

T.C

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Prof.Dr.Durmuş TEKİN

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE RUHSAL BELİRTİ  
ORANI VE DAĞILIMININ İNCELENMESİ.

UZMANLIK TEZİ

Dr.AYFER ŞİRİN

ESKİŞEHİR-1990 /

## İ Ç İ N D E K İ L E R

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
BULGULAR.....	25
TARTIŞMA.....	36
SONUÇLAR.....	45
ÖZET.....	47
KAYNAKLAR.....	48
GRAFİKLER.....	55
EKLER.....	58

## Ö N S Ö Z

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde görülen ruhsal belirtileri ve dağılımlarını incelemek istedim. Bu konuyu seçmekteki amacım, daha önce yapılan birçok çalışmada tıp öğrenimi süresince stres düzeyinin yüksek olduğunun ve ruhsal olarak öğrencileri olumsuz yönde etkilediğinin bildirilmiş olmasıydı.

Çalışmam sırasında yardımlarını esirgemiyen ve yetişmemde büyük emeği olan başta Hocam Prof.Dr.Durmuş Tekin'e, Yrd.Doç.Dr. Gülten Seber'e, Yrd.Doç.Dr.Hüsnü Erkmen'e, ihtisas süresince uyum içinde çalıştığım arkadaşlarıma, SCL-90 ölçeğini ve anket formunu içtenlikle yanıtlayan Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine, ayrıca tezimin yazılmasında çok emeği geçen Sekreter Ayfer Uğurlu'ya bu vesileyle teşekkür etmek isterim.

## G İ R İ Ő VE A M A Ç

Günümüzde ruhsal bozukluklar, tüm dünyada olduğu gibi Türkiyede de başta gelen sorunlardan biridir.

Ruhsal bozuklukların giderek artış göstermesinde, bir yandan hızlı kültürel değişim ve çağdaşlaşma, diğer yandan geleneksel değerler sistemi ve yaşam biçiminin korunmaya çalışılması, hızlı kentleşme ve sanayileşmenin rolü olduğu düşünülmektedir(1). Ruh sağlığı alanında etkin programların geliştirilmesinde ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri için risk gruplarının tanımlanmasında, epidemiyolojik ilkelere dayalı araştırmalara gereksinim olduğu anlaşılmıştır(1,2).

Özellikle son yıllarda yapılan yurt içinde ve yurt dışındaki çeşitli araştırmalarda, gençlik grupları içinde önemli yer tutan üniversite öğrencilerinde , başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, ruhsal bozukluk belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü; üniversite öğrencilerinin, ruhsal bozukluk açısından risk gruplarından birini oluşturduğu gösterilmiştir(3,4,5,6,7,8,9). Bu araştırmalardan bazılarının tıp öğrencileri ile ilgili olduğu dikkati çekmektedir. Elde edilen verilere göre sanılanın aksine tıp öğrencilerinde ruhsal belirti oranının daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir(10,11,12).

Literatür gözden geçirildiğinde başta A.B.D. olmak üzere çeşitli ülkelerde konuya ilişkin araştırmaların çoğunda, tıp öğrencilerinde %4-26 arasında değişen oranlarda ruhsal belirti görüldüğü saptanmıştır. Diğer öğrenci populasyonları ile karşılaştırıldığında bu oranlar anlamlı bulunmuştur(13,14,15,16,17).Ruhsal belirti oranınının yüksek olmasının nedeni ,bir yandan öğrencilerin ruhsal çatışmaların (conflict) en yoğun olduğu dönemde olmaları, diğer yandan uzun süren ve öğretim programı yüklü tıp öğrenimi süresince stres düzeyinin yüksek olması olabileceği ileri sürülmektedir( 18,19,20,21,22). Funkenstein Harward Üniversitesinde tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ,tıptaki hızlı gelişmelerin öğrencileri olumsuz yönden etkilediğini ,öğrenimle ilgili güçlüklerin artmasına neden olduğunu, buna bağlı olarak öğrencilerde kişilik yapılarında değişme ve anksiyete düzeylerinde yükselme olduğu saptanmıştır(17).

Türkiye'de bu konuda yapılmış çok az sayıda araştırma bulunduğunu; bu araştırmaların da özellikle büyük kentlerdeki fakültelerde yapılmış olduğunu saptadık.

Konunun ilginç olması ve ileri sürülen varsayımlar göz önüne alınarak ,bu çalışmada Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde ruhsal belirtilerin incelenmesi ve elde edilen verilerin daha önceki araştırmalarla karşılaştırılması amaçlandı. Bu amaçla:

1-A.Ü.Tıp Fakültesi öğrencilerinde ruhsal belirti oranı ve dağılımı.

2-Ruhsal belirti oranı ve dağılımı yönünden kız ve erkek öğrenciler arasındaki farklılıklar,

3-Ruhsal belirti oranı ve dağılımı yönünden farklı dönemlerdeki (I, III, VI) öğrenciler arasındaki farklılıklar araştırıldı.

## GENEL BİLGİLER

Ruhsal bozukluk; insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması halidir diye tanımlanabilir. Ruhsal bozukluk belirtileri rahatsız edici, acı verici, kişiyi ve çevresini mutsuz eden türden belirtilerdir. Kişinin çevreye uyumunu bozar, ilişkilerini sarsar ve verimli çalışmasını etkiler. Bazı ruhsal bozukluklar vardır ki daha çok kişinin kendisine acı verir. Örneğin, kuruntuları, korkuları, kaygıları ve üzüntüleri olan kişiyi kendi içinde tedirgin ve mutsuz kılar. Ancak bu belirtiler kişinin toplumsal ilişkisini, çalışmasını önemli ölçüde aksatmaz. Nevrozlar bu türden ruhsal bozukluklardır. Nevrotik kişi daha çok kendi egosu içindeki çatışmalar nedeniyle iç dengesi bozulmuş kişidir. Realite ile ilgisi kopmamıştır, bir bakıma realitenin üstesinden gelmeye, realite karşısında ezilmemeye çabalar. Buna karşılık kişilik bozukluklarında çatışma daha çok çevreyledir. Kişilik bozukluğu gösteren kişi kendi iç dengesini koruyabilmek için çevresini değiştirmeye, çevreyi kendisine uydurmaya çalışır. Örneğin antisosyal bir kişi davranışlarıyla çevreyi tedirgin ve mutsuz ederken kendisi bundan yararlanır ve ruhi doyum sağlar.

En ağır ruhsal bozukluklar olan psikozlarda ise kişi, hem kendi kendisiyle hem de çevresiyle çatışma içindedir. Kendisi tedirgin, bunalımlı olduğu kadar çevresindekileri de davranışlarıyla tedirgin eder. Psikozlarda hem kişiliğin bölümleri arasında dengesizlik ve çatışma, hem de çevreyle ileri derecede uyumsuzluk söz konusudur. Psikotik hastanın realiteyi değerlendirme yetisi çok bozulduğu için uyumlu davranamaz. Realite ile bağı azalır yada tümünden kopar, iç gereksinimlerini dış realitenin yerine koyar. Psikozun ağır biçimlerinde hasta anlamsız konuşur, davranışı çok tutarsız, duyguları uygunsuz ya da değişkendir. Davranışı önceden kestirilemez, dürtülerini dizginleyemez. Benliği üstündeki egemenliği kalkmış, kişiliğin ahenkli bütünlüğü yıkılmış gibidir.

Ruhsal bozukluk kavramı da ruh sağlığı gibi görece bir kavramdır. Yani ikisi arasında kesin bir sınır çizilemez. Herkeste ruhsal bozukluk belirtisi bulunabilir, ancak kişinin uyumunu bozmayan, mutsuz etmeyen belirtiler ruhsal bozukluk göstergesi değildir. Ruhsal bozukluklar kişiyi bunalttığı, uyumunu bozduğu, mutsuz ettiği oranda ağırlaşırlar. Herkes zaman zaman bunalıma düşebilir; geçici olarak ruhsal belirtilerin etkisinde kalabilir. Dış koşulların değişmesi, ölüm, ayrılık, ağır hastalık, işsizlik gibi pekçok olaylar ve dolayısıyla oluşan stres, kişinin uyumunu bozabilir. İnsan kendi kendisiyle ve çevresiyle sürekli etkileşim içindedir ve değişen koşullara göre tepkiler geliştirir. Bu tepkiler her zaman uygun tepkiler olmayabilir, kişi kendi kendisiyle ve çev-



resiyle çatışmaya girebilir. Belirtilerin nerede, nasıl çıktığı da önemlidir. Örneğin, sevdiği insanı yitiren kişi depresyon belirtilerinin çoğunu gösterebilir. Ancak bu hastalık değil, ölüme karşı gelişen sağlıklı bir tepkidir. Öfke, sevinç, üzüntü, gülme, ağlama yerine göre hastalık belirtisi, yerine göre olağan ve sağlıklı tepkilerdir. Bir neden olmaksızın ağlamak, saldırganlaşmak birer hastalık göstergesi olabilirler. Tehlike karşısında korkmak bir korunma tepkisidir. Kalabalık içine girememek ise bir ruhsal bozukluk belirtisidir.

Ruhsal bozuklukların çok çeşitli nedenleri vardır. Örneğin psikozlar ateşli hastalıklara, beyindeki bozukluklara, hormon dengesizliklerine, alkol ve uyuşturucu ilaçlara, enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkabilirler. Psikozlarda kalıtımsal ve yapısal etkenlerin de rol oynadığı ileri sürülmektedir. Mide ülseri, astım gibi psikomatik hastalıklarda ise, hem bedensel yatkınlık hem de ruhsal etkenler bir arada bulunurlar. Nevrozlarda da yatkınlık söz konusu edilmekteyse de, başlıca etkenlerin ruhsal olduğu görüşünde birleşilmektedir. Kişinin yaşantıları, aile içindeki eğitimi, geçirdiği ruhsal örselenmenin belli başlı belirleyicilerdir.

Sağlıklı kişinin, ruhsal sağlığı bozuk kişiden en önemli farkı sorunları altında ezilmemesi, zor durumlardan gerçekçi çözümlerle ve uygun tepkiler vererek dengesi bozulmadan çıkabilmesidir(1,2).

Freud ruhsal bozuklukların, öncelikle nevrozların oluşumunda psikoseksüel gelişme dönemlerindeki sorunların ve saplantıla-

rın,nevrozların kaynağını oluşturduğunu ileri sürmüştür. Çocukluk çağında yaşanan cinsel yönelişlerin ve çatışmaların bilinç dışına itildiğini ve bunların ancak analitik yöntemlerle bilinç düzeyine çıkarılabileceğini açıklamıştır(23,24).

Psikoseksüel gelişme dönemlerini ve bu dönemlere özgü özellikleri cinsel haz bölgeleri (libidinal zone) diye bilinen bölgelere göre sıralamıştır(oral dönem, anal dönem gibi). Psikoseksüel gelişme kuramına göre bir dönemin özelliklerini yetişkin çağda da belirgin bir biçimde taşımak,o dönemde saplanmayı (fiksasyon) gösterir. Bir dönemde saplanma,o dönemle adlandırılan bir kişilik yapısını belirler(örneğin oral kişilik, anal kişilik gibi)(24).

Freud'dan sonra psikanalitik gelişim psikolojisine en önemli katkıyı Erik H.Erikson yapmıştır. Erikson'un ortaya koyduğu ilkeler ve kavramlar Freud'dan önemli sapma göstermemiş, tersine öncelikle benlik ruh bilimi(ego psychology) bakımından yeni boyutlar kazandırmıştır. Erikson'un görüşleri psikoseksüel gelişim kuramı ile toplumsal gelişim arasında köprü kurmuştur(24).

Erikson'a göre doğumdan sonraki ilk yılda,süt çocukluğu döneminde çocuk tam bağımlı ve edilgendir. Gereksinimlerini anne ya da anne yerini tutan birinin özenli bakımı ve ilgisi olmadan karşılayamaz. Sürekli uyarılma ve sevgi ister. Annesiyle ortak bir yaşam(Simbiosis) sürer, hep alıcıdır. Anneden ayrışmamış bir benliği vardır. Bu dönemde düzenli bakım ve ilgi görür, yeterli sevgi alırsa çocukta temel güven duygusu gelişir. Bu ruhsal gereksi-

nimleri karşılanmazsa temel güvensizlik yerleşir, çocuğun mental, ruhsal ve bedensel gelişimi aksayabilir. Ruhsal bozukluklar arasında temel güven duygusunda eksikliğin en iyi örneği çocukluk şizofrenisinde gözlenilebilir. Temel güven duygusunun yaşam boyu zayıf oluşu, yetişkin kişide şizoid yada depresif türden içe kapanma biçiminde görülebilir .

Çocuğun yürümeye, konuşmaya başladığı ikinci ve üçüncü yaşlar özerklik dönemi adını alır. Annesine bağımlılığı sürer, ama başına buyruk davranmak ister. Bağımlılıkla bağımsızlık arasında bocalar. Yedirilmeye, temizlenmeye, tuvalet eğitimine direnir. Kendisine ve eşyalara kolayca zarar verdiği için sürekli denetimi ve kollanması gerekir. Kuralları benimsetme, tehlikeden sakınmasını öğretme ve yasaklar koyma zamanı gelmiştir. Çocuğun özerkliğini engellemeden kuralları benimsemesine yardım etmek, saldırgan eğilimlerini ve söz dinlemezliğini olumlu yönlerle yöneltmek gerekir. Temiz ve düzenli olması için gereksiz baskılar çocuğun özerkliğini zedeler. Bu dönemde ağır utandırmalar ve cezalarla karşılaşan çocukta utanç ve kuşkuculuk duyguları yerleşir. Bu duyguların etkisi ile seçim yapabilme ve istenç yetilerinin gelişmesi engellenir(9,24).

Oyun dönemine (3-6 yaş) giren bir çocuk, kendi başına yemeğini yiyebilen, dışkısını düzenleyebilen, bedenini kullanabilen, söz dağarcığı artmış bir birey olmuştur. "Ben, benim" gibi sözlerin yerine daha uyumluluk belirten "Bizim, biz" sözcüklerini kullanmaya başlamıştır. Benlik duygusu gelişmiştir, kendisinin kız

yada erkek olduğunu bilir. Oyun ve oyuncak seçiminde kendi cinsinin eğilimleri iyice belirginleşir. Birlikte oynamaya ve paylaşmaya başlar. Bu dönemin en belirgin özelliği çocuğun kendi cinsinden anasını yada babasını örnek almasıdır. Özdeşim denen bu ruhsal süreç yardımıyla çocuk kendi kişiliğini ve cinsel kimliğini oluşturur. Erkek çocuğun davranışlarında fallik dönem (phallic -ihstrusive) özellikleri ağırlık kazanır. Kızda ise ele geçirme yada çekici oluş gibi davranış biçimleri gelişir. Bu dönem, Oedipus çatışmasının kastrasyon kompleksinin ve yasak-sevi (incest) duvarının algılandığı ve kavranıldığı dönemdir. Çocuğun bu dönemde cinsel konulara dalması, bitmek bilmez bir öğrenme merakının ortaya çıkması, bir anne, bir baba yerine geçmeye özenmesi ve bu doğrultuda emeller beslemesi girişim duygusunun öncüleridir. Girişim her eylemin zorunlu parçasıdır. Girişim, yaşamda verilen tüm savaşmaları, çabaları, başarıları tanımlayabilir.

Çocuksu emelleri, eylemleri, atılmaları, soru sormaları ve cinsel ilgileri yönünden sık sık korkutulan, ceza gören çocukta giderek ağır suçluluk duyguları doğuran bir üstbenlik gelişir. Böyle bir üstbenliği olan çocuk aşırı ürkek ve girişim duygusundan yoksun büyüyebilir. Bu tür girişim kısıtlanması ve suçluluk duyguları kişinin edilgen, ürkek ve bağımlı kalmasına yol açar. Kimi zaman da histerik belirtilere, cinsel güçsüzlük ve yetersizlik duygularına neden olabilir. Histerik belirtiler cinsel güçsüzlük gibi ruhsal bozukluklar, girişim ve eylem organlarının suçluluk duygusu ile tutulmasından başka bir şey değildir. Bu dönemin

olumlu benlik ögesi olan girişim duygusu, özerk ve özgür düşünmek, geleceğe yönelik emeller beslemek ve eyleme geçmek için rahatlık ve güç sağlar.

İlkokul dönemi (latency period) çocuğun aileden çıkıp dış dünyaya açıldığı dönemdir. Ana babasına bağımlılığı azalmıştır. Bütün gününü oyunda veya okulda geçirebilir. Kendi gereksinimlerini karşılayabilir. Erkek ve kız kimliğini iyice kazanmışlardır. Aynı cinsten çocuklar kendi aralarında oynamayı yeğlerler. Arkadaşlık bağları güçlenir, toplu ve kurallı oyunlara yönelirler. Ancak aralarında çekişme hiç eksik olmaz. Çünkü üstünlük kurma istekleri, öne çıkma dürtüleri güçlüdür. Yarışma, beceri gösterme ve çalışkanlık bu dönemin en belirgin özelliğidir. Bu yaşta çocukların hayranlığı, ana babadan öğretime kayar, öğretmenle özdeşim başlar. Arkadaşlık ilişkisinde ve okulda kendini gösteremeyen çocuk, yetersizlik ve aşağılık duygularına kapılır(9,24).

Ergenlik çağının gelmesi ile çocukluk çağı sona erer. Gençlik çağı başlar. Bu çağın kendine özgü özellikleri ve sorunları vardır.

Gençlik çağı delikanlılık (adolescence) ile eş anlamda kullanılırsa 15-21 yaşları arasındaki dönemi kapsar. Onbeş yaş öncesi (12-15 arası) ki ergenlik gelişmesinin yer aldığı evredir, ilk gençlik olarak bilinir. Bedensel büyümenin durmasından sonraki evrede uzamış, gençlik olarak adlandırılır, 21-25 yaş grubunu kapsar,

yüksek öğrenim yıllarına denk düşer ve kişinin işe girip yaşamını kazanmaya başlamasıyla son bulur. Bundan sonra genç erişkinlik dönemi başlar. Bu tanıma göre gençlik, kelime anlamı büyüme olan (adolescence) döneminden daha uzun sürer. Birleşmiş Milletler Örgütü genci "Bir işte çalışmayan ve kendi konutu olmayan 15-25 yaşları arasındaki kişi" olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre gençlik çağı tüketici ve bağımlı bir çağdır. Gelişmiş toplumlarda ve gelişmemiş ülkelerin varlıklı kesimlerinde gençlik çağı, yüksek öğrenimin bitimine kadar sürer.

Gencin içinde yaşadığı kültür, onun pek çok özelliklerini belirlerse de genellikle değişik toplumların gençleri arasında ayrılıklardan çok benzerlikler bulunur. Bunun nedeni açıktır; Delikanlılık cinsel uyanışın başladığı ve hızlı beden büyümesinin yer aldığı bir gelişme dönemidir ve evrensel özellikler gösterir.

Aristo gençlerin ortak özelliklerini şöyle sıralamıştır; Gençlerin istekleri pek çoktur ve bunları hemen eyleme dönüştürmek isterler. Bedensel isteklerine karşı koyamaz, özellikle cinsel isteklerine yenilirler. Çok değişkendirler. İstekleri geçicidir, birden parlak, birden söner. Tutkuludurlar, huysuz ve öfkelidirler. Kendilerini iç tepilerine kaptırır, tutkuların kölesi olurlar; önlerine dikilen en küçük bir engele bile katlanamazlar. Sevgide de nefrette de aşırıya kaçarlar. Her şeyi bildiklerini sanır onun için yanlışlarında direnirler.

Gençlik çağı olumlu olumsuz pek çok özelliğin bir arada bulunduğu bocalamalı, tutarsız, fırtınalı bir çağdır. Erişkin

kuşakların çağlar boyu korudukları bakış açısından bakıldığında, gençlik bir olumsuzluk yumağı olarak görünür. Gençler bencildirler, sorumsuz olurlar, sabırsızdırlar, ölçüsüzdürler, uçarıdırlar, gözükaradırlar, dikbaşlıdırlar, saygısızdırlar, asidirler, hoşgörüsüzdürler, hayalcidirler, gerçekleri önemsemezler, düşüncesizdirler, tedirgindirler, başkalarının kusurlarını görür kendi yanlışlarını görmezler, davranışlarının sonucunu kestiremezler. Ancak madalyonun bir de öteki yüzü vardır. Gençler coşkuludurlar, idealisttirler. İmandıkları kişilerin ardından gider, amaçları uğruna her özveriye katlanırlar. Deneyimleri az olsa da denemekten, ileri atılmaktan korkmazlar. İşe, eyleme hazırdırlar. Düşünmekten çok yapmaya ve uygulamaya önem verirler. Kendilerini kanıtlamak çabasındadırlar. Hakseverdirler, haksızlıklara karşı tepki gösterirler, yeniliklere, değişikliklere açıktırlar, bağımsız olmak, sorumluluk almak, adam yerine konmak için didinir dururlar. Genç ailesine veya topluma birgün olumlu yönü bir başka gün de olumsuz yüzünü gösterebilir. Bu çağda duygularda ve davranışlarda değişkenlik, çelişki ve tutarsızlık görülür.

Ancak şu da bir gerçektir ki, her gencin bocalaması aynı ölçüde değildir. Kimi genç gençlik çağının çalkantısını kendisine ve çevresine büyük sorun çıkarmadan atlatır, kimi gençler de bir uçtan bir uca gidip gelerek fırtınalı bir gelişme gösterir. Gençlerin büyük çoğunluğu bu gelişme dönemini yara almadan atlatıp erişkinliğe ulaşır. Başka bir deyişle gençlik çağının işlevlerini başarıyla tamamlar. Cinsel kimliğini kazanır, benlik bütünlüğünü

oluşturur, toplumsal beceriler kazanır, yeteneklerini geliştirerek toplumda kendine bir yer edinir.

Gençlik dönemini hiç sorunsuz geçirmek, pek çok yazarın belirttiği gibi her zaman sağlık belirtisi değildir. Böyle kişiler çocukluğun bağımlı ve güvenli ortamından çıkamamış, deneme ve yanılmaktan korkan, ananın, babanın uslu çocuğu olarak kalan gençler olabilir. Ana babanın uzantısı olmakla yetinen, kendi bağımsızlığı için çaba göstermeyen bir genç, erişkin çağın sorunlarıyla başa çıkamaz.

