

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP, DIŞ HEKİMLİĞİ VE SAĞLIK
BİLİMLERİ FAKÜLTELERİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE DEPRESYON
BELİRTİLERİ SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. OSMAN ALAŞIK

ANKARA 2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP, DİŞ HEKİMLİĞİ VE SAĞLIK
BİLİMLERİ FAKÜLTELERİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE DEPRESYON
BELİRTİLERİ SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. OSMAN ALAŞIK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MUSTAFA NECMİ İLHAN

ANKARA 2020

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Depresyon	5
2.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi	8
2.1.2. Depresyonun Risk Faktörleri	10
2.1.3. Depresyon Belirtileri Ve Tanı	13
2.1.4. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon.....	19
2.1.5. Depresyondan Korunma	21
2.2. Stres	23
2.2.1. Stresin Risk Faktörleri	24
2.2.2. Stresin Belirtileri Ve Sonuçları	25
2.2.3. Üniversite Öğrencilerinde Stres	26
2.2.4. Stres Yönetimi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Kapsamı	28
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	28
3.3. Araştırmanın Tipi.....	29
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı.....	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	30

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	31
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	32
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	32
3.9. Araştırma Takvimi.....	34
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
7. KAYNAKÇA	80
8. ÖZET.....	93
9. ABSTRACT	95
10. EKLER	97

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.....	35
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ebeveylelerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.....	37
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.....	38
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.....	39
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.....	40
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı Ankara, 2019.....	42
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.....	44
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.....	46

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı Ankara, 2019.....	48
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.....	50
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Gördükleri Fakültelere Göre Bazı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.....	52
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek Seçimi Nedenlerinin Fakültelere Göre Dağılımı, Ankara, 2019.....	55
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Algılanan Stres Düzeyi Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.....	56
Tablo 14. Beck Depresyon Ölçeği'nden 17 ve Üstü Puan Alanların Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2019.....	57

KISALTMALAR

ASD: Algılanan Stres Düzeyi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DSM-5: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TL: Türk Lirası

1. GİRİŞ

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Depresyon ruhsal ve mental yönden bireyin tam iyilik halini bozmaktadır. Depresyon yaygın görülen, tekrarlama ve kronikleşme oranı yüksek, iş gücü kaybına yol açan ve intihar için önemli risk faktörü olan ciddi bir bireysel ve toplumsal sağlık sorunudur(1). Depresyon hem dünya da hem de Türkiye de önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Depresyon; derin üzüntüyle ya da üzüntüyle beraber bunalıtlı bir duygudurumla birlikte, konuşma, düşünce, bedensel ve psikomotor işlevlerde durgunlaşma ve yavaşlama olan güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, aşağılanma ve değersizlik gibi duygularla karakterize ruhsal bir hastalıktır(2). Depresyonun tarih içerisindeki gelişimine baktığımızda en eski tanımları Hippocrates'e kadar dayanmaktadır. Hippocrates, mental hastalıkların, olağanüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle oluştuğuna inanmıştır. Melankoliyi tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluştuğunu ileri sürmüştür. "Melan" siyah, "koli" ise safra karşılığı olup melankoli olarak adlandırılmıştır(3).

Depresyon yaygın görülen mental bir bozukluktur. 2015 yılında depresyondan etkilenen kişi sıklığı %4,4 olarak tahmin edilmiştir(4). Depresyon dünya çapında ölümcül olmayan hastalık yükünün önde gelen bir nedenidir ve yaşam boyu yaygınlığı Avrupalı yetişkin erkekler arasında %9, Avrupalı yetişkin kadınlar arasında %17'dir(5).

Türkiye’de depresyon sıklığı giderek artmaktadır. Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması’na göre Türkiye’de depresyon prevalansı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5.0, toplam %9.3 sıklıktadır(6). Depresyon her yaştan kişiyi etkilemektedir. Bireylerin yaşam kalitesinde ciddi düşüslere neden olmaktadır. Depresyon Türkiye hastalık yükünün ve engellilikle geçen yılların önemli nedenlerindendir. Hem bireysel hem de toplumsal düzeydeki etkileri sonucunda iş gücü kaybına da neden olmaktadır.

Depresyon gençlerde yaygın olarak görölmektedir. Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak başlangıcının ortalama 20’li yaşlarda olduğı belirtilmektedir(7). Genç yaş ölümlerin nedenleri arasında kazalar ve intihar sık görölmektedir. İntihar içinde depresyon önemli bir risk faktörü olduğı için gençlerin depresyondan ve depresyonun etkilerinden korunması çok önemlidir. Üniversite öğrencileri genç popülasyonun fazla olması nedeniyle depresyon sıklığının yüksek olabileceğı bir gruptur. Bayram ve Bilgel Türk üniversite öğrencilerinin %27,1’inde orta ve yüksek düzeyde depresyon semptomlarının olduğunu bildirmiştir(8). Üniversite yılları gençlerin erişkinliğe geçiş yılları olup hem sosyal hem de biyolojik olarak bir geçiş dönemi kabul edilen ergenliğin son evresine rastlar. Üniversite yıllarında gençlerin evden ve aileden ayrılma, arkadaş seçimi, akranlarıyla iletişim sorunu, çevre edinme, yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama, kaldıkları yere (yurt vb.) alışma, ekonomik sorunlar, ulaşım sorunları, gelecekteki mesleğı ve özellikle son yıllarda iş bulmaya ilişkin belirsizlikler onları depresyon görölmesi açısından risk grubu yapmaktadır(9). Sağlık alanında eğitim alan tıp, diş ve sağlık bilimleri fakültelerindeki staj yapan son sınıf öğrencilerinin

hastaların muayane ve tedavileriyle ilgili konularda görev almaları ve bu konuların neden olabileceği etkiler nedeniyle de depresyon belirtilerinin sıklığı artabilmektedir.

Stres bireyin çevresi arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanan kaçınılmaz bir deneyimdir. Stres, bireyin kaynakları durumsal talepler ve baskılarla başa çıkmak için yetersiz olduğunda ortaya çıkar. Stres, bazı durumlarda diğerlerinden daha fazla ortaya çıkması muhtemel olan öznel bir deneyimdir(10). Stres toplumda genel olarak olumsuz olarak algılsa da; stres aynı zamanda insan fizyolojisi ve psikolojisi için olumludur. Normal düzeydeki stres kişinin bazı konularda başarılı olmasına da katkı sağlar.

Stres bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını da etkilemektedir. Stres sağlık açısından hem fizyolojik hem de psikolojik olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bunlar baş ağrısı, terleme, endişe ve gerginlik gibi belirtidir. Yaşam kalitesi stresli bireylerde genel olarak düşüktür. Çünkü stres kişinin çevresiyle olan uyumunu bozmakta ve diğer bireylerle olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Üniversite öğrencilerinde stres neden olan faktörler fazla olduğu için stres de yaygın olarak görülmektedir. Savcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da üniversite öğrencilerinin orta düzeyde algılanan stres %57.4 olarak bulunmuştur(11). Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %74.6'sında orta düzeyde algılanan stres bulunmuştur(12). Üniversite döneminde gençlerde sınavlar, aileden uzak olma, ekonomik olarak yetersizlikler, iş bulma gibi faktörler stres

nedenleri arasındadır. Sağlık alanında eğitim alan tıp, diş ve sağlık bilimleri fakültelerindeki staj yapan son sınıf öğrencilerinin hastaların muayane ve tedavileriyle ilgili konularda görev almaları ve bu konuların neden olabileceği etkiler bireylerde strese neden olabilmektedir.

Depresyon ve stres arasında önemli bir ilişki vardır. Depresyon ve strese neden olan risk faktörlerine bakıldığında zaman ortak olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencilerinde strese neden olan sınavlar, aileden uzak olma, ulaşım gibi sorunların aynı zamanda depresyona da neden olabildiği görülmektedir. Stres düzeyi yüksek olan bireylerin aynı zamanda depresyon belirtileri sıklığının da artacağı düşünülmektedir. Hem depresyon hem de stres bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Depresyondan ve stresten korunmak için alınacak önlemler de risk faktörlerinin ortak olması nedeniyle benzer olacaktır.

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri son sınıf öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve depresyon belirtileri sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü veya üzüntüyle beraber bunaltılı bir duygudurumla birlikte, düşünce, konuşma, psikomotor ve bedensel işlevlerde yavaşlama ve durgunlaşma olan, değersizlik, aşağılanma, güçsüzlük, isteksizlik ve karamsarlık gibi duygularla karakterize ruhsal bir hastalıktır(2). Üzüntü, korku, öfke ve bunlara bağlı değişik davranışlar göstermek normaldir ancak bu duygular uzun sürerse ve şiddetli olursa ruh sağlığını bozan nitelik kazanır(13). Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaşıntılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren hakim ve sürekli duygu tonudur. Duygulanım ise duygu durumunun dışı ifade edilmesidir. Duygudurum normal, yükselmiş ya da çökkün olabilir. Depresyonda duygu durumun çökkün hali görülür(14).

Mental sağlık problemlerinin sıklığı giderek artmaktadır. Yaygın mental bozukluklar iki ana tanı kategorisini: depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Bu bozukluklar popülasyonda oldukça yaygındır ve etkilenen kişilerin ruh hali veya duyguları üzerinde etkilidir; belirtileri, şiddetleri ve süreleri açısından farklıdırlar. Depresif bozukluklar; yaşam boyu prevalansı %16,2 ve on iki aylık prevalansı ise %6,6 olmak üzere yaygın görülen mental bozukluklardır(15). Depresyon dünya genelinde 300 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir ve bu dünya nüfusunun yaklaşık %4,4 eşittir(4). Dünya genelinde çok sık görülmesi ve depresyondan etkilenen bireylerin yaşam kalitesinde de ciddi düşmeler olması nedeniyle depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon her yaştan, her

sosyoekonomik kesimden, her bölgeden ve her eğitim düzeyinden kişileri etkilemesi nedeniyle de yaygın olarak görülen bir hastalıktır. Bu nedenle depresyona neden olan faktörlere bakıldığı zamanda çok çeşitli faktörlerle karşılmaktadır. Bazı kişiler için işsizli, düşük gelir depresyon nedeni olabilirken; bazıları içinde yüksek ekonomik gelire sahip kişiler de yalnızlık ve tatminsizlik gibi faktörler depresyon nedeni olabilmektedir. Eğitim seviyesi düşük kişiler depresyondan korunma ve nasıl mücadele edeceğini bilmediği için depresyondan etkilenirken; eğitim seviyesi yüksek kişilerde çok çalışma ve kendine daha az zaman ayırma gibi nedenlerle depresyondan etkilenmektedir.

Depresyonun belirtileri genel olarak; üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk veya düşük benlik değeri, rahatsız uyku veya iştah, yorgunluk duyguları ve zayıf konsantrasyon ile karakterizedir. Depresyon uzun süreli veya tekrarlayıcı olabilir, bireyin işte veya okulda çalışmasını veya günlük yaşamla başa çıkma yeteneğini önemli ölçüde bozabilir. Depresyon intihara yol açabilir(4). Bazı çalışmalar, depresyonun daha kısa yaşam beklentisi ile ilişkili olduğunu göstermiştir(16). Başka bir çalışmada da spesifik olmayan kas-iskelet sistemi şikayetleri ve sırt ağrısı dahil olmak üzere birden fazla fiziksel şikayeti olan hastalarda, altta yatan depresif belirtiler daha fazla bulunmuştur(17).

Depresyon tüm dünyada en sık görülen ve fizyopatolojisi konusunda en fazla görüş birliği sağlanmış olan psikiyatrik bozukluktur. Etiyolojide çoğul etmenler söz konusu olmakla birlikte, ortak fizyopatolojinin merkezi sinir sistemi nörotransmitterlerin de işlev bozukluğu olduğu biçimindeki kuram genel kabul

görmektedir(18). Aynı zamanda depresyonun fizyopatolojisinin açıklanmasına yönelik çalışmalarda devam etmektedir.

Depresyona diğer mental bozuklurla ve kronik hastalıklarla da beraberlik göstermektedir. Majör depresyonu olan hastalarda eşzamanlı olarak birden fazla psikiyatrik bozukluk ortaya çıkabilir. 10 gelişmiş ülkede yapılan ulusal araştırmalar, son 12 ayda majör depresyonu olan bireyler arasında, %19'unda üç veya daha fazla komorbid bozukluğun mevcut olduğunu bulmuştur(19). Kardiyovasküler hastalılar, diyabetes mellus, hipertansiyon da depesyonla birlikte komorbit durum oluşturmaktadır. 48.000'den fazla hastayı kaydeden, bugüne kadar mevcut olan tüm çalışmaları birleştiren, iyi yapılmış bir meta-analiz, diyabetin olay depresyonu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğunu bildirmiştir(20).

Depresyon 2000 yılında hastalık yükünün dördüncü önde gelen nedeni olarak değerlendirilmiştir(21). Depresyon ölümcül olmayan sağlık sonuçlarına atfedilebilen hastalık yükünün en büyük oranından sorumludur ve dünya genelinde engellilikle geçen toplam yılların neredeyse% 12'sini oluşturmaktadır(22). Depresyon belirtisi sıklığı arttıkça intihara eğilimin de anlamlı olarak arttığı görülmüştür(23). İntihar riski ile depresyonun şiddeti arasındaki ilişki orta düzeydedir; ayrıca, tüm depresyon şiddet seviyelerinde intihar riski ve girişimleri ortaya çıkabilmektedir(24).

2.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılı verilerine göre; dünyada üç yüz milyondan fazla insan depresyondan etkilenmektedir ve bu dünya nüfusunun %4,4'üne eşittir. Yaşam boyu yaygınlığı Amerika Birleşik Devletlerinde %5,9, Almanya'da %5,2, Fransa'da %4,8 ve Türkiye'de %4,4'tür(25). Başka bir çalışmada; Depresif bozukluklar; yaşam boyu prevalansı %16,2 ve on iki aylık prevalansı ise %6,6 olarak bulunmuştur (15). Depresyon dünya çapında ölümcül olmayan hastalık yükünün önde gelen bir nedenidir ve yaşam boyu yaygınlığı Avrupalı yetişkin erkekler arasında %9, Avrupalı yetişkin kadınlar arasında %17'dir(5). Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması'na göre Türkiye'de depresyon prevalansı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5.0, toplam %9.3 oranındadır(6).

Son yıllarda, majör depresyon tanısındaki artış oranları, en genç ve en yaşlı yaş grupları, en düşük gelir ve en yüksek gelir grupları ve en yüksek eğitim seviyelerine sahip olanlarda daha sıktır(26). Majör depresif bozukluğu olan hastaların %25'inin intihar davranışı vardı ve sonunda %10-15'i intihar nedeniyle ölmüştür(27).

Depresyon prevalansı farklı yaş gruplarında, farklı bölgelerde yaşayan insanlarda, farklı ekonomik gelir seviyesine sahip kişilerde, kronik hastalığı olan bireylerde farklı sıklıkta görülebilmektedir. Aynı gruplara farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda da değişik sonuçlar bulunabilmektedir. Bunun nedeni depresyona neden faktörlerinde zaman içinde değişiklik gösterebilmesidir. Bireyin

ekonomik gelir düzeyi zaman içinde değişiklik gösterebilir. Üniversite öğrencisi için de sınav zamanlarında depresyon belirtilerinin sıklığı artabilmektedir.

Majör depresyonun başlama yaşı tüm insanların %50'sinde 20 ve 50 yaşları arasında olmak üzere, başlama yaşının ortalaması 40'tır. Ancak yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında majör depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini düşündürmektedir(28). Bayram ve Bilgel Türk üniversite öğrencilerinin %27,1'inde orta ve yüksek depresyon semptomlarının olduğunu bildirmiştir(8). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin %23'ünde klinik depresyon %57'sinin psikolojik stres altında olduğu belirlenmiştir(29).

Yapılan araştırmalarda da depresyonun başka hastalıklarla da birliktelik gösterdiği bulunmuştur. 48.000'den fazla hastayı kaydeden, bugüne kadar mevcut olan tüm çalışmaları birleştiren, iyi yapılmış bir meta-analiz, diyabetin olay depresyonu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğunu bildirmiştir(20). Spesifik olmayan kas-iskelet sistemi şikayetleri ve sırt ağrısı dahil olmak üzere birden fazla fiziksel şikayeti olan hastalarda, altta yatan depresif belirtiler daha fazla bulunmuştur(17).

Dünya genelinde yaygın mental bozukluğu olan kişilerin sayısı, özellikle düşük gelirli ülkelerde artmaktadır, çünkü bu ülkelerde nüfus artmaktadır ve depresyon olarak görüldüğü yaşlarda düşük gelirli ülkelerde daha fazla kişi vardır. Depresyon, her yaştan insanı hayatın her kesiminden etkileyebilse de, depresyona girme riski yoksulluk, işsizlik, sevilen birinin ölümü veya fiziksel hastalık ve problemlerle artmaktadır. Alkol ve uyuşturucu kullanımı depresyon riskini

artırmaktadır(4). Anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık yarısında distimi veya depresyon vardır(30). Gelecekteki kardiyak olay riski, koroner arter hastalığı ve depresyonu olan hastalarda depresyonu olmayan hastalara göre 2-3 kat daha fazladır(31). İnme ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu gösteren giderek artan bir kanıt vardır: depresyon inme ve geçici iskemik ataklara neden olabilir; inme, artan depresyon riski ile ilişkilidir (32).

2.1.2. Depresyonun Risk Faktörleri

Depresyona neden olan birçok faktör vardır. Cinsiyet, aile öyküsü ve genetik özellikler, yaş, medeni durum, biyolojik faktörler, psikolojik faktörler, erken dönem çocukluk yaşantıları depresyon için başlıca risk faktörleridir.

Cinsiyet; majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir(33). Kadınların etnik köken veya sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak majör depresif bozukluğu yaşama olasılığı erkeklerin iki katıdır. Hormonal dalgalanma zamanları en büyük riski taşır(34).

Aile öyküsü ve genetik özellikler; Majör depresif bozukluk, genetik yatkınlığı olan çok faktörlü bir hastalıktır(34). Kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığı görülmüştür(33). Birinci derece akrabalarında benzer hastalığı olan kişilerde 1,5-3 kat fazla oranda görülür(35). Erken başlangıç yaşı olan ailelerde majör depresif bozukluk için büyük risk görülür(36).

Yaş; depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine,

depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır(37). Ortanca başlangıç yaşı 32'dir. Erken ergenliğe kadar genel prevalans düşüktür(34).

Medeni durum; yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Eş kaybının depresyonun ilk epizodu ile ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır(37).

Biyolojik faktörler; menstürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler, menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroit hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal instabilitedeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerin de artması, bu yaklaşımı desteklemektedir(37).

Psikolojik faktörler; bu konuda, kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, bunlardan sorumlu tutulmaktadır(37).

Erken dönem çocukluk yaşantıları; bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi gibi duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda çocuk gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlanmış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir(37). Herhangi bir biçimde çocuklukta kötü muamelenin görmek depresyon için risk faktörüdür(34).

2.1.3. Depresyon Belirtileri Ve Tanı

Depresyonun birçok semptom ve bulguları vardır. Fiziksel, psikolojik, semptom ve bulgular oldukça yaygındır.

- Hastalar her zaman depresif hissetme konusunda doğrudan bir şikayette bulunmazlar
- Belirgin somatik şikayetler veya herhangi bir açık klinik örüntüye uymayan çok sayıda şikayet, özellikle yaşlı hastalarda ve psikolojik semptomların damgalandığı hastalarda sıklıkla görülür
- Yorgunluk
- Düşük konsantrasyon, hafıza bozukluğu, karar verme güçlüğü
- Okul veya iş performansında düşüş
- Cinsel ilginin azalması
- Uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişiklikleri
- Baş ağrısı, mide bulantısı
- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik (kabızlık veya ishal) (38).

Depresyon Semptomları:

- Önceden zevkli şeylere ilgi veya zevk kaybı
- Orantısız suçluluk duyguları veya değersizlik düşünceleri
- İntihar düşünceleri veya ölmeye ilgili düşünceler
- Psikotik belirtiler (özellikle yaşlı hastalarda)
- Fiziksel şikayetler (38).

Fiziksel Muayene:

- Depresif veya düz etki, içe kapanma, zayıf göz teması
- Psikomotor ajitasyon veya yavaşlama, ağlama
- Endişeli davranışlar, irritabilite, kötü kişisel hijyen,
- Kendine zarar verme kanıtı (örn. İyileşmiş laserasyonlar, yara izleri)
- Kilo kaybı, kilo alımı veya zayıf beslenme (38).

Depresyonun Tipleri

Depresyonun en çok görülen tipleri:

1. Majör Depresyon
2. Minör Depresyon
3. Distimik Depresyon (Persistan Depresif Bozukluk)

DSM-V'e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1) kkn duygu durum, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2) Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, nerdeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.

3) Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (rneğin bir ay içerisinde ağırlığın %5'inden fazla değişiklik) ya da nerdeyse her gün yeme isteğinde artma ya da azalma

4) Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama

6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir)

8) Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

9) Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir. Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz (39).

DSM-V'e Göre Minör Depresif Bozukluk Tanı

Minör depresif atakların aşağıdaki kriterlerin tümüne (A'dan F'ye kadar) teşhis edilmesini önerilir.

A. Aynı iki haftalık süre içinde aşağıdaki semptomlardan iki ile dördü mevcuttur:

- 1) Disfori - Depresif ruh hali günün çoğu, neredeyse her gün
- 2) Anhedoni - Neredeyse her gün
- 3) nemli iştah veya kilo değişimi
- 4) Neredeyse her gün uykusuzluk veya hipersomnia
- 5) Psikomotor ajitasyon veya gerilik (diğerleri tarafından gözlemlenebilir)
- 6) Anerji - Neredeyse her gün yorgunluk
- 7) Neredeyse her gün değersizlik veya uygunsuz suçluluk düşünceleri
- 8) Neredeyse her gün bozulmuş konsantrasyon veya hafıza
- 9) Tekrarlayan lm veya intihar düşünceleri veya intihar girişimi

B. Semptomlardan en az biri disfori veya anhedoni içerir

C. Semptomlar klinik olarak anlamlı psikososyal bozukluğa neden olur

D. Semptomlar bir maddenin, ilacın veya genel tıbbi durumun fizyolojik etkilerinden kaynaklanmaz

E. Kalıcı depresif bozukluk (distimi) ve siklotimik bozukluk mevcut değildir

F. Ruh hali rahatsızlığı sadece psikotik bir bozukluk sırasında ortaya çıkmaz

DSM-V'e Göre Distimik Depresif Bozukluk Tanı

A. En azından iki yıl boyunca, öznel veya başkalarının gözlemiyle belirtildiği gibi, günün çoğunda, depresif ruh hali.

NOT: Çocuklarda ve ergenlerde ruh hali huzursuz olabilir ve süre en az bir yıl olmalıdır.

B. Depresyondayken aşağıdakilerin iki (veya daha fazlasının) varlığı:

- 1) Kötü iştah veya aşırı yeme
- 2) Uykusuzluk veya hipersomnia
- 3) Düşük enerji veya yorgunluk
- 4) Düşük benlik saygısı
- 5) Düşük konsantrasyon veya karar vermede güçlük
- 6) Umutsuzluk duyguları

C. Rahatsızlığın iki yıllık döneminde (ocuklar veya ergenler için bir yıl), birey A ve B Kriterlerinde hiçbir zaman iki aydan fazla bir süre boyunca hiçbir semptom yaşamamıştır.

D. Majör depresif bozukluk için kriterler iki yıl boyunca sürekli olarak mevcut olabilir

E. Manik epizod ya da hipomanik epizod olmayacak ve siklotimik bozukluk için kriterler hiç karşılanmayacak

F. Rahatsızlık; persistan şizoaftif bozukluk, şizofreni, delüzyonel bozukluk veya diğer spesifik ve spesifik olmayan şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla açıklanmamalıdır.

G. Semptomlar, bir maddenin (örn. Kötüye kullanım ilacı, ilaç) veya başka bir tıbbi durumun (örn. Hipotiroidizm) fizyolojik etkilerine atfedilmez.

H. Semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntılara veya bozulmalara neden olur.

Majör depresif atak kriterleri, persistan depresif bozukluk (distimi) için semptom listesinde bulunmayan dört semptom içerdiğinden, çok sınırlı sayıda bireyde iki yıldan uzun süre devam eden ancak persistan depresif bozukluk kriterlerini karşılamayan depresif belirtiler olacaktır. Hastalık döneminde bir noktada majör bir depresif dönem için tam kriterler karşılanmışsa, majör depresif bozukluk tanısı konulmalıdır. Aksi takdirde, diğer spesifik depresif bozukluğun veya spesifik olmayan depresif bozukluğun teşhisi gereklidir(39).

2.1.4. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon

Depresyon üniversite öğrencilerinde önemli bir mental bozukluktur. Üniversite yılları öğrencilerin için depresyon için risk oluşturabilecek birçok faktörle karşı karşıya kaldıkları zamanlardır.

Sistemik derlemede üniversite öğrencilerinde ortalama depresyon prevalansının %30,6 olduğunu ve oranların %10 ila %85 arasında değiştiğini göstermektedir(40). 77 çalışmayı ve 62.728 tıp öğrencisini içeren bir meta-analiz çalışmasında küresel depresyon prevalansı %28 olarak bulunmuştur(41).

Kullanılan farklı tasarımlar, yerler ve ölçüm araçları nedeniyle farklı sıklıkta sonuçlar bulunmuştur.

Üniversite öğrenciliği dönemi sosyal ve biyolojik açıdan birçok stres ve depresyon için risk faktörü olabilecek durumlarla karşılaşılabilen bir dönemdir. Bu dönem evden ve aileden ayrılık, ve yeni çevreye ilişkin sorunlar, arkadaş ilişkileri, ve iş bulmaya ilişkin belirsizlikler gibi pek çok spesifik problemlerin görüldüğü dönemdir. Üniversiteler, bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri olan ve yeni bir okula, yeni bir şehire ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabaları içindeki öğrencilerde değişik psikolojik problemlerin görülmesine neden olabilmektedir(42).

Depresyon üniversite öğrencileri arasında, ırk, akademik performans gibi birçok faktörle ilişkilidir(43). Depresyon aynı zamanda akademik stres, sosyal destek, ebeveyn eğitimi düzeyi ve anne-baba arası ilişkiler ile de bağlantılıdır(44). Annenin eğitim derecesi çocuklarının depresyon düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Araştırmalar, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesinin üniversite öğrencilerinin depresyon ve anksiyete gibi olumsuz mental sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu bulmuştur(45).

Tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerinde öğrencilerin staj programlarında hasta tedavi işlemlerinin içerisinde yer alması onların aynı zamanda depresyon için farklı risk faktörlerine maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Hastalardan şiddete görmeleri, pratik eğitimin fazla olması nedeniyle yapılan işin fazla konsantrasyon gerektirmesi, gece nöbet tutulabilmesi bunların başlıcalarıdır.

2.1.5. Depresyondan Korunma

Depresyon için tedavileri mümkün kılmak için büyük çaba sarf edilirken, yeni depresyon vakalarının girişini önlemek için nispeten sınırlı çaba harcanmaktadır(46).

Depresyonun neden olduğu biyopsikososyal süreçlerin bilinmesi depresyondan korunabilmek için çok önemlidir. Özellikle depresyona neden olan etkenlerin bilinmesi bunlara karşı alınabilecek önlemleri belirlemede gereklidir. Depresyona karşı alınabilecek önlemler çeşitli değişkenlere göre de farklılıklar gösterebilmektedir. Cinsiyet, yaşanılan çevrey, sosyoekeonomik düzey gibi değişkenlere bağlı olarak depresyondan korunmada farklı stratejiler kullanılabilir(46).

Depresyon için tedavileri mümkün kılmak için büyük çaba sarf edilirken, yeni depresyon vakalarının girişini önlemek için nispeten sınırlı çaba harcanmaktadır. Depresyonun önlenmesinin mevcut sağlık sistemlerine entegre edilmesi de önerilmektedir(46).

Depresyon tekrarlayabilen ve kronikleşebilen bir hastalık olduğu için depresyonla mücadelede etkili yöntem depresyonun oluşmasını engelleyecek önlemler almaktır. Hastaların yaklaşık yarısı ilk depresyon döneminden sonra relaps veya nüks yaşayacak ve bu risk ikinci ve üçüncü epizoddan sonra sırasıyla %70 ve %90'a yükselecektir(47). Her depresyon atağında depresyonun şiddetinin ve tedaviye direncin arttığına dair kanıtlar vardır(48).

Bir Avustralya araştırmasına göre, depresyonun önlenmesi önemlidir;       mevcut tedavi seçenekleri, depresyondan muzdarip tüm hastalar kanıta dayalı bir tedavi görse bile, depresyonun hastalık yükünü sadece %34 azaltabilir(49).

Fiziksel egzersizler, hobiler, kitap okuma, zihinsel egzersizler depresyondan karınma için bavorulabilecek öncelikli yöntemlerdir.

Depresif bozukluklar için önleyici eylem, ancak herhangi bir eylemin iyi iş kararlarına dayanması ve yerel koşullara ve tercihlere duyarlı olması gerekir(46).

2.2. Stres

Stres, yeni durumlara uyum sağlamak için oluşturulan fiziksel bir tepki ya da savunma mekanizmasıdır. Strese neden olan etkenlerle başa çıkılamayacağı durumlarda kaygı, umutsuzluk, endişe, sıkıntı gibi duygular strese ile birliktelik gösterir. Bunlar stres faktörüne yanıt olarak bireyde oluşan değişikliklerdir(50). Stres, bireyin çevresi arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanan kaçınılmaz bir deneyimdir(10).

Stres kişilerin durumlara ve olayları nasıl algıladığına bağlı olarak da bireyde oluşan stres düzeyi farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle de algılanan stres kavramı ortaya çıkmaktadır. Stres, bazı durumlarda diğerlerinden daha fazla ortaya çıkması muhtemel öznel bir deneyimdir. Ayrıca, bazı bireyler strese diğerlerine göre daha eğilimli olabilirler. Genel olarak, stres hem bireyler hem de kuruluşlar için hedeflere ulaşılmasına zarar verebilmektedir(10). Algılanan stres; bireyin yaşamındaki durumlarla ilgili olarak hissettiği stres düzeyini ifade etmektedir. Kişisel deneyimler, ailesel özellikler, eğitim ve öğrenim durumu, değerler ve inanç sistemlerinin etkisiyle her birey karşılaştığı olayı farklı algılayıp, farklı anlamlar yüklemektedir. Bireyin durumlarla ilgili duygu ve düşünceleri ne kadar olumsuz olursa algıladığı stres düzeyi de o kadar yüksek olmaktadır(51).

Normal düzeydeki stres ise kişiyi olumlu yönde etkilemektedir. Buna karşın yüksek stres düzeyinin fiziksel ve mental sağlık sorunlarına ve benlik saygısının azalmasına neden olduğu, akademik başarıyı, kişisel ve mesleki gelişimi etkilediği bildirilmiştir(52).

2.2.1. Stresin Risk Faktörleri

Strese neden olabilen birçok faktör vardır. Bireysel faktörler, çevresel faktörler, eğitim hayatından kaynaklanan faktörler, sosyoekonomik faktörler, iş hayatından kaynaklanan faktörler başlıca strese neden olabilen stres risk faktörleridir.

Bireysel faktörler; bireyin kişilik özellikleri de stres algılamasında etkilidir. Bireyin sağlığı, olaylara bakış açısı, ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması bireyde strese neden olabilecek önemli faktörlerdir.

Çevresel faktörler; çevredeki gürültü, aydınlatma ve havalandırma gibi faktörlerde kişinin algılanan stresi arasında ilişki vardır. Yine çevredeki savaş gibi çatışma ortamları da strese neden önemli faktörlerdendir.

Eğitim hayatından kaynaklanan faktörler; sınavlar öğrenciler üzerinde strese neden olan önemli faktörlerdendir. Yine sınavlar ve eğitim hayatı boyunca staj zamanlarındaki pratik uygulamalarda strese neden olabilmektedir.

Sosyoekonomik faktörler; bireylerin ekonomik düzeyinin yetersiz olması, ihtiyaçlarını karşılayamamasından dolayı kişilerde strese neden olabilir. Yine hayat içersinde gelişen faktörlerde, arkadaşlar arası çatışmalar gibi strese olabilmektedir.

İş hayatından kaynaklanan faktörler; modern çağımızın belki de en stresli ortamlarından biri iş ortamlarıdır. Kişiler arası rekabetin en fazla olduğu yerlerden birisidir. Bu da stres faktörlerindendir. İş hayatındaki ast-üst ilişkileri, rol çatışması, izinler, ücret durumu, zaman baskısı da strese neden olmaktadır(53).

2.2.2. Stresin Belirtileri Ve Sonuçları

Stresin insanda oluşturduğu belirtiler ve sonuçlar; fiziksel, psikolojik ve duygusal, mental ve sosyal belirtiler olarak gruplandırmaktadır.

Fiziksel belirtiler ve sonuçlar; baş ağrısı, ishal, kas ağrıları, tansiyon, gastrointestinal sistem bozuklukları, yorgunluk gibi belirtilerdir.

Psikolojik ve duygusal belirtiler ve sonuçlar; korku, endişe, gerilim, ruhsal durumda ani değişimler, özgüven azalması, öfke patlamaları, güvensizlik, saldırganlık ve asabiyet gibi belirtilerdir.

Mental belirtiler ve sonuçlar; konsantrasyonda bozulma, unutkanlık, karasızlık, mizah anlayışı kaybı, verimlilikte düşme gibi belirtilerdir.

Sosyal belirtiler ve sonuçlar; sosyal çevreden uzaklaşmak, diğer kişilerle arasının bozuk olması, insanlara karşı güvensizlik gibi belirtilerdir.

Stres kardiyovasküler, pulmoner ve bağışıklık sistemlerinin düzenlenmesi gibi fizyolojik süreçleri etkileyerek bireyde sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Kan basıncı, kalp hastalığı, anksiyete, depresyon, enfeksiyon bunlara örnek olarak verilebilir(54). Yüksek stres, şeker ve dondurma gibi tatlı yiyecekler ile ilişkilendirilmiştir(55).

Stres iş, eğitim hayatında da olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. İş yerinde yeterli performansı gösterememek, öğrencilerde akademik başarının düşmesidir. Stres aynı zamanda sporcuları da yaptıkları spor alanlarında olumsuz etkilemektedir.

2.2.3. Üniversite Öğrencilerinde Stres

Üniversite öğrencilerinde strese neden olabilen birçok faktör vardır. Arkadaş ilişkileri, sınavlardan iyi not alma, aileden uzak olma, yeni bir ortama uyum sağlama, barınma ve ekonomik sıkıntılar bunların başlıcalarıdır. Strese neden olan bu faktörler nedeniyle kişilerin sağlıkları da olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu zorluklarla başa çıkma özellikleri olmayan üniversite öğrencilerinin stresi daha yoğun olarak algılamakta bu da onların akademik başarısını, arkadaş ilişkilerini ve çevreye uyumunu olumsuz etkileyerek mental sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır(56).

Üniversite öğrencileri arasında stres düzeyi yapılan çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Kanada’da yapılan 16 üniversiteden 7800 Kanadalı lisans öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, lisans öğrencileri arasında psikolojik stres %30'a kadar yüksek bir prevalans oranı yüksek bulunmuştur(57).

Tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin staj programları sırasında hasta ile ilişkileri ve pratik eğitimin zorlukları da önemli stres nedenleridir. Mezun olduktan sonra iş bulma kaygısı ve çalışma koşullarının nasıl olacağı konusundaki belirsizliklerde öğrencilerde strese neden olmaktadır.

Üniversite öğrencilerinin stres düzeyi, öğrenciler stresle başa çıkmak için sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi farklı stratejiler kullandıklarından önemlidir(58). Öğrencilerin stresten korunarak bu tür kötü alışkanlıklardan da korunması gerekmektedir. Çünkü stres ve onun neden olduğu sağlık sorunları ve kötü alışkanlıklar bireylerin yaşam kalitesini de düşürmektedir.

2.2.4. Stres Yönetimi

Stres yönetimi aynı zamanda stresle başa çıkma olarak da adlandırılabilir. Stresle başa çıkma, stres etkenlerinin neden olduğu duygusal gerilime dayanmak, azaltmak ve yok etmek amacıyla gösterilen davranışsal ve duygusal tepkileri güçlendirmektir(59). Strese neden olan faktörlerin kişide ne düzeyde strese neden olabileceği üzerinde kişinin strese neden olan olaylara ve durumlara karşı tutumları ve davranışları etkilidir.

Stresle başa çıkmada iki farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmadır.

Problem odaklı başa çıkma; strese neden olan etkenin ortadan kaldırılmasına yönelik bir yöntemdir. Bu aktif bir yöntemdir. Bireyin arkadaşları, çevresiyle yaşayabileceği ve strese neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması için problem odaklı başa çıkma uygun olacaktır.

Duygu odaklı başa çıkma; bireyin stres oluşturan durumla ilgili hissettiği duyguları ortadan kaldıracak kaçınma ve inkar gibi yöntemleri kullanmasıdır. Bu da pasif bir yöntemdir. Bireyin gireceği bir sınavın bireyde oluşturacağı stresi azaltmak için sınavın onda oluşturacağı olumsuz duyguların önlenmesi duygu odaklı başa çıkma yöntemi ile daha uygun olacaktır.

Stresten korunmak için fiziksel egzersiz yapmak, dostluk ilişkileri kurmak, sağlıklı beslenmek, alkol ve sigara kullanmamak, rahat ve kaliteli uyumak, çeşitli geziler ve aktivitelerde bulunmak oldukça etkili yöntemlerdir. Stresle başa çıkabilmek ve stresten korunmak kişilerin yaşam kalitesini artıracaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan tamamı son sınıfta eğitim gören Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü ve Beslenme Ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Gazi Üniversitesi; Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün talimatı ile 1926 yılında kurulmuştur. Ankara'nın merkezinde bir şehir üniversitesi olan Gazi Üniversitesinin merkez yerleşkesi Beşevler olup Emek, Maltepe, Ostim, Gölbaşı ve Kahramankazan'da da yerleşkeleri bulunmaktadır. 26 Eylül 2017 tarihi itibarıyla Türkiye'de Araştırma Üniversitesi olan 10 üniversite içerisine girmiştir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Yılda yaklaşık 1 milyonun üzerinde hastaya hizmet vermektedir.

Diş hekimliği fakültesi; 625 Sayılı “Özel Öğretim Kurumları Yasası” uyarınca 1968 – 1969 ders yılında Ankara'da iki Diş Hekimliği Yüksekokulu açılmıştır. Bunlardan biri “Başkent Diş Hekimliği Yüksekokulu” diğeri ise “Ankara

Diş Hekimliği Yüksekokulu” dur. 1472 Sayılı yasa ile 1971 yılında devletleştirilen iki özel yüksekokul Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi’ne bağlanmış ve 2237 sayılı karar uyarınca Ankara Diş Hekimliği Yüksekokulu’nun tüzel varlığına son verilerek 8 Kasım 1978’de “Diş Hekimliği Fakültesi” adını almıştır. 20 Temmuz 1982’de 41 sayılı “Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname” ile, Fakülte yeni kurulan Gazi Üniversitesi’ne bağlanmış ve “Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi”ni oluşturmuştur.

Sağlık Bilimleri Fakültesi; 14.07.2008 tarih ve 13928 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Bakanlar Kurulu kararı ile Sağlık Bilimleri Fakültesi kurulmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Hemşirelik Bölümü, Sosyal Hizmet Bölümü, Odyoloji Bölümü ve Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 6, Diş Hekimliği Fakültesi dönem 5 ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü Ve Beslenme Ve Diyetetik Bölümü dönem 4 öğrencileri oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Diş hekimliği fakültesinde 150, sağlık bilimleri fakültesinde 472 ve tıp fakültesinde 457

son sınıf öğrencisi vardır. Diş hekimliği fakültesi 118 (%78), sağlık bilimleri fakültesi 372 (%78) ve tıp fakültesinde 410 (%89) öğrenciye ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Algılanan Stres Düzeyi Puanı
- Beck Depresyon Ölçeği Puanı
- Eğitim Görülen Fakülte

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Cinsiyet
- Eğitim Görülen Fakülte
- Ailenin Ortalama Aylık Geliri
- Bireyin Ortalama Aylık Harcaması
- Baba Eğitim Durumu
- Anne Eğitim Durumu
- Ebeveynlerin Durumu
- Sigara Kullanma Durumu
- Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Durumu
- Düzenli İlaç Kullanma Durumu
- Tanı Konulmuş Psikolojik Hastalık Olma Durumu

- Psikolojik Sorun İçin Uzman Kişiden Yardım Alma Durumu
- Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu
- Hobi Sahibi Olma Durumu
- Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce Durumu
- Gelecekle İlgili Mesleksel Kaygı Durumu
- Nöbet Tutma Durumu
- Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu
- Hastane Çalışanları Tarafından Şiddete Maruz Kalma
- Mesleki Bilgi Düzeyi ve Pratik Uygulama Açısından Kendini Yeterli Hissetme Durumu

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak ‘‘ Gazi Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği Ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi Ve Depresyon Belirtileri Sıklığının Değerlendirilmesi’’ anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü 26 sorudan oluşmakta ve katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği yer almaktadır. Algılan Stres Düzeyi Ölçeği 14 sorudan oluşmaktadır. Algılan Stres Düzeyi Ölçeği 1983 yılında Prof. Dr. Sheldon Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir(60). Türk toplumuna uyarlama çalışması 2006 yılında Yerlikaya ve

arkadaşları tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur (cronbach alfa: 0.84) (61). Anketin üçüncü bölümünde Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır. Kesme değeri 17 puan olarak belirlenmiştir. Kesme puanları incelenerek 17 ve üzeri puan alanların depresif belirtileri sıklığını % 90'nın üzerinde doğrulukla ayırtedilebildiği görülmüştür(62). Araştırmada kullanılan anket formu ektedir. (Ek-1)

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, danışmanı eşliğinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Araştırmanın veri toplamasına başlamadan önce pilot çalışması yapıp anketin uygulanabilirliği test edilmiştir. Bir anketin uygulama süresi ortalama 5-6 dakikadır.

Araştırmanın Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yapılabilmesi İçin T.C Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan ve ilgili fakülte dekanlıklarından izin belgeleri alınmış olup ekte sunulmuştur(Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5)

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama($\pm$)standart sapma, ortanca (minimum; maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Normal dağılım uygunlukları Kolmogorov-Smirnov Testi/Shapiro-Wilk Testi ve histogram grafikleri ile bakılmıştır. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki Kare, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$

olarak kabul edilmiştir. Bazı bağımlı değişkenlere göre Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riskini göstermek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model bulgular bölümünde açıklanmıştır.

Ailenin ortalama aylık geliri değişkeni analize alınırken 10000 TL ve altı, 100001 TL ve üstü olarak iki kategoriye ayrılıp analize dahil edilmiştir. Bireyin Ortalama Aylık Harcaması 1000 TL ve altı, 1001 TL ve üstü olarak iki kategoriye ayrılıp analize dahil edilmiştir.

Anne eğitim durumu; okuryazar değil/ ilköğretim / ortaokul / lise grupları birleştirilip bir grup yapılmış ve üniversite / yükseköğretim diğer grup olarak belirlenmiştir.

Baba eğitim durumu; okuryazar değil/ ilköğretim / ortaokul / lise grupları birleştirilip bir grup yapılmış ve üniversite / yükseköğretim şeklinde kategorize edilmiştir.

Sigara kullanma durumu değişkeni analize dahil edilirken; hiç kullanmadım. Bir kez denedim, kullandım-biraktım seçenekleri birleştirilip bir grup sigara içmeyenler diğer grup halen kullanıyorum sigara içen grup olarak kategorize edilmiştir.

Meslek seçimi konusundaki düşünce durumu değişkeni analize dahil edilirken; yanlış seçim yaptım ve kararsızım seçenekleri birleştirilmiş ve yanlış seçim yaptım/kararsızım grubu ile doğru seçim yaptım olarak iki gruba kategorize edilmiştir.

Mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumu değişkeni analize edilirken; evet ve hayır/kararsızım şeklinde ikiye kategorize edilmiştir.

Ebeveyn durumu analize dahil edilirken; anne-baba ayrı boşanmış, anne ölmüş, baba ölmüş, anne ve baba ölmüş seçenekleri birleştirilip ayrı/vefat değişkeni ve birlikte evli şeklinde iki kategoriye ayrılmıştır.

3.9. Araştırma Takvimi

	Litaratür Taraması	Anket Formunun Hazırlanması	Etik Onay	Veri Toplama	Veri Analizi	Araştırma Yazımı
Temmuz	X	X				
Ağustos	X	X				
Eylül	X					
Ekim	X					
Kasım	X		X			
Aralık	X			X		
Ocak	X			X	X	X
Şubat	X					X

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma sadece Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültelerinde yapılmıştır. Bu durum çalışmanın amacıyla örtüşse de sonuçların topluma genellenmesine engel olabilir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya katılanların üçte biri erkek, üçte ikisi kadındır ve toplam 900 kişi katılmıştır. Yaş ortalaması $22,89 \pm 1,68$ 'dir. Tablo 1'de araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyodemeografik ve sosyoekonomik tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=900)		
20-25 yaş	850	94,4
26 yaş ve üstü	50	5,6
Cinsiyet (n=900)		
Erkek	288	32,0
Kadın	612	68,0
Eğitim Görülen Fakülte (n=900)		
Diş Hekimliği	118	13,1
Sağlık Bilimleri	372	41,3
Tıp	410	45,6
Ailenin Ortalama Aylık Geliri (n=900)		
2500 TL ve Altı	100	11,1
2501-5000 TL	341	37,9
5001-7500 TL	239	26,5
7501-10000 TL	124	13,8
10001 TL ve Üstü	96	10,7
Bireyin Ortalama Aylık Harcaması (n=900)		
1000 TL ve Altı	454	50,4
1001-3000 TL	413	45,9
3001-5000 TL	27	3,0
5001 TL ve Üstü	6	0,7
İkamet Durumu (n=900)		
Aile ile	256	28,4
Evde Arkadaş İle	268	29,8
Evde Tek	54	6,0
Devlet Yurdu	215	23,9
Özel Yurt	93	10,3
Diğer	14	1,6

*: Sütun Yüzdesi

Katılımcıların yaş ortalaması $22,89 \pm 1,68$ ve ortanca değeri 23 (min=20, max=38). Katılımcıların %68'i kadın, %32'si erkektir. Katılımcıların eğitim gördüğü fakülteler %45.6'sı tıp, %41.3'ü sağlık bilimleri, %13.1'i diş hekimliğidir. Katılımcıların ailelerinin ortalama aylık gelirlerine bakıldığında %37.9'u 2501-5000 TL, %26.5'i 5001-7500 TL olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama aylık harcamalarına bakıldığında %50.4'ü 1000 TL ve altı, %45.9'u 1001-3000 TL olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %29.8'i evde arkadaşı ile, %28.4'ü ailesi ile birlikte ikamet etmektedir.

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin ebeveylelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ebeveylelerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Baba Eğitim Durumu (n=900)		
Okuryazar Değil	4	0,4
İlkokul	162	18,0
Ortaokul	89	9,9
Lise	212	23,9
Üniversite/Yüksekokul	433	48,1
Anne Eğitim Durumu (n=900)		
Okuryazar Değil	36	4,0
İlkokul	285	31,7
Ortaokul	108	12,0
Lise	256	28,4
Üniversite/Yüksekokul	215	23,9
Ebeveynlerin Durumu (n=900)		
Anne-Baba Birlikte Evli	832	92,4
Anne-Baba Ayrı Boşanmış	32	3,6
Anne Ölmüş	7	0,8
Baba Ölmüş	24	2,7
Anne-Baba Ölmüş	5	0,5

*: Sütun Yüzdesi

Katılımcıların babalarının eğitim durumu incelendiğinde %23,9’u lise mezunu ve %48,1’i üniversite/yüksekokul mezunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu incelendiğinde %28,4’ü lise mezunu, %23,9’u üniversite/yüksekokul mezunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların ebeveynlerin durumu incelendiğinde % 92,4’ünün anne-babası birlikte evlidir.

Tablo 3’de araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Sigara Kullanma Durumu (n=900)		
Sigara İçmeyenler	727	80,8
Sigara İçenler	173	19,2
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Durumu (n=900)		
Yok	778	86,4
Var	122	13,6
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=900)		
Yok	787	87,4
Var	113	12,6
Tanı Konulmuş Psikolojik Hastalık Olma Durumu (n=900)		
Hayır	785	87,2
Evet	115	12,8
Psikolojik Sorun İçin Uzman Kişiden Yardım Alma Durumu (n=900)		
Hayır	712	79,1
Evet	188	20,9
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu** (n=900)		
Hayır	602	66,9
Evet	298	33,1
Hobi Sahibi Olma Durumu (n=900)		
Hayır	291	32,3
Evet	609	67,7

*: Sütun Yüzdesi

** : Haftada 3 gün 30-60 Dakikalık Bir Fiziksel Aktivite

Katılımcıların %19,2’si sigara içmektedir. Katılımcıların %13,6’sının tanı konulmuş kronik hastalığı vardır ve %12,6’sı düzenli ilaç kullanmaktadır. %12,8’inin tanı konulmuş psikolojik hastalığı varken, % 20,9’u psikolojik sorunu için uzman kişiden yardım almıştır. Katılımcılardan %33,1’u düzenli fiziksel aktivite yaparken, % 67,7’sinin hobisi vardır.

Tablo 4'te araştırmaya katılan bireylerin meslek ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce Durumu (n=900)		
Doğru Seçim Yaptım	440	48,9
Yanlış Seçim yaptım/Kararsızım	460	51,1
Gelecekle İlgili Mesleksel Kaygı Durumu (n=900)		
Evet	605	32,8
Hayır	295	67,8
Nöbet Tutma Durumu (n=900)		
Evet	385	42,8
Hayır	515	57,2
Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)		
Evet	202	22,4
Hayır	698	77,6
Hastane Çalışanları** Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)		
Evet	353	39,2
Hayır	547	60,8
Mesleki Bilgi Düzeyi ve Pratik Uygulama Açısından Kendini Yeterli Hissetme Durumu (n=900)		
Evet	267	29,7
Hayır/Kararsızım	633	70,3

*: Sütun Yüzdesi

** : Akademik Personel, Asistan Doktor, Hemşire, Diğer Sağlık Personeli

Katılımcıların %48,9'u doğru seçim yaptığını %51,1'i ise yanlış seçim yaptığını veya kararsız olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %32,8'i gelecekle ilgili mesleksel kaygıya sahip olduğunu %67,2'si ise gelecekle ilgili mesleksel kaygısı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %42,8'si nöbet tutmaktadır. Katılımcıların %22,4'sı hasta veya hasta yakınları tarafından, %39,2'si hastane çalışanları

tarafından şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %29,7'si mesleki bilgi düzeyi ve pratik uygulama açısından kendisini yeterli hissetmektedir. Tablo 5'te araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		BDÖ Puanı			
		16 Puan ve Altı		17 Puan ve Üstü	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=900)					
	Erkek	231	80,2	57	19,8
	Kadın	448	73,2	164	26,8
$\chi^2=5,188$ p=0,023					
Eğitim Görülen Fakülte (n=900)					
	Diş Hekimliği	64	54,2	54	45,8
	Sağlık Bilimleri	272	73,1	100	26,9
	Tıp	343	83,7	67	16,3
$\chi^2=44,665$ p<0,001					
Ailenin Ortalama Aylık Geliri (n=900)					
	10000 tl ve altı	602	74,9	202	25,1
	10001tl ve üstü	77	80,2	19	19,8
$\chi^2=1,316$ p=0,251					
Bireyin Ortalama Aylık Harcaması (n=900)					
	1000 tl ve Altı	347	76,4	107	23,6
	1001 tl ve Üstü	332	74,4	114	25,6
$\chi^2=0,482$ p=0,488					
Anne Eğitim Durumu (n=900)					
	Okuryazar Değil/ İlkokul / Ortaokul / Lise	516	75,3	169	24,7
	Üniversite / Yüksek Okul	163	75,8	52	24,2
$\chi^2=0,021$ p=0,885					
Baba Eğitim Durumu (n=900)					
	Okuryazar Değil/ İlkokul / Ortaokul / Lise	337	72,2	130	27,8
	Üniversite / Yüksek Okul	342	79,0	91	21,0
$\chi^2=5,643$ p=0,018					
Ebeveyn Durumu (n=900)					
	Birlikte / Evli	639	76,8	193	23,2
	Ayrı / Vefat	40	58,8	28	41,2
$\chi^2=10,969$ p=0,001					

*: Satır Yüzdesi

Cinsiyet, eğitim görülen fakülte ve baba eğitim durumuna ile Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Fakültelerin Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma

durumları ikili olarak karşılaştırıldığında; Post-hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır ve anlamlılık değeri $p<0,017$ olarak kabul edilmiştir.

Diş hekimliği ve tıp fakülteleri ikili karşılaştırmasında Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$). Diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri ikili karşılaştırmasında Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$). Tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakülteleri ikili karşılaştırmasında Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$).

Ailenin ortalama aylık geliri, bireyin ortalama aylık harcaması ve anne eğitim durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6’te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı Ankara, 2019.

		BDÖ Puanı			
		16 Puan ve Altı		17 Puan ve Üstü	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Sigara Kullanma Durumu (n=900)					
	Sigara İçmeyenler	571	78,5	156	21,5
	Sigara İçenler	108	62,4	65	37,6
$\chi^2=19,587$ p<0,001					
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Durumu (n=900)					
	Yok	605	77,8	173	22,2
	Var	74	60,7	48	39,3
$\chi^2=16,661$ p<0,001					
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=900)					
	Yok	613	77,9	174	22,1
	Var	66	58,4	47	41,6
$\chi^2=20,248$ p<0,001					
Tanı Konulmuş Psikolojik Hastalık Olma Durumu (n=900)					
	Hayır	619	78,9	166	21,1
	Evet	60	52,2	55	47,8
$\chi^2=38,540$ p<0,001					
Psikolojik Sorun İçin Uzman Kişiden Yardım Alma Durumu (n=900)					
	Hayır	575	80,8	137	19,2
	Evet	104	55,3	84	44,7
$\chi^2=51,955$ p<0,001					
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu **(n=900)					
	Hayır	441	73,3	161	26,7
	Evet	238	79,9	60	20,1
$\chi^2=4,701$ p=0,03					
Hobi Sahibi Olma Durumu (n=900)					
	Hayır	203	69,8	88	30,2
	Evet	476	78,2	133	21,8
$\chi^2=7,502$ p=0,006					

*: Satır Yüzdesi

**: Haftada 3 gün 30-60 Dakikalık Bir Fiziksel Aktivite

Sigara kullanma durumu, tanı konulmuş kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma, durumu, tanı konulmuş psikolojik hastalık olma durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, hobi sahibi olma durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin meslek ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		BDÖ Puanı			
		16 Puan ve Altı		17 Puan Ve Üstü	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce Durumu (n=900)					
	Doğru seçim yaptım	370	84,1	70	15,9
	Yanlış seçim yaptım/Kararsızım	309	67,2	151	32,8
$\chi^2=34,741$ p<0,001					
Gelecekle İlgili Mesleksi Kaygı Durumu (n=900)					
	Hayır	246	83,4	49	16,6
	Evet	433	71,6	172	28,4
$\chi^2=14,954$ p<0,001					
Nöbet Tutma Durumu (n=900)					
	Hayır	357	69,3	158	30,7
	Evet	322	83,6	63	16,4
$\chi^2=24,372$ p<0,001					
Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)					
	Hayır	539	77,2	159	22,8
	Evet	140	69,3	62	30,7
$\chi^2=5,296$ p=0,021					
Hastane Çalışanları** Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)					
	Hayır	445	81,4	102	18,6
	Evet	234	66,3	119	33,7
$\chi^2=26,279$ p<0,001					
Mesleki Bilgi Düzeyi, Pratik Uygulama Açısından Kendini Yeterli Hissetme Durumu (n=900)					
	Hayır/Kararsızım	467	73,8	166	26,2
	Evet	212	79,4	55	20,6
$\chi^2=3,207$ p=0,073					

*: Satır Yüzdesi

** : Akademik Personel, Asistan Doktor, Hemşire, Diğer Sağlık Personeli

Meslek seçimi konusundaki düşünce durumu, gelecekle ilgili mesleksel kaygı durumu, nöbet tutma durumu, hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma durumu, hastane çalışanları tarafından şiddete maruz kalma durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme ile Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 8’de araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre algılanan stres düzeyi ölçeği puanlarının dağılımı incelenmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Ve Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		ASD Puanı Median (min-max)	*P Değeri
Cinsiyet (n=900)			
	Erkek	27 (6-56)	<0,001*
	Kadın	29 (4-56)	
Eğitim Görülen Fakülte (n=900)			
	Diş Hekimliği	31 (6-56)	<0,001**
	Sağlık Bilimleri	29 (8-56)	
	Tıp	27 (4-50)	
Ebeveyn Durumu (n=900)			
	Birlikte/Evli	28 (4-56)	=0,53*
	Ayrı/Vefat	28,5 (11-48)	
Anne Eğitim Durumu (n=900)			
	Okuryazardeğil/ilkokul/ortaokul/lise	28 (7-56)	=0,13*
	Üniversite/yüksekokul	28 (4-50)	
Baba Eğitim Durumu (n=900)			
	Okuryazardeğil/ilkokul/ortaokul/lise	29 (9-56)	<0,001*
	Üniversite/yüksekokul	28 (4-52)	
Ailenin Ortalama Aylık Geliri (n=900)			
	10000 TL Ve Altı	28 (4-56)	=0,001*
	10001 TL Ve Üstü	25 (5-50)	
Bireyin Ortalama Aylık Harcaması (n=900)			
	1000 TL Ve Altı	28,5 (7-56)	=0,05*
	10001 TL Ve Üstü	28 (4-56)	

*: Mann-Whitney U Test

**: Kruskal-Wallis Test (Post Hoc-Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U Testi)

Katılımcıların cinsiyet, fakülte, baba eğitim durumu ve ailenin aylık ortalama gelirine göre algılanan stres düzeyi ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0,05$). Kadınların erkeklere, baba eğitim durumu okuryazar değil/ilkokul/ortaokul/lisenin olanların üniversite/yüksekokul olanlara ve ailenin ortalama aylık geliri 10000 TL ve altı olanların 10001 TL ve üstü olanlara göre ortanca değeri daha yüksektir.

Fakülteye göre algılanan stres düzeyi ölçeği puanları ikili olarak karşılaştırılmıştır. Post-hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır ve anlamlılık değeri $p<0,017$ olarak kabul edilmiştir. Diş hekimliği fakültesi-tıp fakültesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0,017$). Diş hekimliği fakültesinin ortanca değeri tıp fakültesinden yüksektir. Tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$). Sağlık bilimleri fakültesinin ortanca değeri tıp fakültesinden yüksektir. Diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesi arasında algılanan stres düzeyi ölçeği puanına göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,017$). Ebeveyn durumu, anne eğitim durumu ve bireyin ortalama aylık harcaması ile algılanan stres düzeyi ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 9’da araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerine göre algılanan stres düzeyi ölçeği puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı Ankara, 2019.

		ASD Puanı Median (min-max)	*P Değeri
Sigara Kullanma Durumu (n=900)			
	Sigara İçmeyenler	28 (4-56)	0,202
	Sigara İçenler	28 (6-56)	
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Durumu (n=900)			
	Yok	28 (4-56)	<0,001
	Var	30 (13-56)	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=900)			
	Yok	28 (5-56)	0,008
	Var	30 (4-56)	
Tanı Konulmuş Psikolojik Hastalık Olma Durumu(n=900)			
	Hayır	28 (4-56)	<0,001
	Evet	32 (5-56)	
Psikolojik Sorun İçin Uzman Kişiden Yardım Alma Durumu (n=900)			
	Hayır	28 (4-55)	<0,001
	Evet	30 (5-56)	
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=900)			
	Hayır	29 (8-56)	<0,001
	Evet	27 (4-49)	
Hobi Sahibi Olma Durumu (n=900)			
	Hayır	30 (7-56)	<0,001
	Evet	28 (4-56)	

*: Mann-Whitney U Test

Katılımcılardan tanı konulmuş kronik hastalığı olanların, tanı konulmuş psikolojik hastalığı olanların ve psikolojik sorun için uzman kişiden yardım alanların algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$).

Katılımcılardan düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile hobi sahibi olmayanların algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksek olarak tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$).

Katılımcılardan düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak fark vardır ($p < 0,05$). Bu araştırmada sigara içenlerle içmeyenlerin algılanan stres düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 10’da araştırmaya katılan bireylerin meslek ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerine göre algılanan stres düzeyi puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeyi Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		ASD Puanı Median (min-max)	*P Değeri
Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce Durumu (n=900)			
	Doğru Seçim Yaptım	27 (5-56)	<0,001**
	Yanlış Seçim Yaptım/ Kararsızım	30 (4-56)	
Gelecekle İlgili Mesleksel Kaygı Durumu (n=900)			
	Hayır	26 (4-56)	<0,001**
	Evet	30 (6-56)	
Nöbet Tutma Durumu (n=900)			
	Hayır	30 (6-56)	<0,001**
	Evet	27 (4-53)	
Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)			
	Hayır	28 (4-56)	0,053**
	Evet	29 (7-52)	
Hastane Çalışanları* Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)			
	Hayır	28 (4-56)	<0,001**
	Evet	30 (8-56)	
Mesleki Bilgi Düzeyi, Pratik Uygulama Açısından Kendini Yeterli Hissetme Durumu (n=900)			
	Hayır/Kararsızım	29 (7-56)	<0,001**
	Evet	27 (4-52)	

*: Akademik Personel, Asistan Doktor, Hemşire, Diğer Sağlık Personeli

** : Mann-Whitney U Test

Katılımcılardan meslek seçimi konusunda yanlış seçim yaptım/ kararsızım diyenlerin algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Gelecekle ilgili mesleksel kaygı duyanların algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Katılımcılardan nöbet tutmayanların algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0,05$).

Hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalanlarla kalmayanların algılanan stres düzeyi ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0,05$).

Hastane çalışanları tarafından şiddete maruz kalanların algılanan stres düzeyi ortanca puanlarının daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Mesleki bilgi düzeyi ve pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumuna göre Hayır/Kararsızım seçeneklerini işaretleyenlerin algılanan stres düzeyi ortanca puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin eğitim gördükleri fakültelere göre bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Gördükleri Fakültelere Göre Bazı Özelliklerinin Dağılımı Ankara, 2019.

	Eğitim Görülen Fakülte					
	Diş Hekimliği Fakültesi		Sağlık Bilimleri Fakültesi		Tıp Fakültesi	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Sigara Kullanma Durumu (n=900)						
Sigara içmeyen	78	66,1	325	87,4	324	79,0
Sigara içen	40	33,9	47	12,6	86	21,0
$\chi^2=27,578^{**}$ p<0,001						
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=900)						
Hayır	78	66,1	255	68,5	269	65,6
Evet	40	33,9	117	31,5	141	34,4
$\chi^2=0,798^{**}$ p=0,671						
Hobi Sahibi Olma Durumu (n=900)						
Hayır	39	33,1	100	26,9	152	37,1
Evet	79	66,9	272	73,1	258	62,9
$\chi^2=9,291^{**}$ p=0,010						
Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce Durumu (n=900)						
Doğru seçim yaptım	63	53,4	149	40,1	228	55,6
Yanlış Seçim Yaptım/ Kararsızım	55	46,6	223	59,9	182	44,4
$\chi^2=19,989^{**}$ p<0,001						
Hasta veya Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)						
Hayır	79	66,9	339	91,1	280	68,3
Evet	39	33,1	33	8,9	130	31,7
$\chi^2=67,209^{**}$ p<0,001						
Hastane Çalışanları*** Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=900)						
Hayır	46	39,0	282	75,8	219	53,4
Evet	72	61,0	90	24,2	191	46,6
$\chi^2=68,083^{**}$ p<0,001						
Mesleki Bilgi Düzeyi, Pratik Uygulama Açısından Kendini Yeterli Hissetme Durumu (n=900)						
Hayır/Kararsızım	52	44,1	275	73,9	306	74,6
Evet	66	55,9	97	26,1	104	25,4
$\chi^2=44,948^{**}$ p<0,001						

*: Sütun Yüzdesi

** : Pearson Ki-kare Testi

***: Akademik Personel, Asistan Doktor, Hemşire, Diğer Sağlık Personeli

Sigara kullanma durumu, hobi sahibi olma durumu, meslek seçimi konusundaki düşünce durumu, hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma durumu, hastane çalışanları tarafından şiddete maruz kalma durumu, mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumuna göre eğitim görülen fakülteler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0,05$). Bu değişkenlere göre fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır, Post-hoc Bonferroni düzeltilmesi yapılmıştır ve anlamlılık değeri $p<0,017$ olarak kabul edilmiştir.

Sigara kullanma durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Diş hekimliği fakültesi ve tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$).

Hobi sahibi olma durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$).

Meslek seçimi konusundaki düşünce durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi karşılaştırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,017$).

Hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi ve tıp fakültesi-sağlık bilimleri fakültesi karşılaştırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$).

Hastane çalışanları tarafından şiddete maruz kalma durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi, diş hekimliği fakültesi ve tıp fakültesi, tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi karşılaştırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,017$).

Mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumuna göre eğitim görülen fakülteler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Diş hekimliği fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi, diş hekimliği fakültesi ve tıp fakültesi karşılaştırmaları arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0,017$).

Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu göre eğitim görülen fakülteler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 12’de araştırmaya katılan bireylerin meslek seçimi nedenlerinin eğitim görülen fakülteye göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Meslek Seçimi Nedenlerinin Fakülteye Göre Dağılımı, Ankara, 2019.

	Eğitim Görülen Fakülte					
	Dış Hekimliği Fakültesi		Sağlık Bilimleri Fakültesi		Tıp Fakültesi	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Meslek Seçimini Yapma Nedeni **						
Kendi İsteği ile	84	71,2	230	61,8	292	71,2
Aile ve Çevre Yönlendirmesi ile	22	18,6	83	22,3	109	26,6
İnsanlara Yardımcı Olmak Amacı ile	17	14,4	63	16,9	51	12,4
İş Bulma İmkanlarının Kolay Olması	28	23,7	81	21,8	72	17,6
Diğer	5	4,2	14	3,8	5	1,2

*: Sütun Yüzdesi

** : Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

Dış hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 71,2’si; sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 61,8’i; tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 71,2’si kendi isteği ile tercih yapmıştır.

Dış hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 18,6’sı; sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 22,3’ü; tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 26,6’sı aile ve çevre yönlendirmesi ile tercih yapmıştır.

Diş hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 14,4'ü; sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 16,9'u; tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 12,4'ü insanlara yardımcı olmak amacı ile tercih yapmıştır.

Diş hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 23,7'si; sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 21,8'i; tıp fakültesine fakültesinde eğitim gören öğrencilerin % 17,6'sı iş bulma imkanlarının kolay olması sebebi ile tercih yapmıştır.

Tablo 13'de araştırmaya katılan bireylerin Beck depresyon ölçeği puanlarına göre algılanan stres düzeyi puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Algılanan Stres Düzeyi Puanlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		ASD Puanı Median (min-max)	*P Değeri
BDO Puanı (n=900)			
	16 Puan ve Altı	27 (4-45)	<0,001
	17 Puan ve Üstü	36 (12-56)	

*: Mann-Whitney U Test

BDÖ'den 17 ve üstü puan alanlar ile 16 puan ve altı alanların ASD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). BDÖ puanı 16 puan ve altı olanların ASD puanı ortanca değeri 27 (min=4, max=45)'dir. BDÖ puanı 17 ve üstü puan olanların ASD puanı ortanca değeri 36 (min=12, max=56)'dır.

Algılanan stres düzeyi puanı ile Beck depresyon ölçeği puanı arasında pozitif ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,646$, $p<0,05$). Algılanan stres düzeyi puanı arttıkça Beck depresyon ölçeği puanı da artmaktadır.

Tablo 14’te Beck Depresyon Ölçeği’nden 17 ve üstü puan alanların lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

Tablo 14. Beck Depresyon Ölçeği’nden 17 ve Üstü Puan Alanların Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2019.

	İncelenen Değişken	OR*	Güven Aralığı	P Değeri
Algılanan Stres Düzeyi Puanı		1,249	1,204-1,296	<0,001
Cinsiyet	Erkek (ref)	-		
	Kadın	0,699	0,435- 1,123	0,139
Eğitim Görülen Fakülte	Tıp Fakültesi (ref)	-		
	Diş Hekimliği Fakültesi	3,490	1,913- 6,365	<0,001
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	1,499	0,907- 2,478	0,114
Psikolojik Hastalık**	Hayır (ref)	-		
	Evet	2,520	1,469- 4,320	0,001
Hastane Çalışanı Şiddeti***	Hayır (ref)	-		
	Evet	1,896	1,233- 2,916	0,004
Ebeveyn Durumu	Birlikte/Evli (ref)	-		
	Ayrı/Vefat	2,665	1,293- 5,494	0,008
Meslek Seçimi Konusundaki Düşünce	Doğru seçim yaptım (ref)	-		
	Yanlış seçim yaptım /kararsızım	1,631	1,081- 2,461	0,020
Mesleki Açidan Kendini Yeterli Hissetme****	Evet (ref)	-		
	Hayır/ Kararsızım	1,468	0,911- 2,367	0,115

*: Odds Ratio

** : Tanı Konulmuş Psikolojik Hastalık Olma Durumu

***: Akademik Personel, Asistan Doktor, Hemşire, Diğer Sağlık Personeli

****: Mesleki Bilgi Düzeyi Ve Pratik Uygulama

Modele; algılanan stres düzeyi puanı, cinsiyet, bulunduğu fakülte, tanı konmuş psikolojik hastalık, hastane çalışanları tarafından şiddete maruziyet, ebeveyn durumu, seçtiği meslek hakkındaki düşüncesi, mesleki açıdan kendini yeterli hissetme durumu dâhil edilmiştir. Buna göre;

Algılanan stres düzeyi puanındaki 1 birimlik artış, Beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riskinde 1,3 kat artışa neden olmaktadır.

Tıp fakültesi referans alındığında, diş hekimliği fakültesinde okuyanların beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riski 3,5 kat yüksektir.

Tanı konmuş psikolojik hastalığı olanların, olmayanlara göre beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riski 2,5 kat yüksektir.

Hastane çalışanları tarafından şiddete uğrayanların, uğramayanlara göre beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riski 1,9 kat yüksektir.

Anne ve babası birlikte/evli olanlar referans alındığında, anne ve babası ayrı olanların veya vefat etmiş olanların beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riski 2,7 kat yüksektir.

Meslek seçimi konusunda yanlış seçim yaptım veya kararsızım diyenlerin beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riski doğru seçim yaptım diyenlere göre 1,6 kat yüksektir.

Cinsiyet ve mesleki açıdan kendini yeterli hissetme değişkenlerinin beck depresyon ölçeğinden 17 ve üstü puan alma riskindeki artışa etkisi olmadığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Gazi Üniversitesi tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri son sınıf öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve depresyon belirtileri sıklığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinin son sınıf öğrencilerinin katılımıyla gerçekleşmiştir. Tıp Fakültesinden 410 kişi, Diş Hekimliği Fakültesinden 118, Sağlık Bilimleri Fakültesinden 372 olmak üzere toplamda 900 öğrenci çalışmaya katılmıştır.

Bu çalışmaya katılanların üçte biri erkek, üçte ikisi kadındır. Yaş ortalaması $22,89 \pm 1,68$ ve tamamına yakını 20-25 yaş aralığında, vücut kütle indeksi dörtte üçünün normal, yarısından fazlasının gelir düzeyi 2501-7500 Türk lirası arasında ve bireysel ortalama aylık harcamaları da tamamına yakınının 3000 Türk lirasının altındadır. Ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri göz önüne alındığında baba eğitim durumu dörtte üçü lise veya üniversite mezunu, anne eğitim durumları yarısının lise veya üniversite mezunudur. Tamamına yakının ebeveynleri evli ve birlikte yaşamaktadır.

Öğrencilerden çoğu sigara kullanmıyor, kronik bir hastalığı yok, düzenli bir ilaç kullanmamaktadır. Çoğu herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış ve bir tedavi görmemiştir. Yarısından fazlasının da herhangi bir hobisi var ve yaklaşık üçte birinin düzenli fiziksel aktiviteleri mevcuttur.

Meslek parametreleri düşünüldüğünde meslek seçimi kararı açısından yarısı doğru seçim yaptığını düşünmektedir. Üçte birinin mesleksen geleceği ile ilgili

kaygısı vardır. Yarısından fazlası nöbet tutmamaktadır. Dörtte biri hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel/sözel şiddete maruz kalmış hatta yaklaşık %40'ı bu problemi hastane çalışanları ile yaşamıştır. Öğrencilerin üçte biri kendini mesleki bilgi düzeyi ve pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetmektedir.

Öğrencilerin Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde katılımcıların %24,6'sı 17 ve üstü puan almıştır ve ortalama puanları da 12,38'dir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın katılımcıların %26,8'i 17 ve üstü puan almıştır ve ortalama puanları da 12,94'tür. Erkek katılımcıların %19,8'i 17 ve üstü puan almıştır ve ortalama puanları da 9,71'dir. Bir sistematik derlemede üniversite öğrencilerinde ortalama depresyon prevalansının %30.6 olduğunu ve oranların %10 ile %85 arasında değiştiğini göstermektedir(40). Bayram ve Bilgel yaptığı bir çalışmada Türk üniversite öğrencilerinin %27,1'inde orta ve yüksek depresyon semptomların olduğu bulunmuştur(8).

Öğrencilerin algılanan stres düzeyi ölçeğine göre ortalama stres puanları 28,46 olup cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kadınların ortalaması 29,59 ve erkeklerin ortalaması 26,13'tür. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin %23'ünde klinik depresyonda %57'sinin psikolojik stres altında olduğu belirlenmiştir(29).

Bu çalışmaya katılan tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri son sınıf öğrencilerinde depresyon ve algılanan stres düzeyinin; sağlık çalışanı-hasta arası ilişki, pratik uygulamanın fazla olması, staj döneminde gece nöbetleri gibi

nedenlerden dolayı diğer fakültelerdeki öğrencilerden daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan üniversite öğrenciler arasında BDÖ puanları karşılaştırıldığında cinsiyet, eğitim gören fakülte ve baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Kadınların BDÖ'den 17 ve üstü puan alanların oranı %26,8; erkeklerin oranı ise %19,8 olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Almanya, Danimarka, Polonya ve Bulgaristan'da üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada da kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre depresyon semptomlarının sıklığı yüksek olarak bulunmuştur(63). Connell ve arkadaşları(64) ile Khawaja arkadaşlarının(65) yaptığı çalışmalarda da kadınlarda depresyon semptomlarının sıklığı daha fazladır. Kadınlarda erkeklere göre fazla olmasının nedenleri cinsiyet farkından kaynaklanan genetik özellikler, biyolojik ve hormonal farklılıklar, psikolojik etkilenim düzeyinin farklılığı, iş hayatında ve sosyal hayatta farklı sorunlara maruz kalmak olabilir. Depresyona neden olan faktörlerin cinsiyetler de oluşturduğu etkinim düzeyinin de farklı olması önemlidir.

Eğitim görülen fakültelerin BDÖ puanları değerlendirildiğinde 17 ve üstü puan alanların oranları; diş hekimliği fakültesi öğrencileri %45,8; sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri %26,9; tıp fakültesi öğrencileri %16,3'tür. Fakülteler arasındaki depresyon semptomlarının sıklıklarının farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ve en fazla diş hekimliği; en az tıp fakültesindedir. Depresyon semptomlarının diş

hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerinde ğrencilerinde tıp fakültesi öğrencilerine göre yüksek olmasının nedeni diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin mezun olduktan sonra iş bulma kaygısının yüksek olmasından olabilir. Çünkü işsiz kalma kaygısı öğrencilerde depresyon semptomlarının sıklığını arttırabilir. Tıp fakültesindeki öğrencilerin ise depresyon semptomları üzerindeki etkilerden diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerine göre farklılık gösterebilen neden tıpta uzmanlık sınavı ve devlet hizmet yükümlülüğünü nerede yapacağıdır.

Baba eğitim durumuna göre yapılan BD puanlarının karşılaştırılmasında; 17 ve üstü puan alanlarının baba eğitim durumu %21 niversite-yüksekokul; %27 okuryazar değil/ ilkokul / ortaokul / lise mezunudur. Babaları niversite ve yüksekokul eğitim düzeyine sahip olanların depresyon semptomlarının sıklığı daha azdır ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır. Bunun nedeni; yüksek eğitim düzeyindeki babaların çocuklarına karşı daha anlayışlı olmalarından ve çocukları ile benzer eğitim basamaklarından geçmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Babası daha az eğitimi olan öğrencilerin aile ortamına yansıyan beklenti yüksekliği ve bunun gençlerdeki depresyon belirtileri sıklığını arttırması da bu sonucun nedenlerinden olabilir.

Bu çalışmada ailenin ortalama aylık geliri ile depresyon belirtileri sıklığı arasında ilişki bulunmamıştır. Deveci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ekonomik durum ile depresyon arasında ilişki bulunmamıştır(66).

Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre BDÖ puanları 17 ve üstü alanların oranı sigara kullananlarda %37,6; kullanmayanlarda %21,5 aralarındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Sigara kullananlarda depresif belirti sıklığı daha fazladır. Mackenzie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içenlerde depresyon belirtileri sıklığı fazla olarak bulunmuştur(67). Lenz yaptığı çalışma depresyon hikayesi olanlarda sigara kullanımının yedi kat fazla olduğunu belirtmiştir(68). Manley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da majör depresyon ile alkol ve sigara bağımlılığı arası ilişki olduğu belirtilmektedir(69). Sigara kullanma durumu ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Sigara içmek depresyon belirtilerinin sıklığını artırabileceği gibi; depresyon belirtileri fazla olan kişilerde sigara içme oranı fazla olabilir.

Öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumu bakımından BDÖ puanlarına bakıldığında düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların depresyon belirtileri daha düşük bulunmuştur. Fiziksel aktivite farklı yollarla depresyon belirtilerinin daha az görülmesine etki edebilir. Egzersiz β -endorfinlerin, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırarak fizyolojik bir etkiye sahip olabilir(70). Ghaedi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da depresyon belirtilerinin sıklığı ile fiziksel aktivite arasında ters ilişki bulunmuştur(71). Başka bir çalışmada da fiziksel aktivite ile depresif belirtilerin sıklığı arasında ters ilişki bulunmuştur(72). Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kişiler bu sayede boş zamanlarını da değerlendirdikleri için depresyon belirtilerinin sıklığı azabilir veya oluşmasının da önüne geçilebilir. Yine aynı şekilde toplu olarak yapılan fiziksel

aktivitelerde de takım olmanın verdiği motivasyon da depresyondan koruyucu olabilir.

Öğrencilerin kronik hastalığı olma durumu incelendiğinde; BDÖ'den 17 ve üstü puan alma oranları kronik hastalığı olanların %39,3; kronik hastalığı olmayanların %22,2.'dir. Kronik hastalığı olanlarda daha fazla depresyon belirtileri görülmektedir. Depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebildiği ya da kronik bir hastalığın depresyona neden olabildiği belirtilmektedir(73). Hür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü bulunmuştur(74). Kronik hastalığı olan bireyler hem bireysel ihtiyaçlarını karşılamada zorlanacak hem de iş ve eğitim hayatlarında da birçok zorlukla karşılaşabilecektir. Bu durumda bu bireylerde depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilir. Özellikle genç bireylerde daha fazla görülebilir. Yaşlı bireylerde kronik hastalığın kabullenmesi daha kolay olmaktadır. Ancak genç bireyler için zor bir durumdur ve genç bireylerde depresif belirtilerin görülmesini artırabilmektedir.

Hobi sahibi olma durumu ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında da ters bir ilişki vardır. BDÖ'den 17 ve üstü puan alma oranları hobi sahibi olanlarda %21,8; hobi sahibi olmayanlarda %30,2'dir ve fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Kişilerin bir hobi yaparak keyif verici bir uğraş yaptıkları için depresyon belirtileri sıklığı daha düşük olabilir.

Başka bir psikolojik hastalığı olanların depresyon belirtileri oranları daha yüksektir. Psikiyatrik bozukluklar, depresyonu olmayan bireylere kıyasla, minör

depresyonu olan bireylerin iki katında görülmüştür(75). Başka bir psikoloji hastalık kişinin yaşamını etkilediği içinde depresyon belirtileri artıyor olabilir. Ya da fizyolojik ve biyolojik mekabizmalarda da depresyona neden olabilecek değişiklikler gelişmesi nedeniyle de olabilir.

Öğrencilerin meslek seçimi konusundaki düşünce durumu; BDÖ'den 17 ve üstü puan alma oranları doğru seçim yaptım diyenlerin %15,9; yanlış seçim yaptım veya kararsızım diyenlerin oranı %32,8'dir. Doğru seçim yaptım diyenlerin BDÖ'den 17 ve üstü puan alma oranı daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Bunun sebebi istedeği mesleği yapmanın kişileri mutlu etmesi ve stres düzeyini azaltması olabilir. Bir mesleğin çalışma şartlarını ve çalışma alanlarını bilerek ve isteyerek seçmek; kişilerin o mesleği gerektiği şekilde yapabilmesini, bu meslekte çalışanların verdiği hizmetten memnun kalmasını, kişilerin yorgunluk hissetmemelerini, strese ilişkili sağlık problemleri yaşamamalarını sağlarken hizmet alan kişilerin de fayda görmesini ve memnun kalmasını sağlar(76). Gelecekle ilgili mesleksel kaygı durumları incelendiğinde kaygılı olanların BDÖ puanları daha yüksektir. Ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bunun nedeni kaygılı ruh halinin kişilerde depresyon belirtilerini artırması olabilir. Kaygılı olmayı gelecekle ilgili belirsizlikler neden olabileceğinden yine aynı belirsizlik durumunun da depresyon belirtilerini artırabilmektedir.

Öğrencilerin hasta veya hasta yakınlarından şiddete maruz kalma durumlarının BDÖ'den 17 ve üstü puan alanların oranları karşılaştırıldığında şiddete maruz kalanların oranı %30,7; maruz kalmayanların oranı %22,8'dir. Hasta

veya hasta yakınlarından şiddete maruz kalmak depresif belirtilerin sıklığı artırmaktadır. Şiddete maruz kalmak kişilerin psikolojik durumunu bozabilmektedir. Bu durum da depresif belirtilerin artmasına neden olabilir. Şiddete maruz kalan kişilerin yaptıkları işten memnuniyetleri azalabileceği için ortaya çıkacak bu memnuniyetsiz durumda depresyon belirtilerinin fazla olmasını açıklayabilir. Hastane çalışanlarından şiddete maruz kalanların BDÖ'den 17 ve üstü puan alma oranları daha fazladır. Aynı şekilde şiddet kişilerin ruh sağlığını bozabileceği için depresyon belirtilerinin sıklığı artabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin algılanan stres düzeyi (ASD) puanları çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Cinsiyete göre algılanan stres düzeyi puanları karşılaştırıldığında kadınların puanı (ortanca=29); erkeklerin puanına (ortanca=27) göre yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Misra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da algılanan stres düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur(77). Başka bir çalışmada da kadınların algılanan stres düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur(78). Kadınlar psikolojik, biyolojik, genetik gibi nedenlerden dolayı daha yüksek strese sahip olabilirler. Olaylardan ve durumlardan erkeklere göre daha fazla etkilendikleri için stres düzeyi daha yüksek olabilir.

Öğrencilerin ASD puanları eğitim görülen fakültelere göre karşılaştırıldığında diş hekimliği (ortanca=31), tıp fakültesi (ortanca=27) ve sağlık bilimleri fakültesi (ortanca=29)'dir. Eğitim görülen fakülteler arasında stres puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. En yüksek algılanan stres puanı diş hekimliği fakültesi, en düşük algılanan stres düzeyi puanı is sağlık bilimleri

fakültesi öğrencilerindedir. Fakülteler arasında stres puanlarının farklı olmasının nedeni her fakültede farklı stres nedenlerinin olmasından kaynaklanıyor olabilir. Diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerinde tıp fakültesine göre ASD puanının yüksek olmasının nedeni diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerindeki öğrencilerin mezuniyet sonrasında iş bulma kaygısının çok yüksek olması olabilir. Diş hekimliği fakültesinde sağlık bilimlerinde fakültesinden de yüksek olması bu çalışmanın yapıldığı zamanda diş hekimliği fakültesinin sınav zamanı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tıp fakültesi öğrencilerinde böyle bir kaygı olmamasına rağmen tıp fakültesi öğrencilerinin yüksek ASD puanına sahip olması ise staj ve eğitim programlarının yüksek olması, gece nöbet tutmaları olabilir. Tıp fakültesi öğrencilerinde tıpta uzmanlık sınavı ve devlet hizmet yükümlülüğünden kaynaklanmakta da olabilir.

Araştırmaya katılan bireyler ailelerinin ortalama aylık geliri açısından incelendiğinde ortalama aylık geliri 10000 TL ve altı olanların ASD puanı, ortalama aylık geliri 10000 TL ve üstü olanlara göre daha fazladır. Gelirin düşük olması bireysel ekonomik ihtiyaçlarının karşınlmasında güçlük çekecek bu da kişide stresin yükselmesine neden olabilir. Öncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada zorunlu ihtiyaçlarını karşılamada güçlük çeken öğrencilerin stres düzeyi yüksek olarak bulunmuştur(79).

Baba eğitim durumu üniversite ve yüksekokul mezunu olanların algılanan stres düzeyi daha düşük bulunmuştur. Babasının eğitim seviyesi yüksek olanların gelir seviyeside yüksek olabilir bu da stresin düşük olmasına neden olabilir. Ayrıca

eğitim seviyesi yüksek baba, çocuğuna daha anlayışlı yaklaşabilir. Bu durumda çocukta daha az strese görülmesini açıklayabilir.

Bu çalışmada sigara içenler ve içmeyenler arasında ASD) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Farklı çalışmalarda sigara içme ile algılanan stres arasında ilişki olduğunu gösteren ve ilişki olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme ile stres puanı arasında bir fark bulunmamıştır(12). Ancak Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara içenlerde stres düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Tanı konulmuş kronik hastalığı olma açısından ASD puanları karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanların algılanan stres puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekim tanıli hastalığı olanlarda algılanan stres daha yüksek olarak bulunmuştur(80). Bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı ayrılmaz bir bütün olduğu için kronik hastalık varlığı bireylerin ruhsal sağlığının da bozulmasına neden olabilir. Kronik hastalığı olan kişiler günlük işlerini yaparken zorlanabilir. Bu durum kişide strese neden olabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık harcamaları da artacağı için bireyler bu yönden de çeşitli zorluklarla karşılaşabilir.

Bu araştırmaya katılan bireylerde tanı konulmuş psikolojik hastalık olma durumu açısından ASD puanları karşılaştırıldığında; tanı konulmuş psikolojik hastalığı olanların ASD puanları daha yüksek olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır. Psikolojik bir hastalığın varlığı kişiyi stres oluşturan durumlara ve olaylara karşı daha duyarlı hale getirebilir. Psikolojik hastalığı olan

kişilerin stresle ve stres oluşturabilen durum ve olaylarla başa çıkabilmesi zorlaşabilir.

Bu çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde ASD puanı daha düşük bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapmak hem bedensel hem de ruhsal açıdan koruyucudur. Düzenli fiziksel aktivite yapmak stres düzeyini azaltır. Spor etkinlikleri kişilerin stresle başa çıkabilmesinde oldukça etkili ve psikolojik olarak sağlıklı kalmaları içinde olumlu katkı sağlayabilir(81). Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziksel aktivite yapan kişilerin stres puanları daha düşüktür(12). Düzenli fiziksel egzersizin bedensel olduğu kadar ruhsal sağlık açısından da koruyucu olduğu bilinmektedir(82).

Araştırmaya katılan bireylerin ASD puanları karşılaştırıldığında hobi sahibi olanların ASD puanları daha düşük olarak bulunmuştur. Stresle baş etmede önemli yollardan birisi de hobi yapmak olabilir. Çünkü hobi yaparken kişinin dikkati başka alanlara kayarak stresi azalabilir. Yine hobi yaparken daha eğlenceli zaman geçirilir ve bu da kişinin stres düzeyini ve depresyon belirtilerini azaltır.

Araştırmaya katılan bireylerin meslek seçimi konusundaki düşünce durumu göre aldıkları ASD puanları karşılaştırıldığında doğru seçim yaptım diyenlerin yanlış seçim yaptım veya kararsızım diyenlerin ASD puanları daha düşüktür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Meslek seçimi konusunda doğru seçim yapmak ve yaptığı işten memnun olanlarda algılanan stres düzeyi daha düşüktür. Meslek seçimi konusunda memnun olmayan bireylerin stres düzeyleri daha

yüksektir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bölümünü istemeyerek okuyan öğrencilerin stres düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur(83).

Gelecekle ilgili mesleki kaygı durumuna göre ASD puanları karşılaştırıldığında kaygısı olanların ASD puanları daha yüksektir. Kaygı ve belirsizlik durumları kişilerde strese neden olabilmektedir. Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde gelecekle ilgili mesleksi kaygının nedeni tıpta uzmanlık sınavı ve meslek hayatlarını pratisyen hekim olarak geçirmek de olabilir. Bazı öğrencilerde acil hastaya müdahale etme ve istemeden zarar verme, yanlış tanı koymada kaygı nedeni olabilir. Fakat diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesinde atanamama bu kaygıyı tetikleyebilir. Cihan ve arkadaşlarının tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada gelecekle ilgili mesleki kaygıları olan kişilerin algılanan stres puanları daha yüksek olarak saptanmıştır(84). Son sınıf öğrencilerinde yapılan bu çalışmada çalışmaya katılan bireylerin son sınıf olması nedeniyle yaşamlarında değişimlerin olabileceği bir zaman olması nedeniyle gelecekle ilgili kaygılarının fazla olduğu bir zamandır. Özen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gelecekle ilgili endişelerin strese neden olabileceği bulunmuştur(85).

Öğrencilerin hasta ve hasta yakınlarından şiddete maruz kalma durumuna göre ASD puanları arasında fark bulunmazken; hastane çalışanlarından şiddete maruz kalanlarda ASD puanları daha yüksek olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastane çalışanlarından şiddete maruz kalanların algılanan stres düzeyinin daha yüksek olması; şiddet uygulayan kişi ile şiddete uğrayan kişinin aynı ortamda çalışmak durumunda kalması ve şiddete uğrayan kişinin

de bu durumdan kaçınamaması olabilir. Aynı şekilde şiddet gösteren kişi ile şiddete maruz kalan kişinin aynı ortamda bulunması ve şiddetin tekrarlayan bir boyut kazanmış olabileceğinden de olabilir. Şiddet sağlık alanında artış göstermektedir. Bu da sağlık çalışanlarının stres düzeyini yükselterek hem onların sağlıklarını olumsuz etkilemekte hem de yaşam kalitelerini düşürmektedir. İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların %59,5; intörn doktorların %65,5 mesleki yaşamları boyunca şiddete uğradıkları bulunmuştur(86).

Öğrencilerin mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumuna göre ASD puanları karşılaştırıldığında ise kendisini yetersiz ve yeterliliği konusunda kararsız hissedenlerin ASD puanları daha yüksektir. Mesleki bilgi ve pratik uygulama açısından yetersiz olmak kişilerin yaptığı işi tam anlamıyla yapamamasına neden olacak bu da kişide işi yapıp yapamayacağı konusunda strese neden olabilecektir. Aynı zamanda mesleki bilgi ve pratik uygulama açısından kendisini yetersiz hisseden bireyler işlerinde başarılı olabilir; bu durumun getireceği daha az ekonomik gelir gibi olumsuz sonuçlarda kişide strese neden olabilir.

Eğitim görülen fakültele göre sigara içme, fiziksel aktivite yapma ve hobi sahibi olma durumları istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Sigara içme oranlarına bakıldığında diş hekimliği %33,9; sağlık bilimleri %12,6 ve tıp fakültesi %21'dir. Fakülteler arasında sigara içme sıklığı en az sağlık bilimleri fakültesidir. Bunun nedeni kız öğrenci sayısının diğer fakültelere göre erkek öğrencilerden bu fakültede daha fazla olmasından olabilir. Çünkü kız öğrenciler genel olarak daha az sigara içmektedirler. Diş hekimliği fakültesindeki öğrenciler ise tıp fakültesine göre daha fazla sigara içmektedir. Bunun nedeni diş hekimliği fakültesinde stres düzeyinin ve

depresyon belirtilerinin daha fazla olması olabilir. Diş hekimliği fakültesinde öğrenciler hastane çalışanlarından daha fazla şiddet gördükleri bu çalışmada bulunmuştur. Bu da sigara içme sıklığının fazla olmasının nedeni olabilir. Sigara içme oranları hem diş hekimliği hem de tıp fakültelerinde yüksektir. Bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin sigaranın sağlığa zararlı etkilerini bilmesinin sigara kullanımını daha az etkilediği belirtilmektedir(87).

Fiziksel aktivite yapma sıklıkları karşılaştırıldığında ise en az fiziksel aktivite yapan sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri; en fazla fiziksel aktivite yapan ise tıp fakültesi öğrencileri olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivite sağlığın korunmasında çok önemlidir. Tıp fakültesi öğrencilerinde en yüksek oran bu fakültedeki öğrencilerin sağlıklarını koruma konusunda daha bilinçli olmalarından kaynaklanabilir. Hobi sahibi olma durumları karşılaştırıldığında ise en yüksek hobi sahibi olma oranı sağlık bilimleri; en düşük oran ise tıp fakültesi öğrencilerinde bulunmuştur. Hobi sahibi olma açısından sağlık bilimleri ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin tıp fakültesi öğrencilerine göre daha fazla olmasının nedeni diş ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin daha fazla uygun zamanlarının olması nedeniyle olabilir.

Eğitim görülen fakültere arasında meslek seçimi konusundaki düşünce durumu arasında istatistiksel olarak fark vardır. Yanlış seçim yaptım veya kararsızım cevaplarını verenlerin oranları diş hekimliği % 46,6; sağlık bilimleri % 59,9 ve tıp fakültesinde % 44,4'dür. Yanlış seçim yaptım veya kararsızım cevabını verenler arasında en yüksek oran sağlık bilimleri fakültesindedir. Bu çalışmada sağlık bilimleri fakültesini tercih etme nedenlerini değerlendiren soruda kendi isteğiyle

sağlık bilimlerini tercih edenlerin oranı en düşük olarak bulunmuştur. Daha az kendi isteğiyle tercih edilme oranının daha düşük olması daha sonrasında yanlış seçim yaptım veya kararsızım oranının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet giderek artış göstermektedir. Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin hasta ve hasta yakınlarından fiziksel ve sözel şiddete uğradığını belirtenlerin sıklığı %69,6 olarak bulunmuştur(88). Hasta ve hasta yakınlarından şiddete maruz kalma durumlarına bakıldığında diş hekimliği öğrencileri %33,1; sağlık bilimleri öğrencileri %8,9 ve tıp fakültesi öğrencileri %31,7 evet şiddete maruz kaldım cevabını vermiştir. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri daha az şiddete maruz kalmıştır. Çünkü sağlık bilimlerindeki öğrenciler staj döneminde hasta ve hasta yakınları ile daha az karşı karşıya geliyor olabilir. Diş hekimliği ve tıp fakültesindeki öğrenciler ise staj döneminde hasta ve hasta yakınları ile direkt temas kurmaktadır bu durumda olası tartışma ve şiddete maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Diş hekimliği ve tıp fakültesi karşılaştırıldığında ise diş hekimliği öğrencileri daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Sağlıkta artan şiddet sadece tıp doktorlarını ilgilendiren bir durum değildir. Tüm sağlık çalışanlarını olumsuz etkileyen bir durum oluşturmaktadır.

Hastane çalışanları tarafından şiddete maruz kalma durumu oranları ise diş hekimliği öğrencileride %61; sağlık bilimleri öğrencileride %24,2 ve tıp fakültesi öğrencileride %46,6 olarak bulunmuştur. Hastane çalışanlarından en fazla şiddete diş hekimliği fakültesi öğrencileri maruz kalmaktadır. Sağlık bilimleri öğrencileri ise en az hastane çalışanlarından şiddete maruz kalanlardır. Diş hekimliği fakültesinde bu çalışmada stres düzeyi ve depresyon belirtileri sıklığı daha fazla

olarak bulunmuştur. Daha fazla şiddete maruz kalmaları bu öğrencilerde depresyon ve stres gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir.

Eğitim görülen fakültelere göre mesleki bilgi düzeyi, pratik uygulama açısından kendini yeterli hissetme durumu sıklıklarına bakıldığında kendisini yeterli hissedenlerin oranları diş hekimliği öğrencilerinde %55,9; sağlık bilimleri öğrencilerinde %26,1 ve tıp fakültesi öğrencilerinde %25,4 olarak bulunmuştur. Aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Diş hekimliği fakültesindeki öğrencilerin kendisi daha yeterli hissetmesinin nedeni eğitim süreçlerinde daha fazla pratik uygulama yapabilmelerinden olabilir. Tıp fakültesi öğrencilerinde ise kendisini yeterli hissetme oranı en düşüktür. Tıp fakültesi eğitim sürecinin çok yoğun bir programının olması ve pratik uygulama açısından yetersizliklerde kendilerini yetersiz hissetme üzerinde etkili olabilir.

BDÖ ölçeğinden 17 ve üstü puan alma durumlarına göre oluşturulan lojistik regresyon modelinde: depresyon belirtilerinin görülmesi ASD puanındaki bir birimlik artış 1,2 kat riski arttırmaktadır. Depresyon belirtileri tıp fakültesi öğrencileri referans alındığında diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde 3,4 kat daha fazla görülmektedir. Diş hekimliği fakültesi öğrencileri en riskli gruptur. Diş hekimliği fakültesinde okuyan bireylerde stres düzeyinin daha yüksek olması mezun olduktan sonra iş bulamama korkusu ve gelecek kariyerindeki çalışma alanının belirsizliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Depresyon belirtileri psikolojik hastalığı olanlarda 2,5 kat daha fazla görülmektedir. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada depresyon belirtileri sağlık

sorunu olan öğrencilerde iki kat fazla olarak bulunmuştur(89). Depresyon belirtileri hastane çalışanından şiddete maruz kalma 1,8 kat daha fazla görülmektedir. Bireyin diğer çalışanlar tarafından destek görmeyeceğini düşünmesi ve aynı ortamda çalıştığı insanlar tarafından buna maruz kalmasından kaynaklanıyor olabilir.

Depresyon belirtilerinin görülmesi ebeynlerin ayrı/vefat durumunda 2,6 kat daha yüksektir. Aile bireylerinin beraber olması kişinin daha huzurlu bir ortamda yaşamasını ve sorunlar karşısında ailesinin desteğini hissedip yanında olacağını bilmesini sağlayarak pozitif yönde etki sağlayabilir.

Depresyon belirtileri için meslek seçimini yanlış seçim yaptım/kararsızım cevabını verenler 1,6 kat daha risklidir. Bireyin meslek seçimini kendi isteğiyle yapması ve doğru seçim yaptığını düşünmesi mesleki hayatında karşılaştığı sorunların daha kolay üstesinden gelmesini sağlayabilir, bu da kişinin hayatındaki stres, kaygı düzeyini azaltarak depresyona gidişi azaltabilir. Bireyin yanlış meslek seçtiğini düşünmesi durumunda mesleki yaptırımlar, zorlu koşullar kişiyi daha çok yıpratarak hem fiziksel hem de ruhsal anlamda yorabilir.

Algılanan stres düzeyi puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında pozitif ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Algılanan stres düzeyi puanı arttıkça Beck Depresyon Ölçeği puanı da artmaktadır. Bunun nedeni strese neden olan faktörlerin aynı zamanda depresyon belirtilerinin sıklığını da arttırması olabilir. Genel olarak strese neden olan birçok faktör depresyona da neden olabilmektedir. Stres düzeyi yüksek olan bireylerde maruz kaldığı olaylar ve durumlar da kişiyi stresinin olmadığı duruma göre fiziksel ve psikolojik olarak daha

fazla etkileyebileceğinden stres düzeyi yüksek olan kişilerde depresyon belirtileri de daha fazla görülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri son sınıf öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve depresyon belirtileri sıklığı değerlendirilmiştir. Tıp Fakültesinden 410 kişi, Diş Hekimliği Fakültesinden 118, Sağlık Bilimleri Fakültesinden 372 olmak üzere toplamda 900 öğrenci çalışmaya katılmıştır. Bu çalışmaya katılanların üçte biri erkek, üçte ikisi kadındır. Yaş ortalaması $22,89 \pm 1,68$ ve tamamına yakını 20-25 yaş aralığındadır.

Öğrencilerin depresyon belirtileri sıklığı %24,6 ve ortalama puanları da 12,38'dir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın öğrencilerin depresyon belirtileri sıklığı %26,8 ve ortalama puanları da 12,94'tür. Erkek öğrencilerin %19,8 ve ortalama puanları da 9,71'dir. Eğitim görülen fakültelere göre değerlendirildiğinde depresyon belirtileri sıklığı diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde %45,8; sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde %26,9; tıp fakültesi öğrencilerinde %16,3'tür.

Öğrencilerin algılanan stres düzeyi ölçeğine göre ortalama stres puanları 28,46 olup cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kadınların ortalaması 29,59 ve erkeklerin ortalaması 26,13'tür. Öğrencilerin ASD puanları eğitim görülen fakültelere göre ortanca değerleri diş hekimliği 31; tıp fakültesi 27; ve sağlık bilimleri fakültesi 29'dur.

Depresyon belirtileri kadın cinsiyette, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim gören öğrencilerde, baba eğitim durumu okuryazar değil/ilkokul / ortaokul / lise olanlarda, sigara içenlerde, kronik hastalığı ve psikolojik hastalığı olanlarda, hobi sahibi olmayanlarda ve düzenli fiziksel aktivite yapmayanlarda, meslek seçimi konusunda yanlış seçim yaptım/kararsızım cevabını verenlerde, gelecekle ilgili mesleksel kaygısı olanlarda, hasta ve hasta yakınları ile hastane çalışanlarından şiddet görenlerde, mesleki bilgi düzeyi ve pratik uygulama açısından kendisini yetersiz veya kararsız hissenedelerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

ASD puanları kadın cinsiyette, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim gören öğrencilerde, baba eğitim durumu okuryazar değil/ilkokul / ortaokul / lise olanlarda, aile ortalama aylık geliri 10000 TL ve altı olanlarda, kronik hastalığı ve psikolojik hastalığı olanlarda, hobi sahibi olmayanlarda ve düzenli fiziksel aktivite yapmayanlarda, meslek seçimi konusunda yanlış seçim yaptım/kararsızım cevabını verenlerde, gelecekle ilgili mesleksel kaygısı olanlarda, hasta ve hasta yakınları ile hastane çalışanlarından şiddet görenlerde, mesleki bilgi düzeyi ve pratik uygulama açısından kendisini yetersiz veya kararsız hissenedelerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

Eğitim görülen fakültelere göre sigara içme sıklıkları diş hekimliğinde en fazla, sağlık bilimleride en az olarak bulunmuştur. Hobi sahibi sıklıkları sağlık bilimleri en fazla; tıp fakültesinde en azdır. Meslek seçimi konusunda yanlış seçim yaptım/kararsızım cevabını verenler sağlık bilimleride en fazla, tıp fakültesinde en azdır. Hasta ve hasta yakınlarından şiddet görme en fazla tıp fakültesi, en az sağlık

bilimleri fakültesinde olarak saptanmıştır. Hastane çalışanlarından şiddet görme sıklığı en fazla diş hekimliği fakültesinde, en az sağlık bilimleri fakültesindedir. Mesleki bilgi ve pratik uygulamada kendini yeterli hissetme açısından kendini yetersiz hisseden veya kararsızım cevabını verenlerin sıklıkları en fazla tıp fakültesinde, en az diş hekimliği fakültesinde olarak saptanmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre depresyon belirtileri sıklığını; algılanan stres düzeyi puanının bir birimlik artışı 1,2 kat (%95 GA: 1,20-1,29) , diş hekimliği fakültesinde olmak 3,4 kat (%95 GA: 1,91- 6,36), tanı konulmuş psikoloji hastalık varlığı 2,5 kat (%95 GA: 1,46- 4,32), hastane çalışanından şiddet 1,8 kat (%95 GA: 1,23- 2,91), ebeveyni ayrı/vefat durumu 2,6 kat (%95 GA: 1,29- 5,49), meslek seçiminde yanlış seçim yaptım/kararsızım 1,6 kat (%95 GA: 1,08- 2,46) artırmaktadır. Bu araştırmanın bulguları ve literatür bilgileri incelendiğinde depresyon ve stresten korunmak ve başa çıkabilmek için öneriler:

Üniversite öğrencilerinde depresyon belirtileri sıklığı ve stres düzeyi oldukça yüksektir. Özellikle sağlıkla ilgili diş hekimliği, sağlık bilimleri ve tıp fakülteleri öğrencilerinde daha yüksek olabilmektedir. Öğrencilerin depresyondan ve stresten korunabilmesi için; üniversite yaşamında barınma, ekonomik, sınavlar, mesleki pratik uygulama ile ilgili yetersizlikler giderilmelidir. Özellikle kız öğrencileri daha fazla etkileyen bu faktörler konusunda kız öğrencilere öncelikler tanınmalıdır.

Öğrencilere yönelik sağlıkla ilgili konularda eğitimler verilmelidir. Özellikle depresyon ve stresten nasıl korunabilecekleri ve başa çıkabilecekleri konularında rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Depresyon ve stres neden olabilen hasta ve hasta yakınları ile hastane çalışanlarından maruz kaldıkları şiddetin önüne geçebilmek için önlemler alınmalıdır.

Depresyon belirtilerini sıklığının ve stres düzeyinin artışına neden olan gelecekte iş bulma kaygısının da giderilmesi için önlemler alınmalı, daha kolay iş bulabilmeleri amacıyla öğrenciler mesleki açıdan yeterli olmaları için pratik uygulama ve eğitim konusundaki yetersizlikler giderilmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Aylaz R. Kaya B, Dere N, Karaca Z BY. Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etkenler. *Anatol J Psychiatry*. 2007;8(1):46–51.
2. Kaplan HI SB. Klinik Psikiyatri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. 1559–1652 p.
3. Aktaş H. İnsanda Duygusal Yaşantı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2004.
4. Depression WHO (2017). Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization;
5. WHO. Preventing depression in the WHO European Region. 2016.
6. Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S., & Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2013.
7. Köroğlu E GC. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
8. Bayram N BN. The Prevalence And Socio-Demographic Correlations Of Depression, Anxiety And Stress Among A Group Of University Students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(8):667–72.
9. Özkan S YE. Üniversite Öğrencilerinin Üniversite Yaşamına Uyum Durumları (Bandırma Örneği). *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg*. 2010;5(13):153–71.

10. Michie S. Causes And Management Of Stress At Work. *Occup Environ Med.* 2002;59(1):67–72.
11. Savcı M AF. Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilim Derg.* 2014;2014(3):44–56.
12. Tunç, A. Y., & Yapıcı G. Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Derg.* 2019;17(2):153–68.
13. Köknel Ö. Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. 1.Baskı. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım; 1999.
14. Karamustafalıoğlu H YO. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R K, D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA.* 2003;289(23):3095–105.
16. Walker, E. R. McGee, R. E. Druss BG. Mortality İn Mental Disorders And Global Disease Burden İmplications: A Systematic Review And Meta-Analysis. *JAMA psychiatry.* 2015;72(4):334–41.
17. Gerber, P. D., Barrett, J. E., Barrett, J. A., Oxman, T. E., Manheimer, E., Smith, R., & Whiting RD. The Relationship Of Presenting Physical Complaints To Depressive Symptoms İn Primary Care Patients. *J Gen Intern*

Med. 1992;7(2):170–3.

18. Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınlar; 2006. 13 p.
19. Kessler RC¹, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson N, Andrade LH, de Girolamo G, Demyttenaere K, Haro JM, Karam AN, Kostyuchenko S, Kovess V, Lara C, Levinson D, Matschinger H, Nakane Y, Browne MO, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar SD. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010;27(4):351–64.
20. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. 2010;53(12):2480–6.
21. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental disorders. *Dis Control priorities Relat to Ment Neurol Dev Subst Abus Disord*. 2006;1–20.
22. Ustun, T. B., & Chatterji S. Global burden of depressive disorders and future projections. *Depression: social and economic timebomb*. London: BMJ Books; 2001.
23. Reyes-Rodríguez, M. L., Rivera-Medina, C. L., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A., & Bernal G. Depression Symptoms And Stressful Life Events Among College Students In Puerto Rico. *J Affect Disord*. 2013;145(3):324–

- 30.
24. Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Galfalvy, H., ... & Mann JJ. Suicidal Ideation And The Subjective Aspects Of Depression. *J Affect Disord.* 2012;140(1):75–81.
25. WHO. Depression And Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
26. Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin RD. Trends In Depression Prevalence In The USA From 2005 To 2015: Widening Disparities In Vulnerable Groups. *Psychol Med.* 2018;48(8):1308–15.
27. Vos T, Allen C AM. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;338(10053):1545–602.
28. SADOCK BJ SV. Klinik Psikiyatri. 4th ed. Güneş Kitapevi; 2005.
29. Tempiski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA SL. What Do Medical Students Think About Their Quality Of Life? A Qualitative Study. *BMC Med Educ.* 2012;12(1):1–8.
30. Yap K, Mogan C KM. Obsessive-Compulsive Disorder And Comorbid Depression: The Role Of OCD-Related And Non-Specific Factors. *J Anxiety Disord.* 2012;26(5):565–73.

31. Gehlawat P, Gupta R, Rajput R, Gahlan D, Gehlawat VK. Diabetes with comorbid depression: role of SSRI in better glycemic control. *Asian J Psychiatr*. 2013;6(5):364–8.
32. Göthe, F., Enache, D., Wahlund, L. O., Winblad, B., Crisby, M., Lökk, J., & Aarsland D. Cerebrovascular Diseases And Depression: Epidemiology, Mechanisms And Treatment. *Panminerva Med*. 2012;54(3):161.
33. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1(1):29–38.
34. González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega WA. The Epidemiology Of Major Depression And Ethnicity In The United States. *J Psychiatr Res*. 2010;44(15):1043–51.
35. Yazıcı O, Oral TE VS. Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 2008. 13–18 p.
36. Singh MK, Gotlib IH. The Neuroscience Of Depression: İmplications For Assessment And İntervention. *Behav Res Ther*. 2014;62:60–73.
37. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. 20–32 p.
38. Romera, I., Pérez, V., Quail, D., Berggren, L., Lenox-Smith, A., & Gilaberte I. Individual Residual Symptoms And Functional Impairment In Patients With Depression. *Psychiatry Res*. 2014;220(1–2):258–62.
39. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington; 2013.

40. Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook C. A systematic Review Of Studies Of Depression Prevalence In University Students. *J Psychiatr Res.* 2013;47(3):391–400.
41. Puthran, R., Zhang, M. W., Tam, W. W., & Ho RC. Prevalence Of Depression Amongst Medical Students: A Meta-Analysis. *Med Educ.* 2016;50(4):456–68.
42. Uskun E, Aydın Ü, Öztürk M ÜS [Social AP. Social And Psychologic Features Of Süleyman Demirel University School Of Dentistry Undergraduates. *Ankara Üniversitesi Diş Hek Fak Derg.* 2005;32(1):35–44.
43. Yusoff, M. S. B., Rahim, A. F. A., Baba, A. A., Ismail, S. B., & Pa MNM. Prevalence And Associated Factors Of Stress, Anxiety And Depression Among Prospective Medical Students. *Asian J Psychiatr.* 2013;6(2):128–33.
44. Xu, Y., Chi, X., Chen, S., Qi, J., Zhang, P., & Yang Y. Prevalence And Correlates Of Depression Among College Nursing Students In China. *Nurse Educ Today.* 2014;34(6):7–12.
45. Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka SL. Socioeconomic Status In Childhood And The Lifetime Risk Of Major Depression. *International J Epidemiol.* 2002;31(2):359–67.
46. Smit F. Shields L. Petrea I. Preventing depression in the WHO European

Region. WHO; 2016.

47. Tylee, A., & Walters P. We Need A Chronic Disease Management Model For Depression In Primary Care. 2007.
48. Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner CO. Stressful Life Events And Previous Episodes In The Etiology Of Major Depression In Women: An Evaluation Of The “Kindling” Hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2000;157(8):1243–51.
49. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley H. Utilising Survey Data To Inform Public Policy: Comparison Of The Cost-Effectiveness Of Treatment Of Ten Mental Disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184(6):526–33.
50. Bozkurt T, Uluğ M, Turpoğlu Çelik A, Oktuğ Z, İçellioğlu S, Özden MS SO. Stres. T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları; 2010. 14 p.
51. Gümüştekin GE ÖA. Stres Kavramı. Çukurova Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2005;14(1):271–88.
52. Oku, A. O., Owoaje, E. T., Oku, O. O., & Ikpeme BM. Prevalence Of Stress, Stressors And Coping Strategies Among Medical Students In A Nigerian Medical School. *African J Med Heal Sci*. 2015;14(1):29.
53. Akçakaya RÖ ÇES. Stres Ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım. *Turkish Fam Physician*. 2014;5(2):19–25.
54. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller GE. Psychological Stress And

- Disease. *Jama*. 2007;298(14):1685–7.
55. Kandiah, J., Yake, M., Jones, J., & Meyer M. Stress Influences Appetite And Comfort Food Preferences In College Women. *Nutr Res*. 2006;26(3):118–23.
56. Astı, N., Acar, G., Bağcı, H., & Bağcı I. Sağlık Bakım Personeli Olarak Yetisecek Öğrencilerin Ruhsal Durumları ve Yaklaşımları. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. *Muğla Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2005;15(25):35.
57. Adlaf EM, Gliksman L, Demers A N-TB. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*. *J Am Coll Heal*. 2001;50(2):67–72.
58. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnovo, G., Molinari, E., & Riva G. Can Relaxation Training Reduce Emotional Eating In Women With Obesity? An Exploratory Study With 3 Months Of Follow-Up. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(8):1427–32.
59. Kara D KH. Öğretim Elemanlarının Stresle Başa Çıkma Davranışlarının Bazı Değişkenlere Göre Belirlenmesi. *İşletme Araştırmaları Derg*. 2009;1(2):35–50.
60. Cohen S., Kamarck T. MR. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96.

61. Yerlikaya, E. E., & İnanç B. Algılanan Stres Ölçeği'nin (ASÖ) Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özellikleri. In: IX Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi. Çeşme-İzmir; 2007.
62. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikol Derg. 1989;7(23):3–13.
63. Mikolajczyk R, Maxwell A, El Ansari W, Naydenova V, Stock C et al. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(2):105–12.
64. Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark J. CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. Br J Guid Coun. 2007;35(1):41–57.
65. Khawaja, N. G., & Duncanson K. Using The University Student Depression Inventory To Investigate The Effect Of Demographic Variables On Students' Depression. J Psychol Couns Sch. 2008;18(2):195–209.
66. Deveci SE, Ulutaşdemir N AY. Bir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Derg. 2013;18(2):98–102.
67. Mackenzie, S., Wiegel, J. R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., ... & Fleming M. Depression And Suicide İdeation Among Students Accessing Campus Health Care. Am J Orthopsychiatry.

2011;81(1):101.

68. Lenz BK. Tobacco, Depression, And Lifestyle Choices In The Pivotal Early College Years. *J Am Coll Heal.* 2004;52(5):213–20.
69. Manley, M. J., de Jonge, P., Kershaw, T. S., Desai, R. A., Lin, H., & Kasl S V. Association Of Major Depression With Subtypes Of Nicotine Dependence Found Among Adult Daily Smokers: A Latent Class Analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104(1–2):126–32.
70. Craft, L. L., Freund, K. M., Culpepper, L., & Perna FM. Intervention Study Of Exercise For Depressive Symptoms In Women. *J Women's Heal.* 2007;16(10):1499–509.
71. Ghaedi, L., & MohdKosnin A. Prevalence of depression among undergraduate students: Gender and age differences. *Int J Psychol Res.* 2014;7(2):38–50.
72. Džubur, A., Abdulahović, D., Kurspahić-Mujčić, A., Džubur, A., Loga-Zec, S., & Škrijelj V. Depressive Symptoms Among Sarajevo University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlations. *Acta Med Acad.* 2018;47(2):155–64.
73. Mete HE. Kronik Hastalık Ve Depresyon. *Klin Psikiyatr.* 2008;11(3):3–18.
74. Hür SD, Andsoy II, Şahin AO, Kayhan M SE, Ark. ZN ve. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirtiler. *J Psychiatr Nurs.* 2014;5(2):72–6.

75. Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Jama*. 1992;267(11):1478–83.
76. Önler E SG. Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg*. 2010;3(2):78–85.
77. Misra R MM. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Am J Heal Stud*. 2000;16(1):41.
78. Liu C, Xie B, Chou C-P KC, Zhou D, Palmer P et al. Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China Seven Cities. *Physiol Behav*. 2007;92(4):748–54.
79. Öncü B, Şahin T, Özdemir S, Şahin C, Çakır K ÖE. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. *Kriz Derg*. 2013;21(1):1–10.
80. Çalışkan, S., Aydoğan, S., Işıklı, B., Metintaş, S., Yenilmez, F., & Yenilmez Ç. Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi Ve İlişkili Olabilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg*. 2018;3(2):39–49.
81. Şahin, M., Yetim, A. A. ve Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *J Acad Soc Sci Stud*. 2012;5(8):373–80.

82. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. 4th ed. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2008. 43–45, 133-170. p.
83. Yıldırım, T. A., Dalcalı, B. K., & Nabel EB. Üniversite Öğrencilerinin Stres Algılama Düzeyi ile Başetmede Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Ankara Med J. 2018;18(4):592–600.
84. Cihan, F. G., Kutlu, R., & Karademirci MM. İntörn Doktorların Stresle Başa Çıkma Durumları ile Gelecek Kaygı Düzeyleri. J Acad Res Med. 2017;7(3):122–7.
85. Sakin Ozen N, Ercan I IES, D. Anxiety prevalence and affecting factors among university students. Asia Pacific J Public Heal. 2010;22(1):127–33.
86. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ AF. Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde Çalışan araştırma görevlileri ve intörn Doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekim Bülteni. 2009;28(3):15–23.
87. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. Thorax. 1999;54(1):70–8.
88. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y KC. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatr Derg. 2002;3(3):147–54.
89. Kontoangelos, K., Tsiori, S., Koundi, K., Pappa, X., Sakkas, P.,

Papageorgiou CC. Greek college students and psychopathology: new insights. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(5):4709–25.

8. ÖZET

Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda özellikle ruhsal hastalıkların sıklığı artmaktadır. Ruhsal hastalıklardan depresyon sık görülmektedir. Önümüzdeki on yıllarda da sıklığının artacağı tahmin edilmektedir. Bu çalışmada Gazi Üniversitesi tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri son sınıf öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve depresyon belirtileri sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği, Sağlık Bilimleri ve Tıp Fakülteleri son sınıf öğrencilerinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırma kesitsel tipte araştırmadır. Araştırmanın yapılacağı tarihten 1 hafta önce araştırma yapılacak fakültelerin son sınıf öğrenci sayısı öğrenilmiştir. Evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Diş hekimliği fakültesi 118 (%78), sağlık bilimleri fakültesi 372 (%78) ve tıp fakültesi 410 (%89) öğrenciye ulaşılmıştır.

. Bu çalışmaya katılanların üçte biri erkek, üçte ikisi kadındır. Yaş ortalaması $22,89 \pm 1,68$ ve tamamına yakını 20-25 yaş aralığındadır. Öğrencilerin depresyon belirtileri sıklığı %24,6 ve ortalama puanları da 12,38'dir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın öğrencilerin depresyon belirtileri sıklığı %26,8 ve ortalama puanları da 12,94'tür. Erkek öğrencilerin %19,8 ve ortalama puanları da 9,71'dir. Eğitim görülen fakültelere göre değerlendirildiğinde depresyon belirtileri sıklığı diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde %45,8; sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde %26,9; tıp fakültesi öğrencilerinde %16,3'tür.

Katılımcıların algılanan stres düzeyi ölçeğine göre ortalama stres puanları 28,46 olup cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kadınların ortalaması 29,59 ve erkeklerin ortalaması 26,13'tür. Katılımcıların ASD puanları eğitim görülen fakültelere göre ortanca değerleri diş hekimliği 31; tıp fakültesi 27 ve sağlık bilimleri fakültesi 29'dur.

Depresyon belirtilerinin sıklığı ve stres düzeyi üniversite öğrencilerinde oldukça yüksektir. Depresyon ve stres düzeyinin yüksek olmasında birçok faktör etkilidir. Ekonomik yetersizlikler, iş bulma kaygısı, kadın cinsiyet olmak, barınma gibi nedenler önemli faktörlerdendir. Depresyon belirtilerinin sıklığının ve stres düzeyinin azaltılması için öğrencilere yönelik sağlık eğitimleri, ruhsal ve psikolojik danışmanlık yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, algılanan stres, üniversite öğrencileri

9. ABSTRACT

Health is not only the absence of disease and disability; physical, to be defined as a state of spiritual and social well-being. End The frequency of mental illnesses, especially in years, is increasing. Depression is common among mental illnesses. It is estimated that its frequency will increase in the coming decades. In this study, it was aimed to evaluate the perceived stress level and frequency of depression symptoms in Gazi University medical, dentistry and health sciences faculty final year students.

This study was carried out with the participation of the senior students of Gazi University Dentistry, Health Sciences and Medical Faculties. The research is cross-sectional type research. The number of senior students of the faculties to be researched 1 week before the date of the research was learned. It is aimed to reach the entire universe. Dentistry faculty has reached 118 (78%) students, 372 (78%) faculties of health sciences and 410 (89%) faculties of medicine.

One third of the participants in this study are men and two thirds are women. The average age is 22.89 ± 1.68 and almost all of them are in the 20-25 age range. The frequency of depression symptoms of the students is 24.6% and their average scores are 12.38. When evaluated according to gender, the frequency of depression symptoms of female students is 26.8% and their average scores are 12.94. Male students' 19.8% and average scores are 9.71. When the education is evaluated according to the faculties, the frequency of depression symptoms is 45.8% in dentistry faculty students. 26.9% of the students of the faculty of health sciences; it is 16.3% in medical students.

The average stress scores of the participants according to the perceived stress level scale are 28,46, and when evaluated by gender, the average of women is 29,59 and the average of men is 26,13. The median values of the participants according to the faculties of education with PSS scores were 31; medical school 27; and the faculty of health sciences is 29.

The frequency and stress level of depression symptoms are quite high among university students. Many factors are effective in high levels of depression and stress. The reasons such as economic insufficiency, job anxiety, being a female gender and shelter are among the important factors. Health education, psychological and psychological counseling should be provided for students in order to reduce the frequency and stress level of depression symptoms.

Keywords: depression, perceived stress, university students

10. EKLER

EK-1: Anket Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP, DİŞ HEKİMLİĞİ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTELERİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE DEPRESYON BELİRTİLERİ SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1-Yaş:.....yıl Boy :.....cm Kilo:.....kg

2-Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3-Fakülteniz: 1) Dış hekimliği 2) Sağlık bilimleri 3) Tıp

4-Ailenizin ortalama aylık geliri:

- 1) 2500 TL Ve Altı
2) 2501-5000 TL
3) 5001-7500 TL
4) 7501-10000 TL
5) 10001 TL Ve Üstü

5-Sizin ortalama aylık harcamanız:

- 1) 1000 TL Ve Altı 2) 1001-3000 TL
3) 3001-5000 TL 4) 5001 TL ve Üstü

6-Anne eğitim durumu:

- 1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul
4) Lise 5) Üniversite/Yükseköğretim

7-Baba eğitim durumu:

- 1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul
4) Lise 5) Üniversite/Yükseköğretim

8-Öğrenim Sürsünde İkamet Ettiğiniz Yer?

- 1) Ailemle birlikte kalıyorum
2) Evde arkadaşımın kalıyorum
3) Evde yalnız kalıyorum
4) Devlet yurdunda kalıyorum
5) Özel yurtta kalıyorum
6) Diğer(Belirtiniz.....)

9-Anne-Baba birlikte yaşamı durumu?

- 1) Anne-baba birlikte evli 2) Anne-baba ayrı boşanmış 3) Anne ölmüş
4) Baba ölmüş 5) Anne-baba ölmüş

10-Sigara kullanır mısınız?

- 1) Hiç kullanmadım 2) Bir kez denedim
3) Kullandım, bıraktım 4) Hâlen kullanıyorum

11. Alkol kullanır mısınız?

- 1) Hiç kullanmadım
2) Bir kez denedim
3) Ara sıra kullanırım
4) Sıklıkla kullanırım
5) Kullandım bıraktım

12-Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- 1) Yok 2) Var (Belirtiniz.....)

13-Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

- 1) Yok 2) Var

14-Yaşamınız boyunca doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir ruhsal/psikolojik sorunuz/hastalığınız oldu mu?

- 1) Hayır 2) Evet

15-Yaşamınız boyunca ruhsal/psikolojik sorunuz için uzman kişiden (doktor/psikolog) yardım aldınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet

16-Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktive (koşu, yüzme, futbol, basketbol, voleybol, vb.) yapıyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet

17-Hobileriniz var mı?

- 1) Hayır 2) Evet(Belirtiniz.....)

18-Meslek seçiminizi nasıl yaptınız? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Kendi isteğimle
2) Aile ve çevrem tarafından yönlendirilmeyle
3) İnsanlara yardımcı olabilmek
4) İş bulma imkanlarının kolay olması
5) Diğer(Belirtiniz.....)

19- Seçtiğiniz mesleğiniz konusunda şimdi ne düşünüyorsunuz?

- 1) Doğru seçim yaptım 2) Yanlış seçim yaptım 3) Kararsızım

20-Gelecekle ilgili mesleki kaygılarınız var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz.....)

21-Üniversite öğreniminizi sürsünce yıl kayıtlarınız oldu mu?

- 1) Hayır 2) 1 yıldan az 3) 1 yıldan fazla

22-Son bir yıl içerisinde tatil yapabildiniz mi?

- 1) Hayır 2) Evet

23- Nöbet tutuyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz..... gün/ay)

24) Staj veya rotasyon döneminizde hasta veya hasta yakınlarından şiddete maruz kaldınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet (1. sözel 2. Fiziksel 3. sözel, fiziksel)

25) Staj veya rotasyon döneminizde, hastane içerisinde hastane çalışanlarından (akademik personel, asistan doktor, hemşire, diğer sağlık personeli) şiddete maruz kaldınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet (1. sözel 2. Fiziksel 3. sözel, fiziksel)

26) Mesleki bilgi düzeyiniz ve pratik uygulama açısından kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet 3) Kararsızım

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

NOT: Aşağıda SON 1 AY içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki Kutuya bir (X) koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	HİÇ	NE ZARARLI HİÇ	BAZINCA	ŞİDDET	ÇOK ŞİDDET
1. Son Bir Ay İçinde, Beklenmedik Şekilde Gerçekleşen Olaylardan Dolayı Ne Sıklıkta Üzüldünüz?					
2. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Yaşamınızdaki Önemli Şeyleri Kontrol Edemediğinizi Hissettiniz?					
3. Son Bir Ay İçinde Kendinizi Ne Sıklıkta, Gergin Ve Stresli Hissettiniz?					
4. Son Bir Ay İçinde, Yaşamınızdaki Can Sıkıcı Durumlarla Ne Sıklıkta Başarılı Bir Biçimde Baş Ettiniz?					
5. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Yaşamınızdaki Meydana Gelen Önemli Değişikliklerle Etkili Bir Biçimde Baş Çıktığınızı Hissettiniz?					
6. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Kişisel Sorunlarınızla Baş Etme Yeteneğinizden Emin Oldunuz?					
7. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, İşlerin İstedikleriniz Gibi Gittiğini Hissettiniz?					
8. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Yapmak Zorunda Olduğunuz Her Şeyin Üstesinden Gelemeyeceğinizi Düşündünüz?					
9. Son Bir Ay İçinde Yaşamınızdaki Rahatsız Edici Olayları Ne Sıklıkta Kontrol Edebildiniz?					
10. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Yaşamınızdaki Olaylara Hâkim Olduğunuzu Hissettiniz?					
11. Son Bir Ay İçinde, Kontrolünüz Dışında Gerçekleşen Şeylerden Dolayı Ne Sıklıkta Öfkelenildiniz?					
12. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Üstesinden Gelmek Zorunda Olduğunuz Şeyler Üzerinde Düşündünüz?					
13. Zamanınızı Nasıl Geçirdiğinizi Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta Kontrol Edebildiniz?					
14. Son Bir Ay İçinde Ne Sıklıkta, Güçlüklerin, Üstesinden Gelemeyeceğinizi Kadar Çoğaldığını Hissettiniz?					

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP, DİŞ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTELERİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE DEPRESYON BELİRTİLERİ SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

NOT: Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

BECK DEPRESTON ÖLÇEĞİ

1-

0. Kendimi üzünmü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzünmü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzünmü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzünmü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-

0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3. Kendimi nimsiyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5-

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-

0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-

0. Kendimden memnûm.
1. Kendi kendimden pek memnûm değilim.
2. Kendime çok kızyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğini kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğini kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13-

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14-

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15-

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-

0. İhtahum her zamanki gibi.
1. İhtahum her zamanki kadar iyi değil.
2. İhtahum çok azaldı.
3. Artık hiç ihtahum yok.

19-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20-

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişime fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-2: Etik Onay

EVRAK TARİHİ VE SAYISI: 20.11.2019-E.1462/2



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ**
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araş.Gör.Dr. Osman ALAŞIK'ın, uzmanlık tez çalışması olan "**Gazi Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ve Depresyon Belirtileri Sıklığının Değerlendirilmesi**" adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 04.11.2019 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-376

Ek: 1 Liste



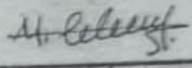
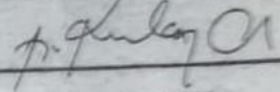
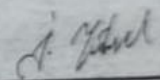
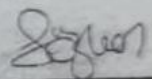
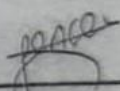
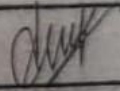
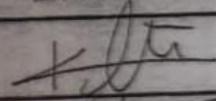
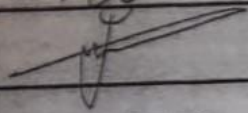
Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Burak Çitirak
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:0312 229 78 00

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 04/11/2019

TOPLANTI SAYISI : 11

ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	KATILAMADI
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	KATILAMADI
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	KATILAMADI

EK-3: Diş Hekimliği Fakültesi İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.11.2019-E.148632



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 62744390-044-
Konu : Anketler

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 22.11.2019 tarihli ve 88412942-399- 147262 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınız ile talep edilen "Gazi Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ve Depresyon Belirtileri Sıklığının Değerlendirilmesi" konulu anket uygulamasının Fakültemizde yapılması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ
Dekan

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Bışkek Cad. No:4 kat 2 Emek/Ankara
Tel:0312 203 40 30 Faks:0312 223 92 26
e-Posta :dhfbilisim@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://dent.gazi.edu.tr

Bilgi için :FİLİZ DOĞAN
Bilgisayar İşletmeni

EK-4: Sağlık Bilimleri Fakültesi İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.11.2019-E.148668


T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 61737632-399-
Konu : Anket Uygulaması

Dağıtım

İlgi : 22.11.2019 tarihli ve 88412942-399- 147262 sayılı yazı.

Fakültemiz Dekanı, Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN ve Arş. Gör. Dr. Osman ALAŞIK tarafından yürütülecek olan "Gazi Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ve Depresyon Belirtileri Sıklığının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın anket uygulamasının Fakültemiz son sınıf öğrencilerine yapılması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Dekan

DAĞITIM
Gereği:
Tıp Fakültesi Dekanlığına

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına »
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanlığına
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına »
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığına
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına »
Hemşirelik Bölüm Başkanlığına



Emniyet Mah. Muammer Yaşar Bostancı Cad. No:16 Beşevler /ANKARA
Tel:0 (312) 216 26 01 Faks:0 (312) 216 26 36
e-Posta :sbf@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://sbf.gazi.edu.tr

Bilgi için :Zehra Aşan
Bilgisayar İşletmeni

EK-5: Tıp Fakültesi İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.11.2019-E.147263



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 88412942-399-
Konu : Anket Uygulaması

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 14.11.2019 tarih ve E.143593 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen ve Etik Kurul onayı alınan "Gazi Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ve Depresyon Belirtileri Sıklığının Değerlendirilmesi" konulu anket uygulamasının fakültemizde yapılması dekanlığımızca uygun görülmüş olup Diş Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde de uygulanması için bilgi verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet Sadık DEMİRİSOY
Dekan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri Birimi 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 312 202 69 69 Faks:0 312 212 46 47
e-Posta :tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.med.gazi.edu.tr

Bilgi için :Buket Baran
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:3122024670

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6: Özgeçmiş

Adı: Osman

Soyadı: Alaşık

Doğum Yeri ve Tarihi: Tavas – 06.10.1991

Eğitimi:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce