasılığı olan kişilerde en baskın psikiyatrik bozukluğun depresif bozukluk ya da majör depresyon olduğu belirtilmektedir (90,91,92,93,94). Olumsuz yaşam olayları karşısında kişinin kendini mutsuz hissetmesi, normal duygusal bir yaşantıdır. Birçok ruhsal bozukluğa da depresif duygu durumun bir semptom olarak eşlik ettiği bilinmektedir. Depresyon belirtisinin umutsuzluğa yol açtığı ve bu durumun intihar olasılığı riskini arttırdığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (95,96,97,98,99). Bulgular, depresyon belirtisi gösteren veya depresyon tanısı alan bireylerin intihar olasılığı açısından daha riskli olduğu görüşünü desteklemektedir.

Araştırmamızda anksiyete alt ölçeği ile intihar olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup anksiyete düzeyi arttıkça intihar olasılığının da arttığı



saptanmıştır (Çizelge 4.3). Çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların çoğunun psikiyatrik bir bozukluğunun olduğu bildirilmiştir. Ciddi intihar girişimlerinde ve tamamlanmış intihar olgularında, en sık belirlenen tanı duygudurum bozukluklarıdır (100,101). Anksiyete bozukluklarının intihar riskini arttırabildiğini gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Karamustafalıoğlu ve ark. (102) Atay'ın (103) ve Acar'ın (104) çalışmalarında da anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerde intihar olasılığı görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir.

## 5.2. Öğrencilerin İntihar Olasılığı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

İntihar ve intihar girişimi, istemli ve üzerinde düşünülmüş olarak kendine zarar verme niteliği taşıyan fakat sonucun ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığı açısından farklılık gösteren davranışlardır (67). İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişimi, yaşama dürtüsüne karşıdır. Bu nedenle ruhsal açıdan bir bozukluk belirtisi olarak kabul edilir.

Araştırmamızda intihar olasılığı ölçeği puan ortalaması  $32,50 \pm 12,31$  olarak hesaplanmıştır. Tüzün Z. (108), Zeyrek ve ark. (109) çalışmalarında elde edilen puanlar bulgumuzla paralellik göstermektedir. Bulgumuzla paralellik göstermeyen çalışmalar da vardır. Tuğcu (105) tarafından benzer yaş grubundaki bireyler için elde edilen puan bulgumuzdan oldukça düşük çıkmıştır. Durak-Batıgün'ün (106) ve Hisli-Şahin ve ark.'nın (107) çalışmalarında belirtilen puanlar ise bulgumuzdan yüksek çıkmıştır. Bulgulardaki bu farklılığın araştırmaların, tüm yaş gruplarını ve farklı eğitim seviyelerinde olan bireyleri kapsamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İntihar olasılığı, intihar davranışı ya da intihar girişimi gibi değişkenleri konu alan araştırmaların neredeyse tümünde bu değişkenlerin yaşla olan ilişkisi de incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bazı yaş grupları için intiharın daha büyük bir risk olduğu ya da bazı gruplarda intihar vakalarının daha çok görüldüğü yönündedir (109,110,111). Araştırmalar intihar girişiminde bulunan ya da intihar düşüncesi olan bireylerin büyük çoğunluğunun 15-24 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (91,92,110,111,112,113,114,115,116). Araştırmamızda öğrencilerin intihar olasılığı ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında ise anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiş ancak intihar girişimi açısından en yüksek yığılma olan grubun (%70,5) 17-20 yaşları arasında

olduğu saptanmıştır. Araştırmamızla paralellik gösteren ve yaş ile intihar olasılığı arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (94,109,117). Bu yaşlarda üniversite öğrencisi olma, bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri ile yeni bir okula, yeni bir kente ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabaları pek çok gençte değişik sorunların ortaya çıkmasına yol açmakta ve kişilerarası ilişkilerden, birçok nevrotik eğilimlere, riskli sağlık davranışlarından intihar boyutuna kadar değişim gösterebilmektedir.

Araştırmamızda cinsiyet değişkeni ile intihar olasılığı arasında istatistiksel olarak ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu bulguyu destekleyen ve araştırmamızla paralellik gösteren başka çalışmalar da yer almaktadır (118,119,120). Bununla birlikte intihar düşünceleri açısından kadın erkek oranları arasında fark olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. İntihar oranı, hemen hemen tüm ülkelerde erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Ülkemizde de bu bulgu ile paralellik gösteren çalışmalar yer almaktadır (117,121). Bunun dışında kadınların intihar düşüncesi ya da davranışının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (92,113,115,122). Tüm bu bulgular hem kadınların hem de erkeklerin intihar davranışı açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Okul, bireyin sosyalleşme sürecine önemli katkı sağlayan bir ortamdır. Bireyin öğrenim gördüğü bölümden memnun olmasında, kendine ve geleceğine ilişkin olumlu değerlendirme yapmasında ve psikolojik sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmamızda bölümü isteyerek okumayan öğrencilerin intihar olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.4). Tomanbay ve Güçlü'nün (123) üniversite öğrencilerinde yaptığı intihar eğilimi çalışmasında, intihar eğiliminde olan 45 kişiden, 18'inin okuduğu okuldan memnun olduğunu, 27 kişinin ise okuduğu okuldan memnun olmadığını belirtmiştir. Bu da çalışmamızda çıkan sonuç ile paralellik göstermektedir. Bunun yanı sıra öğrenim görülen bölüm açısından, sanat bilimlerinde okuyan öğrencilerin intihar olasılığı diğer bölümlerden yüksek çıkmıştır (%13,4). İntihar olasılığı açısından sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin puan ortalamasının diğer bölümlerden düşük çıkması dikkat çekmektedir.

Araştırmamızda anne-baba eğitimi ile intihar olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5). Araştırmamızda annesi ilköğretim mezunu, babası lise mezunu olan öğrencilerin intihar olasılığı açısından en

riskli grup olduğu görülmüştür. Düşük anne eğitim düzeyinin intihar girişimi riskini arttırdığını destekleyen çalışmalar da mevcuttur (103,105,111,124). Bu durum, anne-baba eğitim düzeyinin öğrencilerde intihar olasılığı açısından önemli bir risk faktörü oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda ailesi olmayan, akraba yanında kalan, parçalanmış aile yapısına vb. sahip ve gelir durumunu kötü olarak belirten öğrencilerin intihar olasılığı açısından en riskli grup olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.6). Bunu geniş aile (%15,7), tek ebeveyn (%12,2) ve çekirdek aile yapısı (%7,9) izlemektedir. Bulgumuzla, sonuçları paralellik gösteren aile yapısı ile intihar olgusunu içeren çalışmalar da bulunmaktadır. Ercan (125), Öztop ve ark.'nın (116) çalışmasında intihar girişiminde bulunan bireylerin büyük çoğunluğunun parçalanmış aile yapısına ve kötü ekonomik gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiş ve bu durumun intihar davranışını etkileyen bir faktör olduğunu belirtmiştir. Yalvaç (112), Tel ve Uzun'un (126) araştırmalarında ise çekirdek aile üyelerinde intihar girişimlerinin sık görüldüğünü, bunun nedeninin de aile yapısında görülen destek sistemlerinin geleneksel ailelerde görülen destek sistemlerine göre yetersiz kalması ile ilişkilendirilmiştir. Atlı'nın çalışmasında (127), çalışmamızın aksine aile yapısı ile intihar olasılığı ve girişimi arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu durum; araştırma kapsamına alınan örneklem farkı, araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olması ve kültürlerarası farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Bu bulgular doğrultusunda, çekirdek aile yapısına sahip ve gelir durumu iyi olan öğrencilerin intihar riskinin daha az olduğu düşünülebilir.

Barınma durumu değişkeni ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; üniversite öğrencilerinin okul yaşamı boyunca tercih ettikleri barınma durumunun hem ruh sağlığını hem de intihar olasılığını etkilediği saptanmış ve intihar olasılığı açısından en riskli grubu akraba yanı, dini kurumlar, sosyal hizmet vb. yerde kalanların oluşturduğu görülmüştür (Çizelge 4.7). Bunu devlet yurdu, aile yanı, özel yurdu ve evde kalanlar izlemektedir. Tel ve Uzun'un (126) araştırmasında, ailesi ile birlikte yaşayanların intihar girişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulgulardaki farklılığın nedeni olarak sosyal çevre, arkadaş ilişkileri, yaşanan yerin coğrafi ve ekonomik özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sosyal aktivite durumu ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; sosyal aktivite ile intihar olasılığı arasında istatistiksel olarak ilişki olmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.7). Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık %40'ı şurada sosyal bir aktivite ile uğraştığını belirtmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda, öğrencilerin büyük çoğunluğunun herhangi bir sosyal aktivite ile uğraşmadığı ve sosyal yönü zayıf olan öğrencilerin intihara daha yatkın olduğu belirtilmiştir (113,123,125,128). Bulgumuzla diğer araştırma sonuçlarının farklı çıkması, bireysel, kültürel ve araştırmanın yapıldığı evrenin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Psikiyatrik tedavi görme değişkeni ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin intihar olasılığının, tedavi görmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7). Yapılan bazı araştırmalarda, psikiyatrik hastalığı olanların intihar riskinin olmayanlara göre 3 ile 12 kat fazla olduğu ve intihar eden veya intihar girişiminde bulunan kişilerin %90-95'inde en az bir ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir (92,94,118,128,129,130,131). Bu bulgular, psikiyatrik tedavi görme durumunun intihar düşüncesi üzerinde doğrudan etkili olduğu görüşünü desteklemektedir.

Kendisine fiziksel zarar verme durumu ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; daha önce kendisine fiziksel olarak zarar verenlerin intihar olasılığı açısından daha riskli olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7). Araştırmalarda bulgumuzla paralel olarak, kendine fiziksel zarar verici davranışı olan kişilerin intihara daha yatkın olduğu belirtilmektedir. Özver'in (124), Atlı ve ark.'nın (89) yaptığı araştırmalarda kendisine fiziksel olarak daha önce zarar verenlerin intihar olasılıklarının, daha önce kendisine zarar vermeyenlerden yüksek olduğu ve zarar veren kişilerin intihar açısından risk taşıdığı belirtilmiştir. Bulgular, kişinin kendine fiziksel zarar verme durumu ile intihar olasılığı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu görüşünü desteklemektedir.

### 5.3. Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Araştırmada, üniversite öğrencilerinde ruhsal semptom olarak en çok obsesif-kompulsif semptom ve depresyon görülürken, en az fobik anksiyete görülmüştür (Çizelge 4.1). Bulgumuzla paralellik gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Aştı ve ark. yaptığı çalışmada en fazla obsesif kompulsif bozukluk görülürken en az fobik anksiyete görülmüştür (132). Deniz ve ark.'nın (92), Ekemen'in (133) üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmada araştırmamıza paralel olarak öğrencilerde en çok obsesyon ve depresyon belirtileri, en düşük ise fobik anksiyete saptanmıştır. Kartal ve ark.'nın (91) çalışmasında, obsesif kompulsif bozukluk alt boyutu birinci sırada, kişilerarası duyarlılık alt boyutu ikinci sırada, depresyon üçüncü sırada yer almaktadır.

Araştırmamızda kız öğrencilerin OKB, anksiyete semptomu, somatizasyon belirtileri, depresyon, fobik anksiyete semptomu ve kişilerarası duyarlılık belirti düzeyleri erkek öğrencilerden yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.8). Yapılan araştırmalarda üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerin OKB düzeyleri ve kişilerarası duyarlılık belirti düzeyleri, fobik anksiyete semptomu, depresyon, somatizasyon belirtileri, anksiyete semptomu erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (91,134,135,136,137,138.). Bu durumda, kız öğrencilerin ruhsal belirti açısından erkek öğrencilere göre daha riskli olduğu söylenebilir. Araştırmamızda cinsiyete göre hostilete puanlarının farklılaşmadığı saptanmıştır. Deniz ve ark.'nın çalışmasında da (92), çalışmamızla paralel olarak hostilete ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bulgumuzla paralellik göstermeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Güven'in (135), Şahin ve ark.'nın (107) gerçekleştirdiği araştırmalarda erkeklerin hostilete puanlarının kızlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, araştırmaya dahil edilen örneklem grubu, bireysel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Araştırmamızda, cinsiyet ile paranoid düşünce arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızla paralellik gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Kartal ve ark. (91) ile Deniz ve ark.'nın çalışmalarında (92) paranoid düşünce ile cinsiyet arasındaki ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Araştırmamızda bölümü istemeyerek okuyan öğrencilerin semptom düzeylerinin isteyerek okuyanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üniversite yerleştirme sınavından yeterli puan alamamalarından dolayı istemedikleri bölümü okumaları, üniversite tercihlerinde yanlış yönlendirilmesi, aile baskısı nedeniyle istemediği bölüme gitmesi, ekonomik koşullar vb. nedenlerden dolayı bölümü istemeyerek okuyan öğrencilerin semptom düzeylerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Bu bulgu, öğrenim görülen bölümün ruh sağlığı üzerinde etkisinin olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda eğitim bilimlerinde okuyan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete düzeyleri en düşük bulunurken, sanat bilimlerinde okuyan öğrencilerin en yüksek olduğu; paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamalarının ise sanat bilimlerinde okuyan öğrencilerde en fazla, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerde ise en az olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.8). Bu bulgular doğrultusunda sanat bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin ruhsal bozukluk yönünden en riskli grubu oluşturduğu görülmektedir. Bunun nedeni, okuduğu bölümün öğrencinin beklentisini yeterince karşılamaması, öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirecek derslere ihtiyaç duyulması, mezuniyet sonrası iş güvencesine yönelik kaygılar vs. olabilir.

Araştırmamızda çekirdek aile tipinde yetişen öğrencilerin semptom düzeyinin diğerlerine göre düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda aile tipi çekirdek olan öğrencilerin depresyon açısından en az riskli grup olduğu, parçalanmış aileden gelen, sosyal hizmetler kurumu vb. kalan öğrencilerin ise en riskli grup olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10). Kaya ve ark. (140) yaptığı çalışmada da depresyon yaygınlığı parçalanmış aileden gelen öğrencilerin, çekirdek ya da geniş aileden gelen öğrencilerden daha fazla olduğunu saptanmıştır. Bu bulgu, öğrencilerin sosyal destek sistemlerinin yeterli düzeyde olmadığı bir göstergesi olarak düşünülebilir. Aile bütünlüğünün ve sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması depresyonun gelişmesi ve sürmesinde önemli faktörlerdir. Bunun yanı sıra anne-babaların çocuğun davranışlarına uyguladıkları denetim ve disiplin sonucunda çocuklar istediği pek çok şeyden vazgeçmekte ve bu engellemeler de çocukta kızma, öfkelenme, sinirlenme vb. hali olan hostilite belirtisine yol açmaktadır.

Araştırmamızda gelir düzeyi iyi olan öğrencilerin semptom düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha az olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10). Ekemen'in (133)

çalışmasında da çalışmamızla paralel olarak gelir durumu iyi olan bireylerin semptom düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Bu doğrultuda gelir düzeyi iyi olanların semptomlar açısından minimal risk taşıdığı düşünülebilir.

Araştırmamızda sigara içmeyi hiç denemediğini belirten öğrencilerin genel olarak ruhsal belirti puan ortalamalarının en düşük olduğu bulunmuştur. Sigara kullanan öğrencilerde, semptomlardan en az biri görülmektedir (Çizelge 4.11). Bu bulgu doğrultusunda, sigara kullanım durumu ile ruhsal durum arasında doğrudan ilişki vardır. Öğrencilerin ruh sağlığındaki sorunların etkisiz bir baş etme yolu olan sigara kullanımını arttırdığı söylenebilir.

Araştırmamızda herhangi bir sosyal aktivite yapmayan öğrencilerin kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete semptomları açısından riskli olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.11). Yeni çevreye kolay adapte olamama, ekonomik koşullar, içe kapanık kişilik özelliğine sahip olma, eğitim koşullarının ağır olması vs. durumların öğrencilerin sosyal aktivitelere katılımını engellediği ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda barınma durumu açısından akraba yanı, sosyal hizmetler, misafirhane vb. yerde kalan öğrencilerin semptom düzeyi açısından en riskli grubu oluşturduğu saptanmıştır. Barınma durumunun OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünce semptomları açısından riskli olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin barınma durumu ile hostilite arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Çizelge 4.12). Deniz ve ark.'nın çalışmasında (92), barınma durumu ile hostilite arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız olup ailesi ile kalan öğrencilerin semptom düzeyi, yurttan kalan öğrencilerden düşük çıkmıştır. Bu doğrultuda, akraba yanı, sosyal hizmetler, misafirhane vb. yerde kalan öğrencilerin aile ortamından uzak olması, kendi akran grubundan oluşan bir çevre edinmede problem yaşamaları ve ekonomik sıkıntılar vb. nedenlerden dolayı genel bir karamsarlık, ümitsizlik, motivasyon eksikliği ve somatik belirtilere sahip olabilecekleri söylenebilir.

Araştırmamızda kendisine fiziksel zarar verme durumu ile semptom düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı olup, kendisine fiziksel zarar veren öğrencilerin semptom düzeyleri açısından en riskli grubu oluşturduğu saptanmıştır (Çizelge 4.13). Kendine fiziksel zarar veren öğrencilerin semptom düzeyleri arasında OKB düzeyinin en yüksek

olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, oğrencilerin yaşadıkları sıkıntılar karşısında oluşturdukları saplantılı dūřüncelerin ardından kaygılarını azaltmak veya bastırmak amacıyla kendilerine fiziksel yönden zarar verecek eylemlere başvurmuş olabilecekleri dūřünülmektedir.

Araştırmamızda psikiyatrik tedavi gördüğünü belirten oğrencilerin OKB, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, hostilite, paranoid dūřünce ve psikotizm semptomları açısından risk taşıdığı saptanmıştır. Yapılan bazı araştırmalar da psikiyatrik tedavi görenlerin semptomlar açısından riskli grubu oluşturduğu görüşünü desteklemektedir (109,110,113,133,141).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bulgular doğrultusunda araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

- Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası 21-25 yaşları arasındadır.
- Öğrencilerin yaklaşık dörtte biri istemediği bölümde okumaktadır.
- Öğrencilerin önemli bir kısmının anne-babası sağ ve birlikte yaşamaktadır.
- Öğrencilerin yaklaşık dörtte biri kendini ruhsal olarak rahatsız hissettiğinde doktora gitmektedir.
- Öğrencilerin çok düşük bir kısmı şuan psikiyatrik tedavi görmektedir.
- Öğrencilerin üçte biri şuan herhangi bir sosyal aktivite ile uğraşmamaktadır.
- Öğrencilerin yaklaşık dörtte biri sigara ve alkol kullanmaktadır.
- Öğrencilerin beşte biri kendisine fiziksel olarak zarar vermektedir.
- İntihar olasılığı açısından araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası hafif risk grubundadır.
- 17-20 yaşları arasındaki öğrenciler intihar olasılığı açısından yüksek riskli grubu oluşturmaktadır.
- Kız öğrencilerin intihar olasılığı riski erkek öğrencilerden daha yüksektir.
- Kız öğrencilerin yarısından fazlası, erkek öğrencilerin üçte biri intihar olasılığı açısından daha risklidir.
- Sanat bilimlerinde öğrenim gören öğrenciler intihar olasılığı açısından yüksek riskli grubu oluştururken sağlık bilimlerinde okuyan öğrenciler düşük riskli grubu oluşturmaktadır.
- Annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin yarısından fazlasının intihar olasılığı daha yüksektir.

- Babası lise mezunu olan öğrencilerin üçte birinin intihar olasılığı daha yüksektir.
- Akraba yanı ve sosyal hizmetlerde vb. kalan öğrenciler intihar davranışı açısından en riskli grubu oluşturmaktadır.
- Aile gelir durumu kötü olan öğrencilerin onda birlik kısmının intihar olasılığı riski daha yüksektir.
- Öğrenim yaşamı boyunca akraba yanında, sosyal hizmetlerde vb. kalan öğrencilerin intihar olasılığı riski diğer öğrencilerden daha yüksektir.
- Bölümünü isteyerek okumayan öğrencilerin intihar olasılığı riski isteyerek okuyan öğrencilerden daha yüksektir.
- Psikiyatrik tedavi gören öğrencilerin intihar olasılığı riski tedavi görmeyenlere göre daha yüksektir.
- Kendisine fiziksel anlamda zarar veren (tırnak yeme, saç çekme koparma, jiletleme vs.) öğrencilerin intihar olasılığı daha yüksektir.
- Öğrencilerde en sık görülen ruhsal belirti obsesif-kompulsif semptom, en az görülen ruhsal belirti ise fobik anksiyedir.
- Depresyon semptomu görülen öğrencilerin intihar olasılığı riski diğer öğrencilerden daha yüksektir.
- Somatizasyon düzeyi; 17-20 yaş grubunda yer alan , kız olan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan ve kendine fiziksel olarak zarar veren öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.
- Kişilerarası duyarlılık düzeyi; 17-20 yaş grubunda yer alan, kız olan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, anne ve baba eğitim düzeyi önlisans olan, akraba yanı, esirgeme kurumu vb. yerde kalan, sigarayı deneyip bir daha kullanmayan, sosyal aktivite ile ilgilenmeyen, kendine fiziksel olarak zarar veren ve psikiyatrik tedavi gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.
- Depresyon düzeyi; 26-30 yaş grubunda yer alan , kız olan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, babası okur-yazar olmayan, akraba

yanı, esirgeme kurumu vb. yerde kalan, sigarayı deneyip bir daha kullanmayan, sosyal aktivite ile ilgilenmeyen, kendine fiziksel olarak zarar veren öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

- Anksiyete düzeyi; 17-20 yaş grubunda yer alan, kız olan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, anne eğitim düzeyi önlisans olan, sigarayı deneyip bir daha kullanmayan, sosyal aktivite ile ilgilenmeyen, kendine fiziksel olarak zarar veren ve psikiyatrik tedavi gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

- Hostilite düzeyi; 26-30 yaş grubunda yer alan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, anne eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan, sigarayı deneyip kullanan, sosyal aktivite ile ilgilenen, kendine fiziksel olarak zarar veren ve psikiyatrik tedavi gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

- Paranoid düşünce; düzeyi sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, akraba yanı, esirgeme kurumu vb. yerde kalan, sigarayı deneyip kullanan, kendine fiziksel olarak zarar veren ve psikiyatrik tedavi gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

- Psikotizm düzeyi; 17-20 yaş grubunda yer alan, sanat bilimlerinde okuyan, bölümünü istemeyerek okuyan, anne eğitim düzeyi önlisans olan, sigarayı deneyip bir daha kullanmayan, kendine fiziksel olarak zarar veren ve psikiyatrik tedavi gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üniversite yaşamının ilk yıllarında, bölümünü istemeyerek okuyan, akraba yanında ya da sosyal hizmetlerde kalan, kendisine fiziksel anlamda zarar veren, depresyon semptomu gösteren, aile geliri düşük ve özellikle kız öğrencilerin intihar olasılığı ve ruhsal belirtileri daha fazla bulunduğundan, bu riskleri taşıyan öğrencilerin danışman öğretim elemanları ve üniversitenin Rehberlik ve Psikolojik Danışma birimlerince öncelikli olarak desteklenmeleri,
- Üniversitenin Rehberlik ve Psikolojik Danışma birimlerine psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlığını almış bir hemşirenin görevlendirilmesi,
- Üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarının yakından takip edilmesi için belirli aralıklarla taramalar yapılması,
- Gelir durumu düşük öğrencilerin mevcut burs, kredi ve yarı zamanlı iş imkanları konusunda bilgilendirilmeleri,
- Öğrencilerin barınabilecekleri güvenli, temiz ve ekonomik yönden uygun yurt ortamlarının artırılması,
- Öğrencilere kriz ve krizle mücadele, depresyon ve başetme yöntemleri, sorun çözme becerisi geliştirme, kendini tanıma ve iletişim vs. gibi konularda eğitim programlarının hazırlanması, uygulanması, denetlenmesi ve eğitim sonrası sonuçların değerlendirilmesi,
- Geniş bir örneklem grubunda üniversitelerde danışman öğretim elemanları ve Rehberlik ve Psikolojik Danışma Birimlerinde öğrencilere verilen desteğin niteliği ve öğrencilerin psikososyal özelliklerini içeren araştırmaların yapılması uygun olabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Yörükoğlu A.** *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. 13. Baskı. İstanbul: Özgür Yayınları, **2007**: 13-374
2. **Dursun OB, Güvenir T, Özbek A.** Çocuk ergen ruh sağlığın da epidemiyolojik çalışmalar: yöntemsel bir bakış. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar-current approaches in psychiatry* **2010**; 2 (3): 401-416.
3. **Korkmaz A.** *Yüksek öğretim gençliğinin problemleri*. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ankara, **2006**. Erişim adresi: <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/145/korkmaz.htm> Erişim tarihi: 22. 12. 2010
4. **Evren H.** Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları. Yüksek lisan tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, **2008**.
5. **Dursun OB, Güvenir T, Özbek A.** Çocuk ergen ruh sağlığın da epidemiyolojik çalışmalar: yöntemsel bir bakış. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar-current approaches in psychiatry* **2010**; 2 (3): 401-416
6. **Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R.** Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz dergisi*, **2004**; 12 (2): 63-73.
7. **Gould MS, Kramer AR.** Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*, **2006**; 31: 6-31.
8. **Aseltine RH, DeMartino R.** An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *Am J Public Health*, **2006**; 94: 446-451.
9. **Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z.** *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Eksen Tanıtım Ltd, **2001**: 34-43
10. **WHO.** Global and health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, **2009**, 21-50.
11. **Stauffer, M. D.** From Seneca to suicidology: D. Capuzzi (Ed.), *Suicide across the life span: Implications for counselor*, **2007** s (pp. 3-37).
12. **Alexandria, VA:** American Counseling Association. Suicide Prevention Resource Center. The role of clinical social workers and mental health counselors in preventing suicide, **2007**.

13. **TÜİK**. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Türkiye ;;İstatistik Kurumu Matbaası, **2010**: 91-93.
14. **WHO**. Towards Evidence- Based Suicide Prevention Programmes. Western Pacific REgion, **2010**: 10-16.
15. **Temel M**. İntiharların önlenmesinde hemşirenin rol ve sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2009**: 12:2.
16. **Koç M**. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2004**/2; (17): 231-256.
17. **Yörükoğlu A**. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. 13. Baskı. İstanbul: Özgür Yayınları, **2007**: 13-374.
18. **Abalı O**. *Ergenlik Dönemi ve Sorunları*. 2. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, **2006**: 13-16.
19. **Gündüz T**. Gençlik Dönemi Ve Eğitimi I. *Tartışmalı İlmi Toplantıları Dizisi-40*, İstanbul, **2003**: 45-62.
20. **Güleç C, Köroğlu E, Sayıl I**. İnsan Gelişimi: Yaşam boyu Gelişim. *Psikiyatri Temel Kitabı I*. Birinci baskı, Ankara, **1997**: 127-143.
21. **Yiğit R**. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Ergenlik dönemi. Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara, **2009**: 177-197.
22. **Gündüz T**. Gençlik Dönemi Ve Eğitimi II. *Tartışmalı İlmi Toplantıları Dizisi-41*, İstanbul, **2005**: 45-62.
23. **WHO**. Adolescent. Sexual and reproductive health. 10 fact on adolescent health, **2011**.
24. **Tanner JL**. Recentering during emerging adulthood: A critical turning point in life span human development. Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century içinde, JJ. Arnett ve LT Tanner (ed) American Psychological Association: Washington DC., **2008** s: 21-27.
25. **Arnett JJ**. Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Dev Pers* 1, **2007** (2): 68-73.
26. **Atak H**. Beliren yetişkinlikte beş büyük kişilik özelliği ve yalnızlık, X. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 21-23 Ekim **2009**, Çukurova Üniversitesi, Adana.
27. **Yavuzer H**. Gençleri anlamak. 1. Baskı, Remzi Kitabevi, **2005**.

28. **Abalı O.** *Ergenlik Dönemi ve Sorunları*. 2. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, **2006**: 13-16.
29. **Cüceloğlu D.** *İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları*. 9. Baskı, İstanbul, **1999**.
30. **Köknel Ö.** *Ergenlik Dönemi, Ana-baba okulu*. 2. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2001**: 91-92.
31. **Kulaksızoğlu A.** *Ergenlik Psikolojisi*. 6. Baskı, İstanbul, **2004**.
32. **Korkmaz A.** *Yüksek öğretim gençliğinin problemleri*. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ankara, **2006**. Erişim adresi: <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/145/korkmaz.htm> Erişim tarihi: 22. 12. 2010.
33. **Erwin P.** *Çocuklukta ve Ergenlikte Arkadaşlık*. 1. Basım, İstanbul: Alfa Basım Yayın A.Ş. **2000**.
34. **Güleç C, Köroğlu E, Sayıl I.** İnsan Gelişimi: Yaşam boyu Gelişim. *Psikiyatri Temel Kitabı I*. Birinci baskı, Ankara, **1997**: 127-143.
35. **Yazıcı S. Ertem Ü.** Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. *Aile ve Toplum Dergisi*, **2006**: 7-13.
36. **Steinberg L.** *Adolescence*, 6<sup>nd</sup>. Ed., New York: McGraw Hill Companies Inc. **2002**.
37. **Alper Y.** *Bütün yönleriyle depresyon*. 1. Baskı, Alfa Basım, İstanbul, **1999**.
38. **Özen B, Oral T.** Psikotik özellikli depresyon. *Klinik psikiyatri dergisi*, **2004**; Ek 1:32-40.
39. **Asnis GM, Friedman JA, Sanderson WC, Kaplan ML, Prag HM.** Suicidal behaviors in adult Psychiatric outpatients, *I: Description and prevalence*. *American Journal of Psychiatry*, **1999**; 150: 108-112.
40. **Özkan İ.** Gençliğin Akademik Başarısını Etkileyen Zihinsel ve Ruhsal Faktörleri . *I. Uluslar arası Gençlik Kongresi*. Konya, 26-28 Ekim **1997**: 226.
41. **Karaosmanoğlu H.** *Bunaltı bozukluklarının bilişsel tedavisi*. Erişim: [www.psykonet.com](http://www.psykonet.com). Erişim tarihi: 20 Şubat 2011.
42. **Kağıtçıbaşı Ç.** *Çocuklarda Sağlıklı Gelişme sorunları ve Psikolojinin Rolü. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. 8. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **1999**:607-612.
43. **Bourne EJ.** *The Anxiety & Phobia Workbook*. 3. Edition, New Harbinger Publications Inc. USA, **2000**.

44. **Köroğlu E.** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM- IV- R*, 4. Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, **2007**; Cilt 1
45. **Ekşi A.** *Ben hasta değilim, çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü*, Adölesanın ruhsal gelişim dönemleri ve bu döneme özgü sorunları. 2. Baskı, İstanbul, **1999**: 149-154.
46. **Saatçioğlu Ö.** Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. Klinik psikofarmakoloji bülteni, **2001**; 11: 60-77.
47. **Çakmak Ö, Hevedanlı M.** Eğitim ve fen edebiyat fakülteleri biyoloji bölümü öğrencilerinin kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler arasından incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2005**; 4(14): 115-127.
48. **Ersoy F, Edirne T, Oğuz T.** Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. STED, **2003**; 12/9: 326.
49. **Güleç C.** *Psikiyatrinin ABC'si*. 1. Baskı, İstanbul: Simavi Yayınevi, **1991**.
50. **Jeammet P.** *Ergenlik Sürecinde Hatanın Yeri*. Çev. Parman t. Defter Dergisi, 40. Sayı, **2000**; 145-156.
51. **Westman M.** Implicit stres theory: an experimental examination of the impact of rater's stres on performance appraisal. *Journal of Social Behavior and Personality*, **1999**;11(4): 753-766.
52. **Yörükoğlu A.** *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. 12. Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları, **2004**.
53. **Kulaksızoğlu A.** *Ergenlik Psikolojisi*. 6. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **1999**.
54. **Yörükoğlu A.** *Gençlik Çağı: Ruh sağlığı ve sorunlar*. 8. Baskı. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım LTD. ŞTİ. **1993**.
55. **Adams JF.** *Ergenliği Anlamak*. Çeviren: Bekir Onur. 1. Baskı, İstanbul: İmge Yayıncılık, **2002**.
56. **Maner F.** Yeme Bozuklukları. Psikiyatri dünyası, 2001; 5: 130-139.
57. **Öner P, Aysev A.** Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. *Sürekli tıp eğitim dergisi*, **2001**; 11: 410.
58. **Aydın H, Özgen F.** Uyku bozuklukları. *Psikiyatri temel kitabı II*. 2. Baskı, Ankara, **1998**: 681.
59. **Karadağ M.** Uyku bozuklukları sınıflaması. Akciğer arşivi, **2007**;8: 88-91.



60. **Çorapcıoğlu A.** Başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları. *Psikiyatri temel kitabı II*. 2. Baskı, Ankara, **1998**: 698.
61. **Tamam L.** Dürtü kontrol bozuklukları. *Psikiyatri temel kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2007**.
62. **Yazgan Y, Arman AR.** Tik bozuklukları. *Psikiyatri temel kitabı II*. 2. Baskı, **2007**: 1149.
63. **Öncü B, Çevik A.** AÜTF Psikiyatri polikliniğine başvuran ve somatoform bozukluk tanısı alan hastaların özellikleri. Bilimsel çalışmalar özet kitabı, 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar arası Uydu Sempozyumu. 29 Eylül-3 Ekim, İzmir, **1998**.
64. **Hawton K, Van Heeringen K.** *Introduction In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chapter: 1. John Wiley&Sons Ltd. **2000**: 1-6.
65. **Odağ C.** *İntihar Tanım-Kuram-Sağaltım*. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir, **1995**: 1-143.
66. **Arkun N.** *İntiharın Psikodinamikleri*, İstanbul: İTÜ Edebiyat Fakültesi Yayınları, Edebiyat Fakültesi Matbaası, **1978**: 25.
67. **Sayı I.** *İntihar Davranışı: Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Damla Matbaacılık, Ankara, **2000**: 165-178.
68. **Kuruoğlu A, Ergenlik Dönemi.** Aysev A, Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı, İstanbul: Asimetrik paralel, **2007**: 189-206.
69. **WHO.** World Health Organization. Preventing suicide: a resource for prison officers, **2010**. Erişim adresi: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/60.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf). Erişim tarihi: 04.04.2011.
70. **TUİK.** Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri, **2008**. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/intihar.zul> Erişim tarihi: 04.04.2011.
71. **Altındağ A, Sır A, Özkan M.** Türkiye'de intihar hızındaki değişimler (1974-1998). Türkiye'de psikiyatri, **2001**; 3(2): 79-87.
72. **Koser N.** 0-18 Yaş İnsan Gelişim Evreleri. Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, **1999**.
73. **Güleç G, Aksaray G.** İntihar girişiminde bulunan gençlerin Sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni sempozyum dergisi*, **2006**; 44(3): 141-150.

74. **Yılmaz M, Öncel S.** Adölesan intiharları ve önlemede hemşirenin sorumlulukları. Hemşirelik Forumu Dergisi, **2006**; Mart-Nisan: 52-56.
75. **Gorman L.M, Raines L.R.** Psychosocial Nursing for General Patient Care, Second Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia, **2002**.
76. **Shives L.R.** Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing, Fourt Edition, Lippincott, Philadelphia, New York, **1998**.
77. **Sağlık Bakanlığı.** Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Resmi gazete, **2011**: 27910.
78. **Oktay S, Aksoy G, Yürügen B.** Acil Hemşireliği. İstanbul İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, **1990**.
79. **Beşer N.** Suça yönelen çocuk ve ergen. Erişim: <http://www.phderneji.org/III%20UPHK%20LE%20iLGL%20SUNUMLAR/SUÇLU%20ÇOCUK%20ERGEN.pdf>. Erişim tarihi: 04. 09. 2010.
80. **Temel M.** İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2009**; 12:2.
81. **Sağduyu A., Ögel K., Özmen E., Boratav C.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, **2000**; 11(1):3-16.
82. **Ünal S., Özcan E.:** Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, **2000**; 1(1):41-48.
83. **Tümekaya S, Özdel O, Degirmenci T, Oğuzhanoğlu N.K.** Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Hastalarında Psikiyatrik Tanı ve Tedavi: Bir Yıllık Geriye Dönük Araştırma, Anadolu Psikiyatri Dergisi, **2005**; 6:36-40.
84. **Karataş N.** Toplum Ruh Sağlığı ve Hemşireliği, Ed.:Erefe. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset, İstanbul, **1998**.
85. **Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D.** Lise Gençleri Arasında Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı, Türk Psikiyatri Dergisi, **2000**; 12(1): 47-52.
86. **Derogotis LR.** *SCL-90 Administration, Scoring and Procedures Manual-I For the Revised Version Baltimore*, Md: John Hopkins Universty School of Medicine, **1977**.
87. **Şahin N, Durak A.** Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1994**; 9 (31): 44-56.

88. **Şahin N, Durak A, Uğurtaş S.** Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 13 (2): 125-135.
89. **Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç.** İntihar Olasılığı Ölçeği'nin Klinik Örneklemede Geçerlik ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2009**; 12: 111-124.
90. **Şahin N, Batıgün A.** Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2009**; 20 (1): 28-36.
91. **Kartal A, Çetinkaya B, Turan T.** Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal belirtilerin taranması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2009**; 8(2): 161-166.
92. **Deniz ME, Avşaroğlu S, Hamarta E.** Psikolojik danışma servisine başvuran üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, **2004**.
93. **Tümerdem R.** Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi kimya son sınıf öğrencilerinin kaygılarını etkileyen etmenler. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2007**; 6(20): 32-45.
94. **Tüzün ÜD.** Gençlik döneminde depresyon ve intihar. Adölesan sağlığı sempozyum dizisi, **2005**;43:53-58
95. **Holat H, Bitlis V, Dilbaz N, Tüzer T, Bayam G.** İntihar girişimlerinde ümitsizlik ve deprsyon. *Kriz dergisi*, **2006**;2(2):320-322.
96. **Seber G, Dilbaz N.** Umutsuzluk kavramı ve desresyon ve intiharda önemi. *Kriz dergisi*, **2005**;1(3):134-138.
97. **Aydın O, Haran S.** Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. *Kriz dergisi*, **2007**;3:218-222.
98. **Berksun O, Sayıl I.** Depresyon ve intihar. *Psikiyatri dünyası*, **1998**;2:52-56.
99. **Karamustafahoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Ceylan CY, Yavuz GB, Güven T, Sinem G.** İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen adam psikiyatri ve nörolojik bilimler dergisi*, **2010**;23:151-157.
100. **Sarandöl A.** İntihar. Birinci basamak için psikiyatri, **2003**;2:32-45.
101. **Gündoğar D, Atay M.** İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. *Kriz dergisi*, **2007**;12:39-52.

102. **Karamustafaloğlu O, Özçelik B, Bakım B, Ceylan CY, Yavuz GB, Güven T, Sinem G.** İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen adam psikiyatri ve nörolojik bilimler dergisi*, **2010**;23:151-157.
103. **Atay M.** Isparta il merkezinde intihar girişimi ve ölüm düşünceleri epidemiyolojisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Uzmanlık tezi, Isparta, **2005**.
104. **Acar A.** Acil servise gelen intihar vakalarının Sosyodemografik açıdan incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, İstanbul, **2009**.
105. **Tuçcu H.** Çeşitli faktörlere göre intihar olgusu çalışması. *Kriz dergisi*, **2006**; 14(2): 17-21.
106. **Durak-Batıgün A.** İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, **2008**; 23 (62): 65-75.
107. **Hisli-Şahin N, Onur A, Basım N.** İntihar olasılığının öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik ile yordanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **2008**; 23 (62): 79-92.
108. **Tüzün Z.** Life events, depression, Social support systems, reasons for living and suicide Probability among univeristy students. Doktora tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara **1997**.
109. **Zeyrek EY, Gençöz F, Bergman Y, Lester D.** Suicidality problem-solving skills, attachment style and hopelessness in Turkish student. *Death Studies*, **2009**; 33 (9): 815-827.
110. **Zhang J, McKown R.E, Hussey J.R, Thompson S.J. & Woods J.R.** Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Epidemiology*, **2005**; 15: 167-174.
111. **Emir E.** Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri AD, Yüksek lisans tezi, Ankara, **2010**.
112. **Yalvaç HD.** İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyo demografik ve klinik etkenlerle ilişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, Malatya, **2006**.
113. **Evren H.** Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Edirne, **2008**.
114. **Ceyhan AG, Ceyhan B.** Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, Ankara, **2003**; 6: 217-224.
115. **Asoğlu M.** Şanlıurfa'da intihar girişimlerinin ilişkili olduğu risk faktörleri. Harran Üniversitesi Psikiyatri AD, Uzmanlık tezi, Şanlıurfa, **2007**.

116. **Öztop D, Özdemir Ç, Ünalın D, Akgül H, Şahin N.** İntihar girişiminde bulunan 6-16 yaş grubuna ait 2002-2006 yılları başvuru kayıtlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 11(4): 159-173.
117. **Arsel CO.** İntihar olasılığı ve cinsiyet: iletişim becerileri, cinsiyet rolleri, sosyal destek ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2010**.
118. **Bitlis V.** Genel Bir Hastanede Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Hastaların Retrospektif Olarak İncelenmesi. *Kriz dergisi*, **1994**; 2 (2): 323-326.
119. **Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan Ö, Devrimci H.** Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz dergisi*, **1993**; 1: 56-61.
120. **Güleç G, Aksaray G.** İntihar girişiminde bulunan gençlerin Sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni sempozyum dergisi*, **2006**; 44(3): 141-150.
121. **Yavuz Y, Yürümez Y, Küçük H, Demirel R, Küçük E.** İntihar sonucu meydana gelen ölümlerin incelenmesi. *Genel tıp dergisi*, **2006**; 16(4): 181-185.
122. **Partlak N.** Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve intihar olasılıkları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2003**.
123. **Tomanbay M. Güçlü F.** Üniversite öğrencilerinde intihar eğilimi. Erişim: <http://e-kutuphane.egitimsen.org.tr/pdf/2902.pdf> Erişim tarihi: 02.02.2011.
124. **Özver İ.** Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, uzmanlık tezi, İstanbul, **2010**.
125. **Ercan ES.** İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyo-demografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, **1998**.
126. **Tel H, Uzun S.** İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4: 151-158.
127. **Ath Z.** İntihar olasılığı ölçeğinin klinik örneklemedeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, **2007**.
128. **Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce İ, Tokgözoğlu L.** Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk kardiyoloji derneği arşivi*, **2006**; 34 (3): 166-172.
129. **Isometsa ET.** Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry* **2001**; 16: 379-85.

130. **Conwell Y. Duberstein PR. Fox C.** Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal Psychiatry*, **1996**; 153: 1001-1008.
131. **Koç M.** Ergenlik Döneminde Dua İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri. Yüksek lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, **2002**.
132. **Aştı N, Acar G, Bağcı H, Bağcı İ.** Sağlık bakım profesyoneli olarak yetişecek öğrencilerin ruhsal durumları ve yaklaşımlar. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, **2005**;2:25-35.
133. **Ekemen N.** 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2006**.
134. **Arıcak T.** Üniversite Öğrencilerinde Saldırganlık Benlik Saygısı ve Denetim Odağı İlişkisi. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **1995**.
135. **Güven Saföz Gİ.** Fen ve Lise Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sosyometrik Statülerine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri, Genel Sağlık Örüntüleri ve Psikolojik Belirti Türleri. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, **2008**.
136. **Berçin T.** Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, **2010**.
137. **Robins E. Murpy GE. Wilkinson RH. Gassner S. Kayes J.** Some clinical considerations in the prevention of suicide based on study of 134 successful suicides. *American Journal Public Health*, **1998**; 49: 88-89.
138. **Karadağ Ö.** Ankara'da bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan adölesanlarda sosyo demografik özelliklerin ve fiziksel aktivite düzeyinin ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, uzmanlık tezi, **2008**, Ankara.
139. **Türkiye istatistik yılı.** Türkiye istatistik yılı matbaası, Ankara, **2009**.
140. **Kaya M. Genç M. Burhanettin K. Pehlivan E.** Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk psikiyatri dergisi*, 2007; 18(2): 137-146.
141. **Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö.** 15-49 yılları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**;4(4):208-219.

## EKLER

### EK. 1 : Kişisel Bilgi Formu

Değerli Öğrenci,

Aşağıda “Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi” amacıyla planladığımız araştırmayla ilgili sorular yer almaktadır. Tüm soruların cevaplandırılması araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği açısından önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Yasemin KESKİN

M.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik AD Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
  - Erkek
  - Kız
3. Bölümünüzün Adı:
4. Sınıfınız:
  - 1. Sınıf
  - 2. Sınıf
  - 3. Sınıf
  - 4. Sınıf
  - 5. Sınıf
  - 6. Sınıf
5. Medeni durumunuz:
  - Evli
  - Bekar
6. Ailenizden ekonomik olarak bağımsız mısınız?
  - Evet
  - Hayır
7. Anne-babanızın durumu nedir?
  - İkisi de sağ, birlikte yaşıyor
  - İkisi de sağ, ayrı yaşıyor
  - İkisi de sağ değil
  - Sadece anne sağ
  - Sadece baba sağ
8. Annenizin yaşı:

9. Annenizin eğitim durumu nedir?

- Okur-yazar değil
- İlköğretim
- Lise
- Önlisans
- Üniversite
- Yüksek lisans

10. Annenizin mesleği:

11. Babanızın yaşı:

12. Babanızın eğitim durumu nedir?

- Okur-yazar değil
- İlköğretim
- Lise
- Önlisans
- Üniversite
- Yüksek lisans

13. Babanızın mesleği:

14. Kaç kardeşiniz?(Lütfen yaşlarını da belirtiniz)\_\_\_\_\_

15. Aile Tipiniz nedir?

- Çekirdek aile(anne-baba-kardeş)
- Geniş aile(anne-baba-kardeş-anneanne-babaanne-dede ya da akraba)
- Tek ebeveynli aile **A.**Anne ile yaşıyor **B.** Baba ile yaşıyor.
- Diğer. Açıklayınız \_\_\_\_\_

16. Aileniz nerede ikamet ediyor?

- Köy
- İlçe
- İl

17. Ailenizin (Anne-baba ve kardeşler) aylık gelir durumu nasıl değerlendirirsiniz?

- İyi
- Orta
- Kötü

18. Nerede kalıyorsunuz?

- Ev
- Devlet yurdu
- Özel yurt
- Ailemle
- Diğer (lütfen belirtiniz)\_\_\_\_\_

19. Bu bölümü isteyerek mi okuyorsunuz?

- Evet
- Hayır



20. Size göre okuldaki başarı durumunuz hangisine uyuyor?

- İyi
- Orta
- Kötü

21. Kendinizi ruhsal olarak rahatsız hissettiğinizde doktora gider misiniz?

- Evet
- Hayır

22. Şuanda herhangi bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?

- Evet
- Hayır

23. Herhangi bir sosyal aktivite ile uğraşıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Yanıtınız Evet ise hangi aktivite/aktiviteler olduğunu lütfen belirtiniz:

24. Sigara içmeyi hiç denediniz mi?

- Hiç denemedim
- Denedim ve bir daha kullanmadım.
- Denedim ve kullanmaya devam ediyorum.

25. Alkollü içki içmeyi hiç denediniz mi?

- Hiç denemedim
- Bir kere denedim ve bir daha kullanmadım
- Denedim ve kullanmaya devam ediyorum

26. Tahmini olarak;

Boyunuz:\_\_\_\_\_cm

Kilonuz:\_\_\_\_\_kg

27. Zayıflamak için diyet yapar mısınız?

- Evet
- Hayır

28. Hiç kendinize fiziksel zarar verdiniz mi?

(Tırnak yeme, saç çekme-koparma, deri kesme-yakma vb.)

- Evet
- Hayır

29. Yanıtınız evet ise, bunu ne kadar sıklıkta yaparsınız?

## EK. 2 : Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmeye uygun olan yerde işaretleyiniz.

	0	1	2	3	4
	Hiç yok	Biraz var	Orta derece	Epeyvar	Çok var
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.Baygınlık, baş dönmesi					
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol ettiği fikri					
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu					
5.Olayları hatırlamada güçlük					
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.Göğüs(kalp)bölgesinde ağrı					
8.Meydanlık (açık) yerlerde korkma duygusu					
9.Yaşamınıza son verme duygusu					
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11.İştahta bozulma					
12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissi					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16.Yalnızlık hissetme					
17.Hüzünlü, kederli hissetme					
18.Hiç bir şeye ilgi duymamak					
19.Ağlamaklı hissetme					
20.Kolayca incinebilmek, kırılmak					
21.İnsanları sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22.Kendini diğerlerinde daha aşağı görme					
23.Mide bozukluğu, bulantı					
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.Uykuya dalmakta güçlük					
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					

	0	1	2	3	4
	Hiç yok	Biraz var	Orta derece	Epeyv ar	Çok var
27.Karar vermede güçlük					
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.Sıcak, soğuk basmaları					
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.Kafanızın bomboş kalması					
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırmanız gerektiği.					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük, zorlanma					
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındaiken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.Kalabalıklardan rahatsızlık duymak					
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.Dehşet ve panik nöbetleri					
46.Sık sık tartışmaya girmek					
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında yalnızlık hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

### EK. 3 : İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümlenin sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanın altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkelendiğim zaman elimi geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissederim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissederim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissederim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediklerini hissederim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissederim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.	D	D	D	D

		<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissederim.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissederim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissederim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissederim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissederim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissederim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissederim.	D	D	D	D

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1985 yılında Mersin’de doğdu. İlköğrenimini Akdam İlköğretim Okulu’nda, orta öğrenimini Mersin Gazi Lisesi’nde tamamladıktan sonra 2003 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı, 2008 yılında mezun oldu. 2008 ağustos ayında Mersin Özel Orta Doğu Hastanesi’nde Kalp Damar Cerrahi servisinde göreve başladı. 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Psikiyatri hemşireliği bölümünde yüksekisansa başladı. 2010 ağustos ayında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Reanimasyon Ünitesinde göreve başladı. Halen görevine devam etmektedir.

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BAĞLI BULUNDUĞU BİRİM	MEÜ. Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği				
	DESTEKLEYİCİ	<input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Diğer:				
	ARAŞTIRMANIN YAPILACIĞI MERKEZ	Mersin Üniversitesi				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası				
ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek lisans tezi <input type="checkbox"/> Doktora tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık tezi <input type="checkbox"/> Bireysel araştırma projesi <input type="checkbox"/> Diğer:					
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Dili			
	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu	17/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	17/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Anket Formu	17/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Sorumlu/Yardımcı Araştırmacı/ Koordinatörlerin Öz Geçmişleri	17/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
Biyolojik Materyal Transfer Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce			
Diğer: 3 adet literatür	17/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: <u>2010 - 106</u> Tarih: <u>22.12.2010</u>					
	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan yukarıda belirtilen belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik yönden sakınca bulunduğu/bulunmadığına ve kararın başvuru sahibi ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğüne iletilmek üzere Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.					
KOMİSYON İLE İLGİLİ BİLGİLER						
ÇALIŞMA ESASI	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik					
KOMİSYON BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN					
KOMİSYON ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Bağlı Bulunduğu Birim	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN	Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gönül ASLAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gürbüz POLAT	Tıbbi Biyokimya	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GÜRSES	Tıbbi Patoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Habibe ÖZER	Avukat	Mersin Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile ilişki; \*\* toplantıda bulunma.



T. C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01- 1584/18337  
Konu : Klinik Uygulama

31/12/2010

MEÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28.12.2010 tarihli ve B.30.2.MEÜ.042.00.00.32.08/1216 sayılı yazı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün ilgi yazısı ekinde gönderilen ve Üniversitemiz Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunda onay alınmış olan Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yasemin KESKİN'in "Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını Ocak 2011 - Mayıs 2011 tarihleri arasında Fakülteniz/Yüksekokulunuzda örgün öğrenim gören öğrencilere uygulayabilmesi için bilgi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Yüksel ÖZDEMİR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

**EKLER :**

- 1-Çalışma Planı (1 sayfa)
- 2-Anket (3 sayfa)
- 3-Ölçek (4 sayfa)

**DAĞITIM :**

**Gereği :**

Fakülte Dekanlıklarına  
Yüksekokul Müdürlüklerine  
(Yabancı Diller Yüksekokulu ve  
Tarsus Uygulamalı Tekn. ve İşt. Y.Okulu Müdürlüğü hariç)

**Bilgi :**

Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne  
(Ek konulmadı)

T. C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü GELİN EVRAK	
Tarih	Sayı
05.01.11	26