Gençlik çağının olağan çalkantısını atlatamayan, gençliğin olumlu olumsuz özelliklerini erişkin çağa taşıyan bir genç de erişkin çağda sorunlarla karşılaşabilir.

Gençlik çağı ruhsal sorunların, davranış bozukluklarının arttığı yıllardır. Suça yönelme, alkol ve uyuşturucularla tanışma bu çağda başlamaktadır. Sorumsuz cinsel yaşam, evlilik dışı birleşmeler ve doğumlar da daha çok gelişmiş ülkelere özgü birer gençlik sorunudur.

Ergenlik çağının başlamasıyla gençte beliren bu değişiklikler başkaldırma, çelişkili duygu ve davranışlar nereden kaynaklanmaktadır? Her şeyden önce hızlı büyüme ve cinsel uyanış altbenlik(id) dürtülerinde, güçlenme yaratmakta, bunlar doyum için benliğe baskı yapmaktadırlar. Dolayısıyla benlik, artan baskılar altında bulunmakta, dürtüleri dizginleyebilmek için yeni savunma mekanizmalarını kullanmaya başlamaktadır. Benlik, dürtülere yol vermekle onları tümünden bilinç dışına bastırmak



arasında bocalamaktadır. Bunun sonunda genç hem kendi içinde, hemde çevresiyle çatışmaya düşmektedir. Üzletle söylemek gerekirse, ergenlik çağıyla birlikte benlikte göreceli bir güçsüzlük ve yetersizlik başgöstermektedir. Eskiden yararlı olan savunma mekanizmaları yetersiz kalmaktadır. Gencin davranış ve duygularındaki iniş çıkışlar, tutarsızlıklar bozulan iç dengenin dışa yansıyan görüntüleridir. Başka bir deyişle benlik bu yeni duruma uymak için gerekli esnekliği gösterememektedir. Bu uyum çabalarının sonucu ortaya, gençlik çağı için olağan saydığımız kimlik bunalımı (identity crisis) çıkmaktadır(24,25).

Kimlik bunalımının yaşanması ne denli sağlıklıysa bu bunalımın aşılması da o denli gereklidir. Genç, anne babayla özdeşim yoluyla oluşturduğu çocukluk kimliğiyle yetinmek istememektedir. Bu nedenle yeni denemelere girmekte, anne-babasını yadsımaya çabalamakta, kendine yeni örnekler seçerek yeni özdeşimler denemektedir. Sonuçta genç, eski ve yeni özdeşim örneklerinden kendisine yeni kimlik çıkarmaktadır. Eskilerin bir bölümünü yadsımakta, bir bölümünü benimseyerek yenilerle birleştirmekte, yeni bir senteze varmaktadır. Erikson'un dediği gibi kimlik oluşumu, özdeşimin bittiği yerden başlamaktadır. Ortaya gencin kendine özgü değerleri, amaçları ile bütünlük oluşturan özgün bir kimlik çıkmaktadır. Kimlik duygusunu oluşturan genç hem kendini bir çevreye, bir değerler bütününe bağlı olarak duymakta, hem de kendi başına bir varlık, bir birey olduğunun bilincine varmaktadır.

Kimi gençler kimlik bunalımını atlattmakta çok güçlük çeker, kimlik bunalımı uzatarak kimlik karmaşasına (identity konfüzyon) döner. Erikson kimlik karmaşasını yaşayan genci şöyle tanımlar: İnsanlara yaklaşma ve sıkı ilişkiler kurmada başarısızlık gösterir ve bunun sonucu yalnızlık çeker. Uygun olmayan rastgele kişilerle arkadaşlık eder. Çalışmama, kendini bir işe verememe, dikkatini toplama güçlüğü belirgindir. Yarışmadan kaçır ve yeteneklerine uymayan işlerde kendini tüketir. Ailenin ve toplumun onaylamadığı rollere girer, ters yada olumsuz kimliğe bürünür. Zaman kavramları belirsizdir ve zamanın bir değişme getireceğine inancı yoktur. Kimlik karmaşasına giren bu gençlerde benlik sınırları iyi çizilmemiştir. Bu nedenle çok yakın insan ilişkileri onları ürkütür, benliklerini yitiriyormuş duygularına kapılırlar. Kimlik karmaşasının ağır biçiminde, sınır kişilik (borderline personality) adı verilen klinik bir görünüm ortaya çıkar. Kişi zaman zaman gerçekle bağını kopararak, psikotik belirtiler geliştirebilir. Anksiyete ve depresyon gelişebilir. Kimi zaman iç tepisel (impulsive) davranışlar gösterir; intihar girişiminde bulunabilir. Yalnızlığından kurtulmak için yüzeysel ilişkilere girer. Hiç bir şeyden zevk almaz. İnsanlarla ilişkileri sürekli uyumsuzluk içinde geçer. Zaman zaman kuşkucu olur. Alıngandır ve eleştiriye gelmez, kendisine hep haksızlık yapıldığını düşünür.

Kimlik karmaşasından bir çıkış yolu da ters, olumsuz kimlik (negative identity) geliştirmektir. Toplum içinde bir yer edinemeyen, geleceğinden de umudu kesen genç, topluma sırt çevirebilir,

sınıfını, uyruğunu, dinini, ülkesini, yetiştiği ortamın tüm değer yargılarını yadsıyabilir. Bazı gençlerde topluma sırt çevirmek yerine topluma meydan okumak, olumsuz kimliğini kanıtlamaya, benimsetmeye çalışırlar. Şiddet eylemcileri, teröristler bunlara örnek gösterilebilir. Kimlik karmaşasına düşen bir genç, kişilere ve değerlere bağlanmak yeteneğinden yoksundur. Yaşama anlam kazandıran uğraşlardan,sevgi bağlarından, inanç ve amaçlardan yoksun kalır(24).

Sanayileşme yolundaki ülkelerde bir meslek sahibi olmak için uzamış eğitim zorunluluğu, gencin aileye her yönüyle, geleneksel kültürlerde yaşayan gençlere oranla,çok daha uzun bir süre bağımlı kılmaktadır. Bu durumda, çatışmanın şiddetinin ve gide-rek kuşaklar arası gerginliklerin artmasına neden olmaktadır. Üniversiteye başlama,gençlik çağının olağan çalkantısını atlata-mayan, bu çağın sorunlarının üstesinden gelemeyen gençlerde,ruhsal sorunların artmasında ve belirginleşmesinde tetikleyici bir faktör olabilmektedir(9).

Anadolu Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezinde Psikiyatri Bölümüne başvurmuş ve başvurmamış öğrenciler arasında,sorunlar bakımından farklılık olup olmadığı ve farklılıklarla semptomlar arasında ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada,ruhsal belirti gösteren öğrencilerin arkadaş ilişkileri,fakülteye uyum sorunları, kişisel ve ailevi sorunlar bakımından yüklü oldukları saptanmıştır. Ayrıca cinsel sorunların kimlik karmaşasında ağırlık kazandıdığı, kimlik karmaşası vakalarının %32'sinde önemli ölçüde

cinsel sorun olduğu saptanmıştır. Bu oran depresyonlarda %17, anksiyete reaksiyonlarında %15, diğer ruhsal rahatsızlıklarda %10 olarak saptanmıştır. Ruhsal belirti gösteren öğrencilerin zaten üniversiteye başlamanın getirdiği yeni stresleri taşıyamayarak daha çok rahatsızlandıkları ileri sürülmüştür(3).

Sands'e göre üniversiteye başlama, birçok gençte şizofrenik sürecin başlamasında etken olmuştur. Liseden parlak başarılarla gelen, hep övülmüş, el üstünde tutulmuş, başarı tutkunu kimi gençler üniversitede bu yeni yarışma ortamında bocalayarak dengelerini yitirmektedirler. Başka bir deyişle başarı ile ayakta durabilen, aslında sosyal uyumları zayıf ve güvensiz olan bu gençlerin ruhsal dengelerini sürdüren eski başarı ve destekleri azalınca psikotik yatkınlıkları psikoza dönüşmektedir(9,26).

Literatür gözden geçirildiğinde, gençlerde görülen ruhsal belirtilere yönelik araştırmaların az olduğu dikkati çekmektedir. Çocukluk çağına ilişkin her 100 çalışmaya karşılık, gençlik çağına ilişkin 120 çalışma olduğu saptanmıştır. Oysaki, ruhsal bozukluk belirtilerinin görülme oranı gençlerde, çocuk ve erişkinlerden her zaman daha fazla olmaktadır(27).

İntihar oranları da gençlerde daha yüksektir. 16-22 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında intiharlar 3'ncü sırayı almaktadır. İntiharların ölümlerle sonuçlananları, erkeklerde kızlara oranla 3 kat daha fazladır. Araştırmalar, intihar girişiminde bulunan gençlerin bir kısmında erkeklerde daha fazla oranda olmak üzere depresyon bulmuşlardır. Klinik deneyim ve veriler hem intihar hem de intihar

girişiminde en olağan bulgunun mutsuzluk, suçluluk hissi, reddedilme ve yoksunluk duygularından oluşan depresif görüntü olduğunu göstermiştir(28,29,30).

Srole ve arkadaşları, Üniversite öğrencileri arasında %9-12 oranında ruhsal bozukluk görüldüğünü saptamışlardır(31). Nicholi Harward Üniversitesinde 5 yıllık incelemesinde okulu bırakan 1454 öğrenci arasında, diğer öğrencilere oranla ruhsal bozuklukların 4 kat daha fazla görüldüğünü saptamıştır(6). Masterson ise hiç hekime başvurmamış adolesanlarda %65 oranında anksiyete ve depresyon belirtileri bulunduğunu bildirmiştir(7). Marziali, Toronto Üniversitesinde bir akademik yıl içinde tüm öğrencilerde depresyon görülme oranını %43.6 olarak saptamıştır(4).

Türkiye'de bu konu ile ilgili yayınların daha çok Mediko Sosyal Merkezlerince yapılmış olduğu dikkati çekmektedir. İ.Ü.M.S Merkezinin bir tarama çalışmasında 1967-1980 yılları arasında merkeze başvuranların %10-11'nin ruhsal yakınmalarla geldiği saptanmış, bunların yaklaşık %1'nin ciddi ruhsal bozukluk, kalanının psikonevroz olduğu saptanmıştır(4).

Gençtan A.Ü.M.S.Merkezine başvuran öğrencilerle yaptığı çalışmada %3.1 geçirilmiş şizofreni ve reaktif anksiyete, %5.4 seksüel deviasyon, %12.7 borderline tanısı belirlemiştir. Ayrıca öğrencilerin %37.2'sinde ders çalışmama, can sıkıntısı, unutkanlık, çevreye ilgisizlik, zihni yorgunluk, uykusuzluk yakınmalarının ön planda olduğu, %8'inde ise uyum güçlüğü ve psikosomatik yakınmaların olduğu belirtilmiştir(32).

Güney ise aynı merkezde 1980-81 öğretim yılında yeni kayıt olan birinci sınıf öğrencilerinde depresyonun klinik olarak %8.7, subklinik belirtilerin ise %69 oranında görüldüğünü saptamıştır(33). Ekşi, gençler ve sorunlarına geniş psikososyal açıdan yaklaşarak pek çok faktörü incelemiştir(8).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaların bir kısmı tıp öğrencileri ile ilgilidir. Bu araştırmaların çoğunda, tıp öğrencilerinin diğer üniversite öğrencilerinden daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır. Bu sonucun elde edilmesinde tıp öğreniminin uzun ve öğretim programının yüklü olmasının rolü olduğu ileri sürülmektedir(34,35,36,37).

Funkenstein tıp öğrencilerinde görülen ruhsal belirtilerle, sorun alanları arasında ilişkiyi araştırmış, tıp öğrencilerinin sorun alanlarından bazılarının tıp fakültesine uyum güçlüğü, rekabet hissi, boş zaman yokluğu, fakülte çalışanları ile iletişim güçlüğü, tıptaki hızlı gelişmeler nedeniyle öğrenilecek materyalin fazla olması, isteklerde çatışma, tıbbi uygulamalarda yetersizlik hissi ve hata yapma korkusu, tıp öğreniminin pahalı bir öğrenim olması olduğunu saptamıştır(17).

Araştırma sonuçlarına göre başvurma nedenleri farklı olsa da tıp öğrencilerinin yaklaşık 1/4'ünün mezun olmadan önce psikiyatrik konsültasyona gereksinim duydukları, bu öğrencilerin çoğunun psikoterapiden yarar gördüğü saptanmıştır(18).

Vaillant, tıp öğrencilerinin ruhsal belirtilerin görülmesinde öğrencilerin yaşam deneyimlerinin ve kişilik özelliklerinin

rolü olduğunu ileri sürmüştür(34).

Salmons bir İngiliz Tıp Fakültesinde 25 yıllık süre içinde öğrencilerin %19'unda ruhsal bozukluk görüldüğünü, bunlardan %2.4'ünün öğrenimlerini aksatacak düzeyde rahatsızlığı olduğunu, %1'inin ise hastaneye sevk edildiğini saptamıştır.

Bu öğrencilerin çoğu öğrenimlerini bitirerek doktor olmakta, ruhsal sorunlarının devam edip etmediği ya da ruhsal sorunlarının iş yaşamlarına etkileri ise bilinmemektedir. Ruhsal sorunları olanların %35'inin öğrenimlerini yarım bıraktıkları saptanmıştır(35).

Thomas, John Hopkins Tıp Okulundan mezun olan hekimlerin kayıtlarını incelediğinde, intihar oranının yüksek olduğunu saptamıştır(36). Saslow tıp öğrencilerinde anksiyete oranının yüksek olduğunu saptamıştır(18). Lief ve Young, tıp öğrencileri arasında Obsesif-Kompulsif bozukluğun yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir(38). Woods ve Silverman ise hipokondriak düşüncelerin tıp öğrencilerinde görülen yaygın bir fenomen olduğunu, öğrencilerin güncel olarak üzerinde çalıştıkları hastalıklarla ilgili semptomlara benzer semptomlar geliştirdiğini saptamışlardır(39).

Thomas tıp öğrencilerinde alkol bağımlılığı oranının %10, ilaç bağımlılığı oranının %8 olduğuna dikkat çekmiştir(36). İ.Ü. T.F. öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %18'inde depresyon saptanmıştır(40). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluk oranının %4.8 olduğu saptanmıştır(41).

Bu oranların neden yüksek olduğu, risk taşıyan öğrencilerin tanımı ve alınabilecek önlemler konusunda görüş ve çalışmalar vardır(19).



## G E R E Ç   V E   Y Ö N T E M

Çalışmanın gerecini 1988-1989 öğrenim yılı içinde Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 519 öğrenci oluşturmaktadır.

Tıp öğrenimine yeni başlamış olmaları nedeni ile birinci dönem öğrencileri, ara dönem olmaları nedeniyle üçüncü dönem öğrencileri, öğrenimlerini bitirmekte olmaları nedeni ile altıncı dönem öğrencileri çalışma kapsamına alındı.

Uygulama ve değerlendirme gücünü gözönüne alınarak öğrenci sayısını sınırlamak amacı ile ikinci, dördüncü, beşinci dönem öğrencileri çalışma kapsamına alınmadı.

Yöntem olarak 1968'de Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçek olan Symptom Cheek List (SCL-90) uygulandı(42,43) (EK I).

SCL-90, değişik hasta gruplarında ve normal populasyon çalışmalarında ruhsal belirtilerin incelenmesinde kullanılmaktadır. 90 soru tümcesini kapsar. Bireyin kendisinin puanladığı, self rating bir ölçektir. Türkiye'de de çeşitli tez ve adolesan gruplarına ilişkin çalışmalarda kullanılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarının ortak özellikleri, ölçeğin Türkiye'de de geçerli ve

güvenilir olarak kullanılabileceğini desteklemektedir(44,45, 46,47).

SCL-90 dokuz alt grup ve bir ek skaladan oluşmaktadır. Alt gruplar ve her birindeki tümce dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir.

TABLO I: SCL-90 ALT GRUPLARININ TÜMCE DAĞILIMI

ALT GRUP	TÜMCE SAYISI
1.Somatizasyon	12
2.Obsesif-Kompulsif B.	10
3.Kişilerarası Duyarlılık	9
4.Depresyon	13
5.Anksiete	10
6.Öfke-Düşmanlık	6
7.Fobik Anksiete	7
8.Paranoid Düşünce	6
9.Psikotizm	10
10.Ekskala	7
TOPLAM	90

Ölçekteki tümcelerden her biri ruhsal ya da bedensel bir belirtiyi içermektedir.

Öğrencilerden son bir ayda bu belirtilerin kendilerinde olup olmadığına göre,her tümceye 0-4 arasında bir puan vermeleri istendi. Puanlar 0:hiç, 1:çok az, 2:orta derecede, 3:oldukça

fazla, 4:ileri derecede, olmak üzere derecelendirildi.

Öğrencilerin her alt grup için verdikleri puanların toplamının tümce sayısına bölünmesiyle, elde edilen alt grup puanları, bir profil haline getirilerek belirti dağılımları incelendi.

Genel Semptom İndeksi(GSİ) hesaplanarak ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olup olmadığı değerlendirildi. GSİ'nin 1.0 in altında olması belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını, 1.0 in üzerinde olması ise belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu gösteriyordu.

Ayrıca öğrencilere Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından geliştirilen, öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgi toplamaya yönelik bir anket formu uygulandı(EK II).

Uygulama sırasında öğrencilerin, tümceleri herhangi bir etki altında kalmadan yanıtlamalarını sağlamak amacıyla isim-soyadı belirtmeleri istenmedi.

Anket formu ile elde edilen bilgiler değerlendirilerek % olarak gösterildi.

## B U L G U L A R

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde görülen ruhsal belirtileri ve dağılımını incelemek amacıyla çalışma kapsamına alınan 519 öğrencinin 233 (%44)'ü kız, 286 (%56)'sı erkekti.

Bunlardan birinci dönem öğrencilerinin sayısı 185 (%36)'di. 81 (%45)'i kız, 104 (%55)'ü erkekti. Yaş ortalamaları 19.5'di. Üçüncü dönem öğrencilerinin sayısı 214 (%42)'tü. 89 (%41)'u kız, 125 (%59)'i erkekti. Yaş ortalamaları 20.7 idi. Altıncı dönem öğrencilerinin sayısı 120 (%24) idi. 63 (%56)'ü kız, 57 (%44)'si erkekti. Yaş ortalamaları 23 idi.

Ruhsal belirtilerin ve dağılımının incelenmesinde kullanılan Symptom Check List (SCL-90) sonuçları değerlendirildi.

Tüm öğrencilerin SCL-90 ölçeğinde aldıkları puanlardan elde edilen ruhsal belirtilerin patoloji düzeyini gösteren Genel Semptom İndeksi (GSI) 0.76 olarak saptandı.

Tüm öğrencilerin ruhsal belirti oranları ve alt gruplara göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

TABLO II:TÜM ÖĞRENCİLERDE RUHSAL BELİRTİ ORANLARI VE ALT GRUPLARA GÖRE DAĞILIMLARI

ALT GRUP	$X_T$
Somatizasyon	0.59
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.05
Kişiler Arası Duyarlılık	1.02
Depresyon	0.74
Anksiete	0.73
Öfke-Düşmanlık	0.84
Fobik Anksiete	0.48
Paranoid Düşünce	0.89
Psikotizm	0.56
GSİ	0.76

$X_T$ :Tüm öğrencilerde ortalama ruhsal belirti oranı.

Ruhsal belirilerin tüm öğrencilerde alt gruplara göre dağılımı incelendiğinde,en yüksek ruhsal belirti oranlarının Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.05) ve Kişilerarası Duyarlılık(1.02) skalasında elde edildiği saptandı. Bu skalalarda oranların 1.0'ın üzerinde olması,ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu göstermektedir.

Daha az oranda olmakla birlikte ruhsal belirti oranlarının Paranoid Düşünce (0.89), Öfke-Düşmanlık (0.84), Depresyon(0.74), Anksiete (0.73), skalalarında da yüksek olduğu saptandı. Bu skalalarda oranların 1.0'ın altında olması,ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Somatizasyon (0.59), Psikotizm (0.56) ve Fobik Anksiete (0.48) belirti oranlarının daha düşük olduğu saptandı.

Ruhsal belirtilerin cinse göre dağılımı incelendiğinde , ortalama ruhsal belirti oranı(GSİ) erkek öğrencilerde 0.90, kız öğrencilerde 0.75 olarak elde edildi. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla (0.90/0.75) daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptandı. Ruhsal belirti oranlarının cinse göre dağılımı Tablo III'de, oranların karşılaştırılması ise Grafik I'de gösterilmiştir.

TABLO III:RUHSAL BELİRTİLERİN CİNSE GÖRE DAĞILIMI

ALT GRUP	$X_K$	$X_E$
Somatizasyon	0.74	0.55
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.16	1.12
Kişilerarası Duyarlılık	1.04	1.16
Depresyon	0.90	0.82
Anksiete	0.73	0.85
Öfke-Düşmanlık	0.74	1.07
Fobik Anksiete	0.40	0.64
Paranoid Düşünce	0.71	1.03
Psikotizm	0.32	0.87
GSİ	0.75	0.90

$X_K$ :Kız öğrenciler

$X_E$ :Erkek öğrenciler

Kız ve erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımı incelendi. En yüksek ruhsal belirti oranlarının

erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık (1.16), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (1.12), Öfke-Düşmanlık (1.07), Paranoid Düşünce (1.03) skalalarında elde edilmesine karşın, kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk (1.16), Kişilerarası Duyarlılık (1.04) skalalarında elde edildiği saptandı.

Bu skalalarda oranların 1.0'ın üzerinde olması ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu göstermektedir. En yüksek belirti oranı erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık(1.16) skalasında elde edilmesine karşın, kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk (1.16) skalasında elde edildi.

Kız öğrencilere oranla erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık (1.16/1.04), Öfke-Düşmanlık (1.07/0.74), Paranoid Düşünce (1.03/0.71), Anksiyete (0.85/0.73) belirtilerinin daha fazla oranda görülmesine karşın, kız öğrencilerde Somatizasyon (0.74/0.55), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1.16/1.12), Depresyon (0.90/0.82) belirtilerinin daha fazla oranda görüldüğü saptandı.

Erkek öğrencilerde kız öğrencilere oranla psikotizm belirtilerinin 2.7 kat daha fazla oranda görüldüğü saptandı. Ancak psikotizm belirtilerinin patolojik düzeyde olmadığı saptandı.

Ruhsal belirtilerin öğrenim yılına göre dağılımı incelendiğinde ortalama ruhsal belirti oranı (GSİ) birinci dönem öğrencilerinde 0.75, üçüncü dönem öğrencilerinde 0.91, altıncı dönem öğrencilerinde 0.51 olarak saptandı.

Ruhsal belirtilerin öğrenim yılına göre dağılımı Tablo IV'de verilmiştir.

TABLO IV:RUHSAL BELİRTİLERİN ÖĞRENİM YILINA GÖRE DAĞILIMI

ALT GRUP	$X_B$	$X_{\bar{U}}$	$X_A$
Somatizasyon	0.67	0.62	0.44
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.10	1.16	0.79
Kişilerarası Duyarlılık	1.02	1.15	0.77
Depresyon	0.80	0.75	0.61
Anksiete	0.72	0.95	0.36
Öfke-Düşmanlık	0.87	1.01	0.50
Fobik Anksiete	0.39	0.72	0.21
Paranoid Düşünce	0.69	1.15	0.72
Psikotizm	0.57	0.71	0.27
GSİ	0.75	0.91	0.51

$X_B$ :Birinci dönem öğrencileri       $X_{\bar{U}}$ :Üçüncü dönem öğrencileri

$X_A$ :Altıncı dönem öğrencileri

Ortalama ruhsal belirti oranlarının 1.0'ın altında olması belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını gösterdi.Ruhsal belirtilerin üçüncü dönem öğrencilerinde en yüksek oranda, birinci dönem öğrencilerinde daha az oranda, altıncı dönem öğrencilerinde en düşük oranda görüldüğü saptandı.

Birinci dönem öğrencilerinde ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek ruhsal belirti oranlarının Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.10), Kişilerarası Duyarlılık (1.02) skalalarında elde edildiği saptandı. Bu skalalarda ruhsal belirti oranlarının 1.0'ın üzerinde olması, belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu gösterdi. Daha az oranda olmakla birlikte Öfke-



Düşmanlık(0.87), Depresyon(0.80), Anksiete(0.72) skalalarında da ruhsal belirti oranlarının yüksek olduğu saptandı. Paranoid Düşünce (0.69), Somatizasyon (0.67), Psikotizm (0.57), Fobik Anksiete (0.39) belirti oranlarının daha düşük olduğu saptandı.

Birinci dönem öğrencilerinde depresyon belirtilerinin, üçüncü ve altında dönem öğrencilerine göre daha yüksek oranda olduğu saptandı.

Üçüncü dönem öğrencilerinde en yüksek belirti oranları Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.16), Kişilerarası Duyarlılık(1.15), Paranoid Düşünce(1.15), Öfke-Düşmanlık(1.01) skalalarında elde edildi. Bu skalalarda oranların 1.0'ın üzerinde olması, ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu gösterdi. Patolojik düzeyde olmamasına karşın Anksiete(0.95), Depresyon (0.75), Fobik anksiete(0.72), Psikotizm(0.71), Somatizasyon(0.62) belirti oranlarının daha düşük olmakla birlikte yüksek olduğu saptandı.

Altıncı dönem öğrencilerinde en yüksek ruhsal belirti oranları Obsesif-Kompulsif Bozukluk(0.79), Kişilerarası Duyarlılık(0.77), Paranoid Düşünce(0.72) skalalarında elde edildi. Oranların 1.0'ın altında olması bu skalalarda belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını gösterdi. Depresyon (0.61), Öfke-Düşmanlık(0.50), Somatizasyon(0.44), Anksiete (0.36), Psikotizm (0.27), Fobik Anksiete (0.21) belirtilerinin daha düşük olduğu saptandı.

Elde edilen ortalama belirti oranları(GSİ) karşılaştırıldığında, üçüncü dönem öğrencilerinin altıncı dönem öğrencilerinden

1.7 kat, birinci dönem öğrencilerinden 1.2 kat, birinci dönem öğrencilerinin ise altıncı dönem öğrencilerinden 1.4 kat daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptandı.

Ruhsal belirti oranları ve dağılımları yönünden aynı dönemdeki ve farklı dönemlerdeki kız ve erkek öğrenciler karşılaştırıldı.

Birinci dönem öğrencilerinde ortalama belirti oranının (GSİ), erkek öğrencilerde kız öğrencilere oranla daha yüksek olduğu saptandı(0.78/0.74).

En yüksek ruhsal belirti oranı her iki cinste de Obsesif-Kompulsif Bozukluk (1.10/1.10) skalasında elde edildi.

Kız öğrencilere oranla erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık (1.90/0.93), Öfke - Düşmanlık (0.96/0.75), Psikotizm (0.65/0.47) belirti oranları daha yüksek olmasına karşın, kız öğrencilerde Depresyon (0.84/0.78), Somatizasyon (0.82/0.65), Paranoid Düşünce (0.79/0.62) belirti oranları daha yüksek olarak elde edildi.

Ruhsal belirtilerin birinci dönem kız ve erkek öğrencilerde dağılımı Tablo V'de gösterildi.

TABLO V:RUHSAL BELİRTİLERİN BİRİNCİ DÖNEM KIZ VE ERKEK ÖĞRENCİLERDE DAĞILIMI

ALT GRUP	$K_B$	$E_B$	$X_B$
Somatizasyon	0.82	0.62	0.67
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.10	1.10	1.10
Kişilerarası Duyarlılık	0.91	1.09	1.02
Depresyon	0.84	0.78	0.80
Anksiete	0.72	0.72	0.72
Öfke-Düşmanlık	0.75	0.96	0.87
Fobik Anksiete	0.31	0.45	0.39
Paranoid Düşünce	0.79	0.62	0.69
Psikotizm	0.47	0.65	0.57
GSİ	0.74	0.78	0.75

$K_B$ :Birinci dönem kız öğrenciler

$E_B$ :Birinci dönem erkek öğrenciler

$X_B$ :Birinci dönem kız ve erkek öğrenciler

Üçüncü dönem kız ve erkek öğrencilerde belirti oranlarının, birinci ve altıncı dönem öğrencileriyle karşılaştırıldığında en yüksek oranda olduğu saptandı(0.92/0.91).

Birinci dönem öğrencileri ile karşılaştırıldığında, kız öğrencilerde 1.22 kat, erkek öğrencilerde 1.17 kat belirti artışı olduğu, kız öğrencilerde belirti artışının daha fazla oranda olduğu saptandı. En yüksek belirti oranları erkek öğrencilerde Paranoid Düşünce (1.51/0.64), Psikotizm (1.07/0.20), Öfke-Düşmanlık

(1.03/0.97), Fobik Anksiete (0.93/0.59) skalasında elde edilmesine karşın kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.46/0.95), Kişilerarası Duyarlılık (1.35/1.01), Depresyon (1.06/0.53), Anksiete (0.99/0.92), Somatizasyon (0.98/0.36) skalasında elde edildi(Tablo VI).

TABLO VI:RUHSAL BELİRTİLERİN ÜÇÜNCÜ DÖNEM KIZ VE ERKEK ÖĞRENCİLERDE DAĞILIMI

ALT GRUP	K <sub>Ü</sub>	E <sub>Ü</sub>	X <sub>Ü</sub>
Somatizasyon	0.98	0.36	0.62
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.46	0.95	1.16
Kişilerarası Duyarlılık	1.35	1.01	1.15
Depresyon	1.06	0.53	0.75
Anksiete	0.99	0.92	0.95
Öfke-Düşmanlık	0.97	1.03	1.01
Fobik Anksiete	0.58	0.93	0.72
Paranoid Düşünce	0.64	1.51	1.15
Psikotizm	0.20	1.07	0.71
GSİ	0.91	0.92	0.91

K<sub>Ü</sub>:Üçüncü dönem kız öğrenciler

E<sub>Ü</sub>:Üçüncü dönem erkek öğrenciler

X<sub>Ü</sub>:Üçüncü dönem kız ve erkek öğrenciler

Altıncı dönem kız ve erkek öğrencilerde ortalama ruhsal belirti oranlarının(GSİ),birinci ve üçüncü dönem öğrencileri ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu saptandı.

Ortalama ruhsal belirti oranı altıncı dönem kız öğrencilerde daha yüksek olarak elde edildi(0.53/0.51). Ancak belirti oranları arasındaki fark belirgin değildi.

En yüksek belirti oranı,kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk (0.82/0.75) ve Depresyon belirti oranınının (0.73/0.47) kız öğrencilerde daha yüksek oranda saptanmasına karşın, erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık (0.72/0.76), Paranoid Düşünce (0.75/0.68), Öfke-Düşmanlık (0.59/0.42), Somatizasyon (0.57/0.48) belirti oranlarınının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo VII).

TABLO VII:RUHSAL BELİRTİLERİN ALTINCI DÖNEM KIZ VE ERKEK ÖĞRENCİLERDE DAĞILIMI

ALT GRUP	$K_A$	$E_A$	$X_A$
Somatizasyon	0.48	0.57	0.44
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	0.82	0.75	0.79
Kişilerarası Duyarlılık	0.76	0.78	0.77
Depresyon	0.73	0.47	0.61
Anksiete	0.39	0.32	0.36
Öfke-Düşmanlık	0.42	0.59	0.50
Fobik Anksiete	0.27	0.14	0.21
Paranoid Düşünce	0.68	0.75	0.72
Psikotizm	0.28	0.25	0.27
GSİ	0.53	0.51	0.51

$K_A$ :Altıncı dönem kız öğrenciler  $E_A$ :Altıncı dönem erkek öğrenciler

$X_A$ :Altıncı dönem kız ve erkek öğrenciler

Uygulanan anket formu ile öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin edinilen bilgiler değerlendirildi. Öğrencilerin %81'inin il merkezlerindeki liselerden, %19'unun daha küçük yerleşim merkezlerindeki liselerden geldikleri saptandı. Üç büyük kentteki liselerden gelen öğrencilerin oranı ise %17.5'ti. Tıp Fakültesine girmeden önce başka bir yüksek öğrenim kurumuna devam etmiş olan öğrencilerin oranı %11 idi.

Öğrencilerin %30.3'ünün Eskişehir'de aileleri ile birlikte, %41'inin özel yada devlet yurdunda, %27'sinin ise arkadaşları ile evde kalmakta oldukları saptandı. Tek başına evde yada yakınlarının yanında kalmakta olan öğrencilerin oranı çok azdı.

Öğrencilerin %25'inin sosyo-ekonomik düzeyinin çok iyi, %45'inin iyi, %20'sinin orta, %10'unun ise düşük olduğu saptandı (Ek II).

Öğrencilerin %51'inin annelerinin ilkokul, %12'sinin ortaokul, %15'inin lise ve dengi okul, %7'sinin yüksek okul düzeyinde öğrenim gördüğü, geriye kalan annelerin ise okur-yazar olmadığı saptandı(%15).

Öğrencilerin %28'inin babalarının ilkokul, %10'unun ortaokul, %18.5'inin lise ve dengi okul, %27'sinin yüksek okul düzeyinde öğrenim gördüğü, geriye kalan babaların ise okur-yazar olmadığı belirlendi.

Aile bireyleri yada yakın akrabaları arasında ruhsal hastalık görülen öğrencilerin oranı %10.3'tür. Bu hastalıkların %2.45'inin hastalığı kabul etmediği,%2.45'inin düzenli tedavi görmediği %4.5'inin ise düzenli tedavi gördüğü saptandı.

## T A R T I Ő M A

Tıp Fakóltesi öğrencilerinde görölen ruhsal belirtileri ve dağılımlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, ruhsal belirtilerin patoloji düzeyini gösteren genel semptom indeksi (GSI) 0.76 olarak bulunmuştur. Bu indeksin 1.0'in altında olması, öğrencilerde görölen ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Bu bulgu tıp öğrencilerinde ruhsal belirti oranının yüksek olduğunu, ancak bu belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını bildiren çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur (11, 12, 16, 17).

Bu çalışmada elde ettiğimiz GSI diğer bir deyişle ortalama ruhsal belirti oranı, daha önce değişik popülasyonlarda SCI-90 uygulanarak yapılan çalışmalarda elde edilen GSI'leri ile karşılaştırıldı. Bu çalışmalardan biri Birsöz'ün (1980) sağlıklı erişkinler üzerinde yapmış olduğu çalışmadır. Bu çalışmada GSI 0.41 olarak bulunmuştur (45). Erişkinler üzerinde yapılan diğer bir çalışma Hayran'ın (1982) Çubuk Merkez Sağlık Ocağı çevresinde yapmış olduğu çalışmadır. Hayran GSI'ni 0.56 olarak saptamıştır (46). Elde edilen GSI'leri karşılaştırıldığında (0.76/0.41), (0.76/0.56) tıp öğrencilerinin erişkinlere oranla çok daha fazla ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır. Bu bulgu tıp öğrencilerinin eriş-

kinlere oranla daha fazla ruhsal belirti gösterdiğini bildiren konuya ilişkin çalışmalarla uyumludur(16).

Adolesanlar üzerinde yapılan çalışmalarda GSI daha yüksek bulunmuştur.Çuhadaroğlu (1987) kız ve erkek adolesanlardan oluşan çalışma grubunda GSI'ni 0.87 olarak, Fidaner-Fidaner(1984) yalnız kız adolesanlardan oluşan çalışma grubunda GSI'ni 0.95 olarak bulmuşlardır(47,48). Adolesanlarla karşılaştırıldığında tıp öğrencilerininin daha az oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır(Grafik III). GSI'leri arasında çok fazla fark olmaması (0.87/0.76) tıp öğrencilerinde adolesanlara yakın oranda ruhsal belirti görüldüğünü göstermektedir. Ruhsal belirtilerin en fazla adolesan çağda görüldüğünü bildiren çalışmalar gözönüne alındığında, bu bulgu tıp öğrencilerinde ruhsal belirti oranlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalarını destekler görünmektedir. Ruhsal belirtilerin adolesan çağdan erişkinliğe doğru giderek azaldığı varsayımı gözönüne alındığında,geçiş döneminde olan tıp öğrencilerinde elde edilen belirti oranının,normalde adolesanlarla erişkinlerde elde edilen belirti oranları arasında bir değer olması beklenen sonuçtur(49,50,51,52,53,54).

Doğan ve Göğüs(1987) yetiştirme yurtlarında kız ve erkek adolesanlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, GSI'ni 1.42 olarak saptamışlardır(49). Tıp öğrencileri ile karşılaştırıldığında, yetiştirme yurtlarındaki adolesanların çok daha fazla oranda(1.42/0.76) ruhsal belirti gösterdikleri görülmektedir. Ruhsal bozuklukları açısından toplumda en önemli risk gruplarından biri olan



yetiştirme yurdu öğrencilerinin sağlıklı tıp öğrencilerine oranla daha fazla ruhsal belirti göstermeleri beklenen sonuçtur.

Lloyd ve Gartrell A.B.D.'de Teksas Üniversitesinde 1981-1982 akademik yılı içinde Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, GSİ'ni 1.58 olarak saptamışlardır. Bizim saptadığımız GSİ ile karşılaştırıldığında (1.58/0.76) bu öğrencilerin iki kat daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır(16). Bu sonuç iki popülasyonun sosyodemografik özelliklerinin farklı olması, uygulama ve öğretim programlarının ve dolayısıyla stres düzeyinin farklı olması ile açıklanabilir. Bu konuda çözümlenici çalışmalara gereksinim vardır.

Çuhadaroğlu ruhsal ve fiziksel yakınmaları nedeniyle Hacettepe Üniversitesi öğrenci Sağlık Merkezine başvurup Psikiyatri Bölümüne refere edilen kız ve erkek üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada, GSİ'ni 1.28 olarak saptamıştır(4). Sağlıklı tıp öğrencileri ile karşılaştırıldığında, tedavi amacıyla psikiyatriye refere edilen bu öğrencilerin çok daha yüksek oranda ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır(1.28/0.76). Bu bulgu, tıp öğrencilerinin ruhsal yakınmaları nedeniyle psikiyatri bölümüne başvurmuş hastalarla karşılaştırıldığında, daha az oranda ruhsal belirti gösterdiklerini bildiren çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur. Lloyd ve Gartrell, psikiyatri bölümünde ayaktan tedavi gören hasta grubunda elde edilen belirti oranları ile tıp öğrencilerinde elde edilen belirti oranlarını karşılaştırmışlar; Tıp öğrencilerinde belirti oranlarının çok daha düşük olduğunu

saptamışlardır. Ayaktan tedavi gören hasta grubu, anksiyete nevrozu ve nevroitik depresyonu olan hastaları kapsamaktaydı. Belirti oranı anksiyete nevrozu olan hastalarda 2.02, nevroitik depresyonu olan hastalarda 2.31, tıp öğrencilerinde 1.58 olarak saptanmıştır.

Elde edilen bu bulgular, tıp öğrencilerinde ruhsal belirti oranının yüksek olduğunu, ancak bu belirtilerin tedavi gerektirecek düzeyde olmadığı varsayımını desteklemektedir(16).

Ruhsal belirtilerin tüm öğrencilerde alt gruplara göre dağılımı incelendiğinde; Obsesif Kompulsif Bozukluk(1.05) ve Kişilerarası Duyarlılık(1.02) belirtilerinin en fazla oranda görüldüğü saptanmıştır. Belirti oranlarının 1.0'in üzerinde olması bu belirtilerin patolojik düzeyde olduğunu, ancak bu oranların 1.0'in üzerinde yüksek bir değer olmaması bu patolojinin çok belirgin olmadığını göstermektedir.Elde edilen bu bulgu konuya ilişkin çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur. Tıp öğrencileri üzerinde yapılan çalışmaların çoğunda,Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Kişilerarası Duyarsızlık belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir(55,56). Ruhsal bozukluklara yatkınlık söz konusu olmadığında,Obsesif-Kompulsif kişilik özelliklerinin başarıyı kolaylaştırdığı, ancak uzun süren ve stres düzeyi yüksek, rekabetin fazla olduğu tıp öğrenimi süresince yatkınlığı olan kişilerde,bu kişilik özelliklerinin belirginleşerek semptom haline gelebileceği ileri sürülmektedir(16,37).

Lloyd ve Gartrell tıp öğrencilerinde Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.79) ve Kişilerarası Duyarsızlık (1.77) belirtilerinin en yüksek oranda görüldüğünü saptamış, ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımında bizim bulgularımıza uyan bir dağılım elde etmişlerdir(16). Lief , Young, Spruiell yapmış oldukları çalışmada, tıp öğrencilerinde Obsesif-Kompulsif Bozukluk belirtilerinin sıklıkla görüldüğüne dikkat çekmişlerdir(38). Hunter, Prince ve Schwartzman da bu varsayımı destekleyen bulgular elde etmişlerdir(57).

Ruhsal belirtilerin cinse göre dağılımında daha az oranda olmakla birlikte Paranoid Düşünce (0.89), Öfke-Düşmanlık (0.84), Depresyon (0.74), Anksiyete (0.73) belirtilerinin yüksek olduğu saptandı. Ancak bu belirtilerin patolojik düzeyde olmadığı gözlemlendi. Elde edilen bu bulgu Lloyd ve Gartrell'in, Saslow'un bulgularıyla uyumludur. Saslow, tıp öğrencilerinde görülen ruhsal belirtilerin en yaygın tiplerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Anksiyete ve Depresyon olduğuna dikkat çekmiştir(16,18).

Ruhsal belirtilerin cinse göre dağılımı incelendiğinde, kız öğrencilere oranla, erkek öğrencilerde daha fazla oranda ruhsal belirti görüldüğü saptandı(0.90/0.75). Bu bulgu, kız öğrencilerde daha fazla oranda ruhsal belirti görüldüğünü bildiren konuya ilişkin çalışmalarda elde edilen bulgularla farklılık göstermektedir(58,59,60,61,62).

Lloyd ve Gartrell, erkek öğrencilere oranla kız öğrencilerin daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdiklerini (0.98/0.87)

saptamışlardır(16). Heins ve Thomas tıp öğrenimi süresince, kız öğrencilerin daha fazla oranda ciddi ruhsal belirti gösterdiklerini bildirmişlerdir(59). Mitchell ve arkadaşları tıp öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada bu varsayımı destekleyen bulgular elde etmişlerdir(61). Davidson ve Gartrell bir başka çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla üç kat daha fazla oranda ruhsal belirti gösterdiklerini saptamışlardır(62).

Bu çalışmalarda elde edilen bulgulardan farklı olarak bizim çalışmamızda, erkek öğrencilere oranla kız öğrencilerde daha az oranda ruhsal belirti saptanmış olması, sosyokültürel bazı farklılıkların sonucu olabilir. Ayrıca tıp öğrenimi gören kız öğrencilerin, erkek öğrencilere oranla sosyokültürel yada sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek olmasının rolü olabilir. Ekşi Üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çeşitli araştırmalarda, yüksek öğrenim gören kız öğrencilerin ailelerinin sosyokültürel düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Sosyokültürel düzeyi düşük olan aileler genellikle kız çocuklarını yüksek öğrenime göndermemektedirler. Diğer taraftan bizde, toplumsal baskıların bu konuda fazla olması nedeni ile kız öğrencilerin ruhsal ve bedensel yakınmalarını ifade etmede güçlük çekmeleri, bir başka neden olabilir. Bu konuda çözümleyici araştırmalara gereksinim vardır.

Kız ve erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımı incelendiğinde, erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık belirtilerinin en fazla oranda görülmesine karşın, kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk belirtilerinin en

fazla oranda görüldüğü saptanmıştır. Ancak belirti oranları arasındaki farkın çok belirgin olmadığı görülmüştür. Ayrıca kız öğrencilere oranla erkek öğrencilerde Anksiyete, Üfke-Düşmanlık, Paranoid Düşünce belirtilerinin daha fazla oranda görülmesine karşın, kız öğrencilerde Depresyon, Somatizasyon belirtilerinin daha fazla oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu bulgular konuya ilişkin diğer çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur(16,63). Çuhadaroğlu çalışmasında, ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımında kız ve erkek öğrencilerde bizim bulgularımıza uyan bir dağılım olduğunu saptamıştır(4). Belirti oranları arasındaki farkların az olması dikkate alındığında, kız ve erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımında önemli bir farklılık olmadığı söylenebilir. Lloyd ve Gartrell kız ve erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımında, bizim bulgularımıza benzer olarak belirgin bir farklılık olmadığını saptamışlardır(16).

Ruhsal belirtilerin öğrenim yılına göre dağılımını incelendiğinde, ruhsal belirtilerin üçüncü dönem öğrencilerinde en fazla oranda (0.91), birinci dönem öğrencilerinde daha az oranda(0.75), altıncı dönem öğrencilerinde en düşük oranda (0.51) görüldüğü saptanmıştır. Elde edilen bulgular konuya ilişkin çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur(63,64). Lloyd ve Gartrell, ruhsal belirtilerin öğrenim yılına göre dağılımında bizim bulgularımıza uyar bir dağılımın olduğunu saptamışlardır. Ortalama belirti oranlarının birinci dönem öğrencilerinde 0.90, üçüncü dönem öğrencilerinde 0.92, altıncı dönem öğrencilerinde 0.86 olarak saptamışlardır(16).

Ruhsal belirtilerin normalde adolesan çağdan erişkin çağa doğru giderek azalması beklenirken, üçüncü dönem öğrencilerinde birinci dönem öğrencilerine oranla daha yüksek oranda ruhsal belirti görülmesi tıp öğreniminde özellikle ara dönemlerde stres düzeyinin yüksek olduğu varsayımını destekler görünmektedir(64). Ruhsal belirtilerin birinci dönem öğrencilerinde yüksek olması ise, öğrenime yeni başlayan bu öğrencilerin birdenbire yüklü akademik bilgilerle karşılaşmaları, başarısızlık kuşkularına kapılma ve uyum güçlüğünün bir sonucu olabilir(61,63). Öğrenim yılı göz önüne alınarak ruhsal belirtilerin alt gruplara göre dağılımında farklılıklar incelendiğinde, birinci dönem öğrencilerinde üçüncü ve altıncı dönem öğrencilerine oranla depresyon belirtilerinin daha fazla oranda görüldüğü saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu Saslow'un-Funkenstein'in bulguları ile uyumludur(17,18).

Öğrenim yılına göre kız ve erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin dağılımında farklılıklar incelendiğinde, birinci dönem erkek öğrencilerde ruhsal belirtilerin daha fazla oranda görülmesine karşın, üçüncü dönem kız ve erkek öğrencilerde bu farkın azalarak hemen hemen eşit oranlara ulaştığı, altıncı dönem öğrencilerinde ise kız öğrencilerde daha fazla oranda görüldüğü saptandı. Bu bulgu tıp öğrenimi süresince kız öğrencilerde daha fazla oranda belirti artışı olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (59,60,61,62,64,65,66,67). Tıp öğrenimi süresince kız öğrencilerde

daha fazla oranda belirti artışı olmasının kız öğrencilerin rol çatışması nedeni ile hekimlik rolünü benimsemede güçlük çekmeleri, benlik saygılarınının daha kolay zedelenebilir olması, kişiler arası ilişkilerde daha duyarlı olmaları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir(62,65,66,67,68). Elde ettiğimiz bulgular bu varsayımı destekler görünmektedir.

## S O N U Ç L A R

1. Ruhsal belirtilerin patoloji düzeyini gösteren Genel Semptom İndeksi(GSİ) tıp öğrencilerinde 0.76 olarak bulunmuştur. Bu indeksin 1.0'ın altında olması tıp öğrencilerinde görülen ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını göstermiştir.
2. Tıp öğrencilerinin erişkinlerden daha fazla oranda(0.76/0.41) adolesanlardan daha az oranda (0.87/0.76) ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır.
3. Obsesif-Kompulsif Bozukluk(1.05) ve Kişilerarası Duyarsızlık (1.02) belirtilerinin en yüksek oranda ve patolojik düzeyde olduğu, daha az oranda olmakla birlikte Paranoid Düşünce(0.89), Öfke-Düşmanlık(0.84), Depresyon (0.74), Anksiete (0.73) belirtilerinin en yüksek olduğu, ancak bu belirtilerin patolojik düzeyde olmadığı saptanmıştır.
4. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla (0.90/0.75) daha fazla ruhsal belirti gösterdikleri; ancak tıp öğrenimi süresince kız öğrencilerde daha fazla oranda ruhsal belirti artışı olduğu saptanmıştır.



5. Erkek öğrencilerde Kişilerarası Duyarlılık, Anksiete, Öfke-Düşmanlık, Paranoid Düşünce, Psikotizm, Fobik Anksiete belirtilerinin daha fazla oranda görülmesine karşın, kız öğrencilerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Depresyon, Somatizasyon belirtilerinin daha fazla oranda görüldüğünü; ancak farkların çok belirgin olmadığı saptanmıştır.
6. Ruhsal belirtilerin üçüncü dönem öğrencilerinde en fazla oranda, birinci dönem öğrencilerinde daha az oranda, altıncı dönem öğrencilerinde en düşük oranda olduğu saptanmıştır.

## Ö Z E T

Bu çalışmada, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde görülen ruhsal belirtileri ve dağılımını incelemek amacı ile, 519 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Belirilerin incelenmesinde Symptom Check-List (SCL-90) kullanılmıştır. Elde edilen veriler daha önceden yapılmış, konuya ilişkin çalışmalarla karşılaştırılarak, literatür ışığında tartışılmıştır.

K A Y N A K L A R

- 1.Öztürk M O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. NuroI Matbaacılık, Ankara 1988; 485-492.
- 2.Kaplan H I, Sadock B J. Compherensive textbook of psychiatry. Fourt edition. Williams Wilkins Baltimore, London 1985.
- 3.Güney M. Üniversite Öğrencileri Arasında Sorunlarla Semptomlar Arasındaki İlişkiler. XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Bildirisi. Adana, Mersin 1985; 98-101.
- 4.Çuhadaroğlu F. Üniversite Öğrencilerinde Psikiyatrik Semptom Dağılımı. XXII.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Marmaris 1986; 15-21.
- 5.Kidd B C. Psychiatric Morbidity Among Students.Brit J Prev S Med. 1967; 19:143-205.
- 6.Nicholi A M.Harvar Dropouts. Some Psychiatric Findings Am.J. Psychiatry. 1967; 124-205.
- 7.Masterson J F. The Symptomatic Adolescent. Delineation of Psychiatric Syndromes. Compherensive Psychiatry. 1966; 7:166-175.
- 8.Ekşi A. Gençlerimiz ve Sorunları. Doçentlik Tezi. İstanbul 1982.
- 9.Yörükoğlu A.Gençlik Çağı.Dördüncü Baskı, Tisanat, Ankara 1987.
- 10.Marshall E R.Measuring the Medical School Learning Enviroment. J Med Educ 1978; 53:98-104.

11. Radovanović Z, Gledović Z. Attitudes of Medical and Epidemiology. Soc Sci Med 1983; 17:1873-75.
12. Willer B, Keill S, Isada C. Survey of U.S and Canadian Medical Schools on Admissions and Psychiatrically At. Risk. Students. J Med Educ 1984; 59:928-36.
13. Hays R L, Dickson R L, Lyles R M. Treating Psychiatric Problems in Medical Students. Am J Psych 1986; 143:1428-31.
14. Lloyd C, Gartrell K N. A Further Assessment of Medical School Stress. J Med Educ 1983; 58:964-967.
15. Huebner A L, Royer A J, Moore J. The Assessment and Remediation of Dysfunctional Stress in Medical School. J Med Educ 1981; 56: 547-58.
16. Lloyd C, Gartrell N K. Psychiatric Symptoms in Medical Students Comprehensive Psychiatry. 1984; 25:552-65.
17. Funkenstein HD. The Learning and Personal Development of Medical Students and the Recent Changes in Universities and Medical Schools. J Med Educ 1968; 43:883-97.
18. Saslow G. Psychiatric Problems of Medical Students. J Med Educ 1956; 31:27-33.
19. Simon H J. Mortality Among Medical Students. J Med Educ. 1968; 43:1175-1182.
20. Kris K. Distress Precipitated by Psychiatric Training Among Medical Students. Am J Psych. 1986; 143:1432-35.
21. Borenstein BD. Should Physician Training Centers Offer Formal Psychiatric Assistance to House Officers. A Report on the Major Findings of Prototype Program. Am J Psych 1985; 142:1053-57.

- 22.Kear J D and Gladhart A M.Comparative Study to Identify High-frequency Words in Printed Materials.Perceptual and Motor Skills. 1976; 57:280-89.
- 23.Fenichel O.Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çeviren: Selçuk Tuncer. Ege Üniversitesi Matbaası,İzmir 1974.
- 24.Öztürk M O.Psikanaliz ve Psikoterapi.Sevinç Matbaası,Ankara 1985; 78-122.
- 25.Güleç C.Erçenlik Çağı Krizleri. XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimler Çalışmaları. Adana,Mersin 1985.
- 26.Sands D E.The Psychoses of Adolescence. J Mental Science.1956; 102:308-16.
- 27.Üzbyay H.Gençlikte Sağlık ve Hastalık Kavramları.XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Adana,Mersin 1985; 21-22.
- 28.Gispert M, Wheeler K.Suicidal Adolescents. Factors in Evaluation Adolescence. Adolescence. 1985; 80:753-62.
- 29.Sonuvar B.Gençlerde İntihar ve İntihar Girişimleri.XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Bildirisi. Mersin 1985; 26-28.
- 30.Wright LS.Suicidal Thoughts and Their Relationship to Family Stress and Personal Problems Among High School Seniors and Collage Undergates. Adolescence. 1985; 79:575-80.
- 31.Srole L.Mental Health in the Metropolis. Mc Graw Hill,New York, 1962.

- 32-Gençtan E.Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Psikolojik Sorunları Üzerine bir İnceleme.Doçentlik tezi(basılmamış)  
Ankara,1968.
- 33.Güney M.Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon ve Problem Alanlarının Akademik Başarı ile İlişkisi. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara 1985; 18-22.
- 34.Vaillant E Q, Sobowale C N.Some psychologic vulnerabilities of physicians. New Eng J Med. 1972; 287:372-375.
- 35.Salmons .Psychiatric Illness in Medical Students.Brit J Psych. 1983; 143:505-8.
- 36.Thomas C B.Precursors of Premature Disease and Death.Habits of Nervous Tensilen. John Hopkins Med J 1980; 147:137-145.
- 37.Arnstein RT.Emotional Problems of Medical Students. Am J Psychiatry.1986; 143:1422-23.
- 38.Lief HL, Young K,Spruiell V.Psychodynamic Study of Medical Student and Their Adaptational Problems. J Med Educ.1960; 35:696-709.
- 39.Woods SM, Vatterson J, Silverman J.Medical Students, disease: Hipocondiasis in Medical Education.J Med Educ.1966;41:785-90.
- 40.Aytar G, Erkman F.Bir Grup Ünivresite Öğrencisinde Yaşam Olayları, Depresyon ve Kaygı Araştırması.XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Bildirisi.Mersin 1985;75-79.
- 41.Göktepe E,Şenveli B,Karığlı N.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma.XXI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Bildirisi. Mersin 1985; 95-97.

42. Degoratis R L, Rickels K and Rock F A. The SCL-90 and the MMPI: A Step in the Validation of a New Self-Report Scale. Brit J Psych. 1976; 128:280-89.
43. Degoratis RL, Lipman S R, Rickels K. The Hopkins Symptom Check List (HSCL): A Self Report Symptom Inventory. Behavioral Science 1974; 19:1-15.
44. Gökler N. Nevrotik Kadın Hastalarının İlkokul Çağındaki Çocuklarının Ruhsal Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1978.
45. Birsöz S. Hastalık Öncesi Yaşam Değişimleri Ruhsal Sonuçları Üzerine Bir İnceleme. Basılmamış Doçentlik Tezi. Ankara, 1980.
46. Hayran O. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Ruhsal Sorunlara İlişkin Vak'a Kontrol Araştırması. Uzmanlık Tezi, Basılmamış, Ankara, 1982.
47. Çuhadaroğlu F. Liseli Gençlerde Psikiyatrik Semptom Dağılımı. Basılmamış Doktora Tezi. Ankara, 1985.
48. Fidaner H, Fidaner C. SCL-90 Ruh Sağlığı Testinin Uygulanması ve Metodolojik Sorunlar. XX. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Bildirisi. Bursa, 1984.
49. Göğüs A, Doğan İ. Yetiştirme Yurtlarında Symptom Check List-90 (SCL-90) ile Yapılan Bir Çalışma. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimsel Kongre Bildirisi. Marmaris, 1986; 415-418.
50. Whitney W. Depressive Symptoms and Academic Performance in Collage Student. Am J Psychiatry. 1971; 128:766-770.

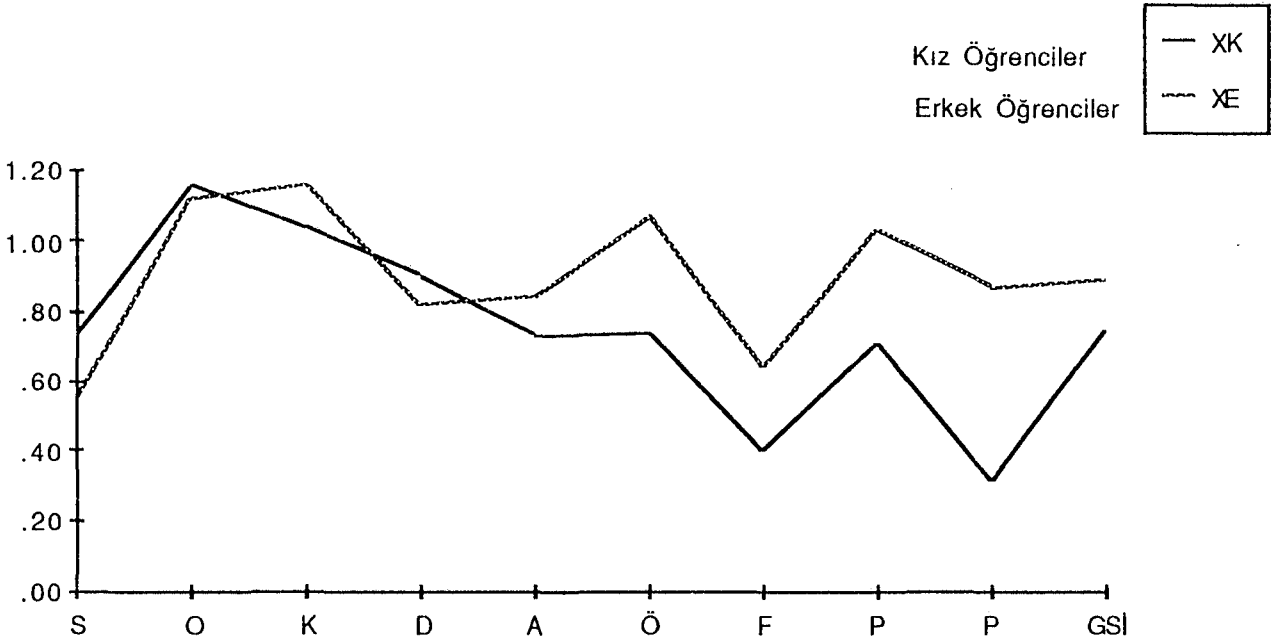
51. Smith G W. Psychiatric Disorder in Collage Population Arc Gen. Psychiatry. 1961; 9:351-61.
52. Calkins E V, and Wakeford R. Perceptions of instructors and Students of Instructors Roles. J Med Educ. 1980;55:623-24.
53. Weston A, Paterson A C. A Medical Students Support System at the University of Colorado School of Medicine. J Med Educ. 1982; 55:625-26.
54. Graham Rutter M. Psychiatric Disorder in the Young Adolescent. Proc Roy Soc Med. 1973;66:1226-29.
55. Weissman M M, Sholomskas D, Potterger M. Assessing Depressive Symptoms in five Psychiatric Population. A validasion study. Am J Psychiatry Epidemiology. 1977; 106:203-14.
56. Lipton A. Influence of Personality on Achievernet of Medical Students. Brit J Med Educ. 1975; 9:215-22.
57. Hunter R C A, Prince R H, Schwartzman A E. Comments on emotional Disturbances in a Medical Under Gradnate Population. Am J Med Assoc. 1961;83:989-92.
58. Ferrier M B, Woodward C A. Career Choices, Work Patterns and Perceptions of Under graduate Education of Mc Macter Medical Graduates, Comparison Between men and women CMA. J. 1982;126: 1411-14.
59. Heins M, Thomas J. Women Medical Student. 17 New Appraisal. J Med Womens Assoc. 1979; 34:408-15.



60. Lloyd C. Sex Differences in Medical Students Requesting Psychiatric Intervention. *J Nerv. Men Dis.* 1983; 171:535-45.
61. Mitchell R E, Matthews J R, Grandy T G. The Question of Stress Among First year Medical Students. *J Med Educ.* 1983; 58:367-72.
62. Davidson V M, Gartrell N K. Coping Styles of Women Medical Students. *J Med Educ.* 1978; 53:902-7.
63. Boyle P B, Coombs H R. Personality Profiles Related to Emotional Stress in the Initial Year of Medical Training. *J Med Educ.* 1971; 55:882-88.
64. Sacks M A, Forsh W A, Kesselman M. Psychiatric Problems in Third year Medical Student. *Am J Psychiatry.* 1980; 137:822-25.
65. Roos P N, Gaumont M, Colwill L N. Female and Physician: A sex Role Incongruity. *J Med Educ.* 1977; 52:345-46.
66. Bobula D J. Work Patterns, Practice Characteristics and Incomes of Male and Female Physicians. *J Med Educ.* 1980; 55:826-33.
67. Gray C. How will the New Wave of Women Graduates Change the Medical Profession. *CMAJ.* 1980; 123:798-801.
68. Weisman S C, Levine M D. Male and Female Physician Career Patterns Specialty Choices and Graduate Training. *J Med Educ.* 1980; 55:813-25.

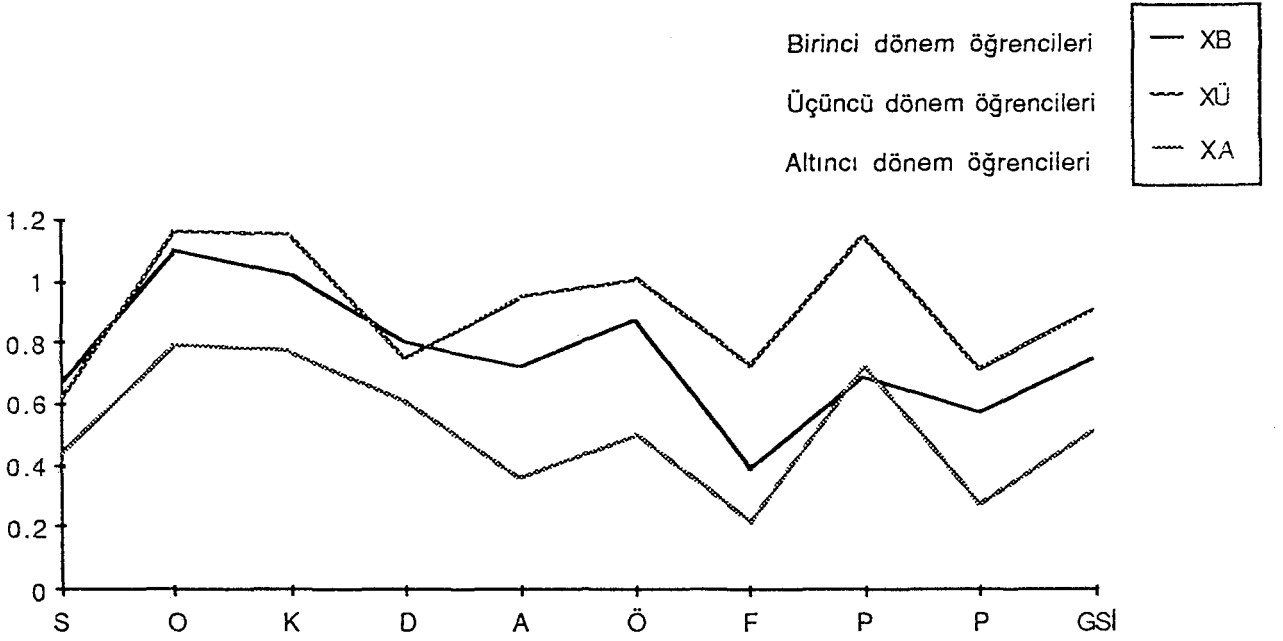
### GRAFİKLER

Soma- tizasyon	Obsesif.K. Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depres- yon	Anksi- yete	Öfke-Düş- manlık	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psiko tizm	GSİ
0.74	1.16	1.04	0.90	0.73	0.74	0.40	0.71	0.32	0.75
0.55	1.12	1.16	0.82	0.85	1.07	0.64	1.03	0.87	0.90



Grafik I: Ruhsal belirti oranlarının kız ve erkek öğrencilerde karşılaştırılması

Soma- tizasyon	Obsesif K. Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depres- yon	Anksi- yete	Öfke- Düşmanlık	Fobik Anksiy.	Paranoid Düşünce	Psiko- tizm	GSİ
0.67	1.10	1.02	0.80	0.72	0.87	0.39	0.69	0.57	0.75
0.62	1.16	1.15	0.75	0.95	1.01	0.72	1.15	0.71	0.91
0.44	0.79	0.77	0.61	0.36	0.50	0.21	0.72	0.27	0.51



Grafik II: Ruhsal belirti oranlarının I, III ve VI. dönem öğrencilerinde karşılaştırılması

Soma- asyon	Obsesif K. