

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sorun Alanları ve Sosyodemografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması

Bilal BAKIR*, Reha YILMAZ**, İsmail YAVAŞ***, Ruhi TORAMAN****, Nurdan GÜLEÇ**

ÖZET

Sıklığı giderek artan depresif belirtiler bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Depresif belirtiler üniversite öğrencilerinin başarı düzeylerini de etkilemektedir. Bu bakımdan nedenlerinin iyi belirlenip önlemler alınması gerekmektedir. Bu çalışma tıp fakültesi öğrencilerinin (n=684) Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre depresif puan ortalamalarının belirlenmesi ve çeşitli sosyodemografik değişkenler açısından istatistiksel karşılaştırmalarının yapılarak anlamlı farklılık olup olmadığının saptanmasına yöneliktir. Çalışmada derslerin yoğun olduğu ve mezuniyete uzak olan sınıflarda BDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca küçük şehir kökenli olma ve gelir durumunun kötü olması da BDÖ puanını artırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Tıp fakültesi öğrencileri, depresif belirtiler, Beck depresyon ölçeği, sosyodemografik özellikler, sorunlar

Düşünen Adam; 1997, 10 (1): 5-12

SUMMARY

Depressive symptoms which are seen gradually more prevalent become a public health problem. Depressive symptoms also affect the achievement of university students. So the causes should be determined correctly and suitable preventive measures should be taken. This study is aimed to determine depressive scores of medical students (n=684) through Beck Depression Inventory (BDI) and if there are any significant differences between the means of groups for some sociodemographic factors by using statistical comparisons. In this study it was found that the mean scores on Beck Depression Inventory for the classes which are early for graduation and in which the lessons are harder are significantly higher. In addition to this, coming from small cities and having lower economic level also increases scores on BDI.

Key words: Undergraduate medical students, depressive symptoms, Beck Depression Inventory, sociodemographic characteristics, problems

GİRİŞ

Günümüzde ruhsal belirti ve bozukluklar gerek yaygınlıkları gerekse tıbbi/toplumsal özellikleriyle ciddi sorun alanlarından birisidir. Yayınlarda tıbbi yardım için başvuruların yaklaşık dörtte üçünde psikiyatrik

değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde yakınmaların olduğu, bunların içinde de mizaç bozuklukları özellikle de depresyonun en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğuna dikkat çekilmektedir^(1,2).

* GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ** GATA Psikiyatri Anabilim Dalı, *** GATA Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı, **** GATA Askeri Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı

Depresyon, duygulanımda elem, keder tarzında artma, düşünce içeriğinde değersizlik, yetersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık; davranışlarda ise hipoaktivite, durgunluk, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (3,4). Depresyon birincil olabildiği gibi, çok çeşitli etyolojik nedene bağlı bedensel veya ruhsal bir hastalığın sonucunda ikincil olarak da ortaya çıkabilir (3,5).

Erişkinlerin yaklaşık beşte birinin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon geçirme riski bulunduğu öne sürülmektedir (6). Birçok araştırmacı özellikle daha genç yaşlardaki prevalans artışına dikkat çekerek, son yirmi beş yılda depresyon sıklığının arttığını bildirmektedir (7).

Bu konuda ülkemizde az sayıda yapılmış olan epidemiyolojik çalışmaların birinde, ruhsal sorunu olanların % 20; ruhsal bozukluk tanısı alanların ise % 5-10 dolaylarında olduğu rapor edilmiştir. Nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklar toplum içinde en yaygın ruhsal bozukluklar olarak belirmektedir. Aynı çalışmada, çeşitli düzeylerde depresif belirtiler % 20, klinik düzeyde depresyon ise % 10 gibi yüksek prevalans hızlarına sahip bulunmuştur (8). Genel nüfusta depresif belirtilerin sıklığı, kadınlarda yaklaşık % 30-35, erkeklerde % 20-25 dolaylarında; depresif bozuklukların görülme sıklığı ise kadınlarda yaklaşık % 15-20, erkeklerde ise % 10-15 olarak bildirilmektedir (3).

Ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumсуzлuklar, emeklilik, işini kaybetme, sevgi objesini kaybetme, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi pek çok psikososyal etken depresif bozukluğun ortaya çıkmasına yol açabilir (6).

SORUN ve AMAÇ

"Üniversite gençleri arasında yapılan araştırmalarda, bu grubu tehdit eden en önemli rahatsızlığın depresyon olduğu belirtilmektedir" (9). Bireylerin sosyal uyumunu, hayata bakış açısını ve geleceği algılayışını da önemli ölçüde etkileyen depresyonun hafif düzeyi bile öğrencinin çalışmaya yönelimini etkilemektedir (10). Üniversite öğrencilerinde görülen

depresif belirtiler ile genel akademik ortalama arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (11). Öte yandan gençlerin yöneldikleri intihar girişimlerinde depresyonun birinci sırada yer aldığı bilinmektedir (10).

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin BDÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile sorun alanları ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Böylece BDÖ puan ortalamalarında önemli farklara sebep olan değişkenlerin saptanması ve bunların etkilerinin en aza indirilebilmesi için öneriler geliştirilebilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada depresif bozukluk tanısı alanların değil, depresif belirti açıklayanların durumu ile ilgili karşılaştırmalar yapılmış olacaktır. Çünkü mizaj bozukluklarında kullanılan kriterler normal popülasyonla kısmen örtüşmektedir (12). Hatta hastalık olmadığı halde yanlışlıkla hasta olarak değerlendirilen grubu tanımlamak için demoralizasyon terimi kullanılmaktadır (12).

GEREÇ ve YÖNTEM

Denekler: Araştırma, kesitsel tipte durum saptama araştırmasıdır. Çalışma evreni 28'i kız olmak üzere 779 toplam sayıdaki tüm GATA Tıp Fakültesi öğrencileri olarak belirlenmiştir. Ancak araştırmaya, 26'sı kız 690 öğrenci katılmıştır. Bunlardan da 26 kız 658'i erkek olmak üzere toplam 684 öğrencinin anketi geçerli olarak kabul edilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sorgulama Formu
2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Sorgulama formu öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle sorun alanlarını belirlemek amacıyla çeşitli kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Kendini değerlendirme ölçeklerinde olan BDÖ'nin özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından, uygulayıcıların derecelendirmesine yönelik olarak hazırlanmış, 1979 yılında ise hastanın kendini derecelendirdiği şekli geliştirilmiştir. Çoktan seçmeli bir ölçektir. Bu ölçek, depresyonun bilişsel içeriği daha belirgin olmak üzere duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarını derecelendirerek depresif belirti ve bulgular hakkında bilgi verir (5). Geçerlilik

ve güvenilirliği yüksek olup ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13,14). Depresyon tanı ve derecelendirilmesi dışında, ilaç ve davranış tedavilerinin sonuçlarını değerlendirme konusunda uygun olduğu ileri sürülen bu ölçekte 21 depresif belirti ve tutum 0 ile 3 arasında derecelendirilerek depresyonun şiddeti belirlenmektedir (5).

İşlem: Araştırma 1992 yılında GATA Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yapılmıştır. Anket formları 1992 yılında tıp fakültesi dersliklerinde araştırmacıların gözetiminde yapılmıştır. Elde edilen bulgular SPSS 5.0 paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin BDÖ'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 1'de sıralanan sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi bulunduğu sınıf, yaş, cinsiyet, en çok yaşadığı yerleşim yeri, kendi değerlendirmelerine göre gelir durumu ve tıp eğitimini ekonomik açıdan karşılaşma durumu yönünden anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmanın bundan sonraki aşamasında yalnızca anlamlı farklılık gösteren değişkenler ele alınmış ve Tablo 2, 3, 4, 5, 6 ve 7'de sırasıyla bu değişkenlere göre BDÖ puan ortalamalarının dağılımı ve anlamlılık değerleri sunulmuştur. Bu tablolarda denek sayıları birbirinden farklı olarak görülmektedir.

Tablo 1. Bazı değişkenlere göre BDÖ puan ortalamalarının uygun istatistiksel yöntemlere göre anlamlılık durumları

Değişkenler	F, t, U	p
Bulunduğu sınıf	5.6760	0.0000*
Yaş	5.8829	0.0001*
Cinsiyet	6091.0	0.0174* ^U
Anne eğitimi	0.5292	0.7542
Baba eğitimi	0.4473	0.8153
Annenin çalışma durumu	0.4800	0.6310 ^T
Baba mesleği	1.3555	0.2303
Kardeş sayısı	0.7984	0.5713
Ençok yaşadığı coğrafi bölge	1.2573	0.2751
Ençok yaşadığı yerleşim yeri	3.9988	0.0188*
Ailenin halen yaşadığı yerleşim yeri	1.0925	0.3516
Mezun olduğu lise	1.8425	0.1190
Gelir durumunu değerlendirme	4.6230	0.0101*
Ailenin araba sayısı	2.5218	0.0811
Tıp eğitimini karşılaşma durumu	10.5770	0.0000*

T: T test, U: Mann-Whitney U ile analiz edilenleri göstermektedir. Diğerleri tek yönlü varyans analizi ile analiz edilmiştir.

* Anlamlı farklılık olanları göstermektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının sınıflara göre dağılımı

Sınıflar	Ortalama	S. sapma	Mevcut
1. sınıf	12.13	7.51	142
2. sınıf	16.30	10.10	127
3. sınıf	15.18	7.14	148
3. sınıf	16.55	8.03	97
3. sınıf	13.11	6.66	87
3. sınıf	13.59	9.66	71
Toplam	14.51	8.35	672

F=5.6760, p=0.0000

Tablo 3. Öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının yaşa göre dağılımı

Yaş	Ortalama	S. sapma	Mevcut
16-18	10.20	5.60	69
19-20	14.49	8.50	212
21-22	15.26	8.19	218
23-24	14.91	8.80	137
25-26	16.71	8.82	35
Toplam	14.50	8.35	671

F=5.8829, p=0.0001

Tablo 4. Öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Ortalama	S. sapma	Mevcut
Erkek	14.65	8.39	646
Kız	10.88	6.29	26
Toplam	14.51	8.34	672

U=6091.0, p=0.0174

Bu durum bazı sorunların bazı öğrenciler tarafından eksik cevaplandırılmasından kaynaklanmaktadır. Analizler her bir soru için geçerli kabul edilen denek sayılarına göre yapılmıştır.

Tablo 2'de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının sınıflara göre dağılımı sunulmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Tablo 3'de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı sunulmuştur. Tek yönlü varyans analizi ile bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4'de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı görülmektedir. Kız öğrencilerin sayısı 30'dan az olduğu için Mann-Whitney U tekniği uygulanmış ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Öğrencilerin en çok yaşadığı yerleşim yerine göre BDÖ puan ortalamasının dağılımı

En çok yaşadığı yerleşim yeri	Ortalama	S. sapma	Mevcut
Köy-kasaba	14.30	7.49	96
Küçük şehir	15.84	8.69	214
Büyük şehir	13.82	8.27	356
Toplam	14.53	8.30	666

$F=3.9988$, $p=0.0188$

Tablo 5'de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının en çok yaşadığı yerleşim yerine göre dağılımı sunulmuştur. Tek yönlü varyans analizi ile bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 6'da öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının gelir durumlarını kendi değerlendirmelerine göre dağılımı sunulmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda bu fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 7'de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının tıp eğitimini ekonomik açıdan karşılama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonucunda fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 8'de incelendiğinde genel olarak derse girme mecburiyetinin % 23.4 ile ilk sırayı aldığı dikkati çekmektedir.

TARTIŞMA

Depresif bozukluklarla ilgili epidemiyolojik bilgiler yalnızca bu bozukluklar sık görüldüğünden değil, aynı zamanda çevresel etmenlerden etkilendiği düşünüldüğü için de önemlidir (15). Bu nedenle çalışmada sosyologlar tarafından sıklıkla kullanılan ve öğrencilerin psikolojik durumu üzerinde etkisi olabileceği düşünülen pek çok değişkene göre inceleme yapılmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi incelenen değişkenlerden anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, baba mesleği, kardeş sayısı, en çok yaşadığı coğrafi bölge, ailenin halen yaşadığı yerleşim yeri, mezun olduğu lise ve ailenin araba sayısı açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anlamlı ilişki saptanan bulunduğu sınıf, yaş, cinsiyet, en çok yaşadığı yerleşim yeri, kendi değerlendirmelerine göre gelir durumu ile ilgili tartışmalar ise aşağıdadır.

Tablo 6. Öğrencilerin gelir durumuna göre BDÖ puan ortalamasının dağılımı

Gelir durumu	Ortalama	S. sapma	Mevcut
Üst	12.97	6.11	29
Orta	14.21	8.15	556
Alt	16.97	9.83	86
Toplam	14.50	8.31	670

$F=4.6230$, $p=0.0101$

Tablo 7. Öğrencilerin tıp eğitimini karşılama durumuna göre BDÖ puan ortalamasının dağılımı

Tıp eğitimini karşılama	Ortalama	S. sapma	Mevcut
Çok güç	18.72	11.14	72
Oldukça güç	14.26	7.97	246
Güç değil-Hiç güç değil	13.83	7.78	343
Toplam	14.52	8.29	661

$F=10.5770$, $p=0.0000$

Tablo 2 incelendiğinde BDÖ puanları genel ortalamasının 14.51 olduğu görülmektedir. BDÖ'ye göre klinik olarak depresyon denilebilmesi için 17 ve üzerinde değerler olması gerekir (13). Konuya bireysel bazda baktığımızda BDÖ'den 17 puan ve üzerinde alanların sayısı ise 234 (% 3.4) olduğu saptanmıştır. Bunun önemli bir kısmını demoralizasyon olarak değerlendirecek bile oran genel depresif belirti sıklık verilerinin üzerindedir (8,16-19). Ancak bu fark çalışmalarda kullanılan yöntemlerin farklılığından da kaynaklanabilir. Öte yandan 1981 yılında Ankara Üniversitesine yeni başlayan 275 öğrenci üzerinde BDÖ ile yapılan araştırmada öğrencilerin % 69'unda depresyonla ilgisi belirti, bulgu ve yakınmaların depresyon tanısı koyduracak boyutlara eriştiği saptanmıştır (20).

Sınıflara göre BDÖ puan ortalamalarına baktığımızda en düşük ortalama 1. sınıfta elde edilirken (12,13) 4. sınıfta (16.55) ve 2. sınıfta (16.30) ile en yüksek ortalamalar elde edilmiştir. 3. sınıf ise 15.18 ile bunları izlemektedir (Tablo 2). Tek yönlü varyans analizi ile yapılan karşılaştırma sonucunda sınıflar arasındaki farkın anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F=5.6760$, $P=0.0000$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak amacıyla Tukey-HSD testi uygulanmış ve bunun sonucunda 4, 2 ve 3. sınıfların diğer sınıflardan anlamlı bir şekilde yüksek ortalamaya sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 8. Araştırmaya katılan öğrencilerin belirttiği sorun alanların sınıflara ve yüzdelere göre dağılımı

SORUNLAR	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf		5. Sınıf		6. Sınıf		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Derse girme mecburiyeti	35	24.3	26	20.0	33	21.9	35	36.1	25	28.1	6	8.2	160	23.4
İdare	29	20.1	40	30.8	31	20.5	20	20.6	13	14.6	11	15.1	144	21.1
Sosyal yaşam eksikliği	38	26.4	17	13.1	20	13.2	20	20.6	26	29.2	21	28.8	143	20.9
Sınav sistemi	12	8.3	35	26.9	43	28.5	30	30.9	15	16.9	7	9.6	142	20.8
Derslerin ağır olması	22	15.3	30	23.1	37	24.5	31	32.0	8	9.0	8	11.0	136	19.9
Askerlik	10	6.9	23	17.7	29	19.2	18	18.6	26	29.2	21	28.8	127	18.7
Sosyal tesis eksikliği	28	19.4	20	15.4	34	22.5	14	14.4	15	16.9	8	11.0	119	17.4
İzinlerin yetersizliği	19	13.2	15	11.5	26	17.2	28	28.9	13	14.6	9	12.3	110	16.1
Eğitim sistemi	11	7.6	19	14.6	18	11.9	22	22.7	17	19.1	15	20.6	102	14.9
Yemekler	34	23.6	23	17.7	21	13.9	4	4.1	3	3.4	6	8.2	91	13.3
Hocaların yetersizliği	4	2.7	18	13.8	18	11.9	22	22.7	21	23.6	7	9.6	90	13.2
Zorunlu dersler	5	3.5	13	10.0	26	17.2	23	23.7	14	15.7	6	8.2	87	12.7
Öğrenciye değer verilmemesi	7	4.9	10	7.7	14	9.3	8	8.2	14	15.7	20	27.4	72	10.5
Disiplin	13	9.0	7	5.4	18	11.9	5	5.2	8	9.0	9	12.3	60	8.8
Arkadaşlık ilişkileri	12	8.3	11	8.5	19	12.6	6	6.2	2	2.3	7	9.6	57	8.3
Çalışma ortamı yetersizliği	13	9.0	8	6.2	5	3.3	9	9.3	3	3.4	10	13.7	48	7.0
Temizlik	14	9.7	8	6.2	17	11.3	5	5.2	3	3.4	-	-	47	6.9
Mali problem	2	1.4	12	9.2	11	7.3	8	8.2	5	5.6	5	6.8	43	6.3
Yoğun sınav programı	2	1.4	21	16.2	14	9.3	2	2.1	-	-	1	1.2	38	5.6
Yoklamalar	6	4.2	7	5.4	10	6.6	2	2.1	3	3.4	5	6.8	33	4.8
Toplam*	144	100.0	130	100.0	151	100.0	97	100.0	89	100.0	73	100.0	684	100.0

* Kolon toplamları % 100'den fazladır. Çünkü bir kişi birden fazla sorun dile getirebilmektedir.

Bu bulgu, sınıf yükseldikçe depresif belirtilerde bir azalma görüldüğüne işaret eden araştırma bulgularıyla paralellik göstermemektedir⁽¹¹⁾. Puanların farklı dağılımı ders yükü ağırlığıyla ilişkilendirilebileceği gibi aşağıda açıklanmaya çalışılan faktörlerin de etkilerinden sözedilebilir. Tıbbi derslere geçiş yılı olan 2. sınıfın genelde öğrenciler tarafından zor olarak algılandığı ve bu nedenle olumsuz olarak başlandığı bilinen bir gerçektir. Bu yargı 3. ve 4. sınıflar için de nispeten geçerlidir. Çünkü 1. sınıf ders yükü ve çeşitliliği bakımından orta öğrenimin devamı gibi algılanırken, 2, 3 ve 4. sınıf spesifik konuları içermekte zor olarak algılanmaktadır.

Tablo 8'de görüldüğü gibi en önemli sorunlar arasında dile getirilen "derslerin ağır olması" sorunu bu yargının gerçek olduğunu doğrulamıştır. 3. ve 4. sınıflarda tıp eğitiminin özelliği sebebiyle henüz mezuniyete uzak olunması, derslerin ve sınavların getirdiği yükün artarak devam etmesi bir yardım motivasyon düşüklüğüne neden olurken öte yandan devre kayıplarının oranlarının daha da yükseldiği dönemler olması sebebiyle puanlar yükselmiş olabilir. Verilere göre devre kaybı oranları şöyledir; 1. sınıf % 13.60, 2. sınıf % 32.21, 3. sınıf % 46.15, 4. sınıf % 47.25, 5. sınıf % 39.60 ve 6. sınıf % 57.84'dür.

Ancak bu oranlar devre kayıplarının sınıf içerisindeki genel oranlarıdır, ankete katılanların devre kaybı oranları belirlenmemiştir. Buna rağmen devre kayıp oranlarının yüksek olduğu sınıflarda BDÖ puanı da yüksek olarak görülmektedir. Yalnızca 2. sınıfta devre kaybı oranlarına göre beklenenden daha yüksek ve 6. sınıfta beklenenden daha düşük oranlar çıkmıştır. 2. sınıfta beklenenden daha yüksek ortalamasının saptanması 2. sınıfın olumsuz olarak algılanmasına bağlanabilir. 6. sınıftaki ortalamasının beklenenden daha düşük olması ile internlik sisteminin getirdiği rahatlamının yanısıra gelecek kaygılarının azalmasına da bağlanabilir.

Fakat bu çalışmada bulunan 6. sınıfa ait puan ortalaması başka çalışmalarda bulunan puan ortalamasından daha yüksektir⁽²¹⁾. Bu farklılık GATA'da internlik sistemine yakın dönemde geçirilmiş olmasına bağlanmaktadır. Çünkü internlik sisteminde öğrenciler, son sınıfta da devam etmektedir. Çalışmaya katılan son sınıf öğrencilerinin yaklaşık yarısı eski sisteme göre sorumludur ve henüz vermesi gereken sınavları vardır. Nitekim Tablo 3'de depresyon ortalamasının yaşa göre dağılımında en yüksek ortalamasının 25-26 yaş grubunda çıkmış olması bu görüşü desteklemektedir. Çünkü 25-26 yaş grubunun büyük olasılıkla tıp fakültesini normal süre olan 6

yıl içerisinde tamamlamayan öğrencilerden oluştuğu ve bunların henüz 6. sınıfta olduğu bilinmektedir. Bu öğrenciler ise eski sisteme göre sorumlu olan öğrencilerdir.

Tüm bu sonuçlar derslerde başarısız olma korkusu veya başarısızlığın puan ortalamasını artırdığını göstermektedir. Bu ise Aydın'ın çalışmasındaki akademik başarı azaldıkça depresyonun arttığı bulgusuyla uyumludur ⁽¹¹⁾. Gerçeğe ulaşmanın en doğru yolu ise yüksek puanlıların belirlenerek psikiyatrik görüşme yapılmasıdır.

Öğrencilere sorgulama ölçeğinde ayrıca sorunlarının neler olduğu açık uçlu bir soru ile sorulmuştur (Tablo 8). Bu soruya verilen cevaplar incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. BDÖ puan ortalamasının en yüksek olduğu 4. sınıfta yüzdelerine göre ilk üç sorun derse girme mecburiyeti (% 36.1), derslerin ağır olması (% 32.0) ve sınav sistemidir (% 30.9). 2. sınıfta ise idare (% 30.8), sınav sistemi (% 26.9) ve derslerin ağır olması (% 23.1) en önemli sorunlar olarak belirtilmiştir. 3. sınıfta sınav sistemi (% 28.5), derslerin ağır olması (% 24.5) ve sosyal tesis eksikliği (% 22.5) ilk sıraları almıştır. 6. sınıfta sosyal yaşam eksikliği (% 28.8), askerlik (% 28.8) ve öğrenciye değer verilmemesi (% 27.4) ve 5. sınıfta sosyal yaşam eksikliği (% 29.2), askerlik (%29.2) ve derse girme mecburiyeti (% 28.1) benzer şekilde ifade edilmiş iken, 1. sınıfta sosyal yaşam eksikliği (% 26.4), derse girme mecburiyeti % 24.3) ve yemekler (% 23.6) en önemli üç sorunu oluşturmaktadır.

Buna göre 4, 3., ve 2. sınıf derslerin ağırlığını ve sınav sistemini önemli sorunlar olarak yaşarken diğer 3 sınıfta bu sorunlar daha geri sıralara düşmekte ve sosyal yaşam eksikliği öne çıkmaktadır. Öte yandan 4. sınıfta % 20 ve daha üzerinde dile getirilen sorun sayısı diğer sınıfların hepsinden oldukça fazladır. Derse girme mecburiyeti 6. sınıf dışında tüm sınıflarda % 20'nin üzerindedir ve öğrencilerin insiyatif kullanamadıklarını düşündürmektedir.

Çünkü öğrenciler yönetmeliğin izin verdiği mazeretsiz derse devam etmeme süresini istedikleri gibi kullanamamaktadır. Bu sorun genel sıralamada ikinci sırada bulunan ve otorite baskınlığı olarak yo-

rumlanabilecek "İdare (% 21.1)" sorunuyla birlikte ele alındığında insiyatif kullanılamaması ve otorite baskınlığının tüm sınıfların genel sorunu olduğu kabul edilebilir. 1. sınıf en az sorunun olduğu sınıf gibi gözükmeyle beraber yemekler ve sosyal tesis eksikliği gibi uyum sağlanamaması ve beklentilere ulaşamama gibi sorunlar yaşandığından sözedilebilir.

Öğrencilerin yaşa göre BDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde en yüksek ortalamanın 25-26 yaş grubunda çıktığı görülmüştür (Tablo 3). Bu grup normalde mezun olması gerekirken devre kaybı nedeniyle mezun olamayanların çoğunluğunu oluşturduğu grup olarak bilinmektedir. En düşük ortalama ise 10.20 ile 16-18 yaş grubunda çıkmıştır. Bu grup okula yeni başlayan 1. sınıflardan oluşmaktadır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (F=5.8829, P=0.0001). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak amacıyla Tukey-HSD testi uygulanmış ve 16-18 yaş grubu puan ortalamasının diğer grupların ortalamalarından anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Yaşa göre BDÖ ortalamalarının dağılımı da devre kaybetmenin BDÖ puanlarını artırdığı yorumunu desteklemektedir.

Cinsiyete göre BDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde kızlarda ortalama puanı 10.88 ile erkeklerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4). Bu fark Mann-Whitney-U testi ile yapılan karşılaştırma sonucunda anlamlı bulunmuştur. Beklenenin aksine erkeklere göre kızların daha düşük puan almaları askeri öğrenciliğin kızlar için yeni ve orijinal olması ve de kızların yaptıkları seçimden ve ortamdan oldukça memnun olmaları şeklinde yorumlanabilir ^(3,22-26). Ancak kız öğrenci sayısının karşılaştırma açısından az olması bu konuda kesin bir yorum yapmaya engel olmaktadır.

En çok yaşadığı yerleşim yerine göre BDÖ puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde hafif anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 5). En fazla küçük şehirlerde yaşayanlarda 15.84 ile en yüksek depresyon ortalamasına rastlanırken büyük şehirlerde kalanlarda bu ortalama 13.82 ve köy ve kasaba kalanlarda 14.30 olarak bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Tukey-HSD tekniği ile analiz sonucunda küçük şehirlerde

yaşayanların ortalaması diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu sonuç yorumlanması oldukça güç bir durum ortaya koymuştur. Bu nedenle farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için aynı zamanda T-test tekniği ile ikili karşılaştırmalar yapılmış ve küçük şehirlerden gelenlerin ortalaması sadece büyük şehirlerden gelenlerin ortalamalarından anlamlı olarak yüksek ($t=2.77$, $P=0.006$) fakat köy-kasabadan gelenlerin ortalaması ile farklı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgunun olasılıkla büyük şehrin getirdiği uyum sorunlarıyla bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Gelir durumuna göre BDÖ puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde üst gelir grubundan alt gelir grubuna doğru anlamlı bir şekilde artış olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Farkın kaynaklandığı grubu bulmak için yapılan analiz sonucunda Tukey-HSD tekniğine göre orta gelir grubu diğerlerinden anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Oysa BDÖ ortalamalarına baktığımızda orta gelir grubu (14.21) üst gelir grubundan (12.97) yüksek ve alt gelir grubundan (16.97) düşüktür. Yorumlama da güçlük nedeniyle farkın kaynaklandığı grubu bulmak için T-test tekniği uygulanmıştır.

Buna göre alt gelir grubunda olanların ortalaması üst gelir grubunda olanlardan ($t=0.81$, $P=0.042$) ve orta gelir grubunda olanlardan ($t=2.84$, $P=0.005$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 7'de görüldüğü gibi tıp eğitimini ekonomik yükünü karşılamamanın çok güç olduğunu söyleyenlerin ortalaması 18.72 ile en yüksektir. Nitekim tek yönlü varyans analizi sonucunda fark anlamlı bulunmuştur ($F=10.5770$, $P=0.0000$). Farkın kaynaklandığı grubu bulmak amacıyla yapılan Tukey-HSD testi sonucunda çok güç diyenlerin ortalaması diğerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Gelir durumunu değerlendirme ile Tablo 8'de sonucu verilen tıp eğitimini ekonomik açıdan karşılamamanın güçlük derecesi aynı doğrultuda değişkenler olduğundan, elde edilen veri genel olarak ruhsal bozuklukların alt sosyoekonomik düzeylerde daha yaygın olduğunu belirten ülkemizde yapılan bir çalışmanın bulgularıyla uyumlu görünmektedir⁽⁸⁾.

SONUÇ

1. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sınıf, yaş, en çok yaşadığı yerleşim yeri, gelir durumu ve tıp eğitimini ekonomik açıdan karşılama derecesi bakımından depresif belirtilerde anlamlı farklılıklar vardır. Yapılan analizlerde sınıflara göre BDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F=5.670$, $P=0.0000$). Ancak bu fark diğer çalışmaların aksine ilk sınıfta değil derslerin ağır olduğu ve sene kayıplı öğrencilerin yoğun olduğu sınıflarda daha yüksek olarak saptanmıştır.

2. Sorun alanlarında ilk üç sırayı derse girme mecburiyeti ($n=160$, % 23.4), idare ($n=144$, % 21.1) ve sosyal yaşam eksikliği ($n=143$, % 20.9) almıştır. Ancak sorunların öncelik sıralaması sınıflara göre değişiklik göstermekte ve BDÖ puan ortalamasının yüksek olduğu sınıflarda derslerin ağır olması ve sınav sistemi ilk sıralara çıkmaktadır.

3. 25-26 yaş grubunda BDÖ puan ortalamaları diğer yaşlara göre yüksektir.

4. Bunun yanında küçük şehir kaynaklı olmak büyük şehir kökenli olmaya göre daha yüksek BDÖ puan ortalamasına sahip olma sonucunu doğurmuştur ($F=3.9988$, $P=0.0188$).

Depresif belirtilerin yaşam üzerindeki olumsuz etkileri gözönüne alındığında bu belirtilerin en az düzeye indirilmesi için koruyucu nitelikteki önlemlerin alınmasının yararlı olabileceği düşünülerek tüm tıp fakültelerinde sorun alanları saptanmalı ve çözüm yolları geliştirilmelidir. Çalışma verileri dikkate alınarak çeşitli öneriler sunulmaya çalışılmış ve konunun tartışılması amaçlanmıştır.

1. Sınıflara göre derslerin dağılımı ve içeriği, sınav programları ve değerlendirme yöntemleri gözden geçirilmelidir.

2. Rehberlik hizmetleri çeşitlendirilmeli ve güçlendirilmelidir.

3. Öğretim üyesi-öğrenci, sınıflararası öğrenci-öğrenci diyalogu teşvik edilmeli, ders dışındaki sorunlarını paylaşabilmeleri için fırsat sağlanmalıdır.

4. Spor tesisleri başta olmak üzere tüm sosyal tesisler yeterli hale getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kielhoz P: Depression in everyday practice. Hans Huber Publishers, Basle, s.13,17, 1974.
2. Hirschfeld RM, Cross CK: Epidemiology of affective disorders. Arch Gen Psychiatry 39:35-49, 1982.
3. Köknel Ö: Türkiye'de Depresyon Epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi, Özel Sayısı, 1-5, 1989.
4. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 3. Basım, İstanbul 205-233, 1990.
5. Işık E: Duygulanım Bozuklukları, Depresyon ve Mani, Boğaziçi Matbaası, İstanbul, s.70, 1991.
6. Weismann MM, Klerman GL: Psychiatric nosology and Midtown Manhattan Study. Arch Gen Psychiatry 37:229-240, 1980.
7. Klerman GL: Affective Disorders. Armond M, Nichol MP, The Harvard Guide to Modern Psychiatry Cambridge, Belknap Press s.253-281, 1978.
8. Küeyl L, Üstün B, Güleç C: Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi, XXIII. Uluslararası Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul 437-449, 1987.
9. Hisli N: Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği, Psikolojik Dergisi, 7(23):3-13, 1989.
10. Aydın B: Üniversite öğrencilerinin bir kesiminde çalışma alışkanlıkları ve tutumları ile depresyon düzeylerinin incelenmesi, XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul 546-551, 1987.
11. Aydın G: Üniversite öğrencilerinde depresyon, açıklama biçimi ve akademik başarı ilişkisi. Psikoloji Dergisi, Ağustos 6:22, 1988.
12. Molicca RD: Mood (Affective) Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry (Ed) Kaplan HI, V. Edition 1:859-867, 1989.
13. Tegin B: Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme, Doktora tezi, Ankara, Aralık 1980.
14. Hisli N: Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, Psikoloji Dergisi, Ağustos, 6:22, 1988.
15. Pederson AM, et al: Epidemiological consideration of psychotic depression. Arch Gen Psy 28:193-7, 1972.
16. Güleç C, Küey L: Türkiye'de 1980'lerde depresyon, Epidemiyolojik yaklaşımlar, Nöropsikiyatri Arşivi, Özel Sayı 17-28, 1989.
17. Demiriz E: Yarı kırsal kesimde depresyon epidemiyolojisi ve ruhsal bozuklukların sıklığı üzerine bir araştırma. Uzmanlık tezi, HÜ Psikiyatri bölümü, Ankara 1980.
18. Hancıoğlu M: Kentleşme ve psikiyatrik epidemiyolojigecekondü bölgesi ve kent merkezinde karşılaştırmalı alan çalışması, uzmanlık tezi, HÜ Psikiyatri Bölümü, Ankara 1981.
19. Şaher N: Kent merkezinde psikiyatrik epidemiyoloji ile ilgili bir alan çalışması, Uzmanlık tezi, HÜ Psikiyatri bölümü, Ankara 1981.
20. Köknel Ö: Depresyon altın kitaplar yayınevi, 3. basım, s.307-308, 1992.
21. Tayşi BN, Azizoğlu F, Perçinel S, Hasan SH: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) 1992-1993 öğrenim yılı intern doktorlarında Beck depresyon envanterine göre depresyon prevalansı. HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kırsal Hekimlik Stajı Araştırma raporu, 1993.
22. American Psychiatric Association: Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. Am J Psychiatry 150(4):1-26, 1993.
23. Blackburn IW: Depresyon ve Başaçıkma Yolları, Çev.: Şahin NH, Rugancı RN, Remzi Kitabevi, Ankara Caddesi, İstanbul 9, 1993.
24. Boyd JH, Weismann MM: Epidemiology of Major Affective Disorders Psychiatry Basic Books (ed) Michels Robert III, 13, 1989.
25. Çifter İ: Klinik Psikiyatri, G Ü Basın Yayın Yüksekokulu Basımevi, Ankara 405, 1990.
26. Weismann MM, Merikangas KR, Boyd JH: Epidemiology of Affective Disorders, Psychiatry, Basic Books (Ed) Michels Robert I:60, 1989.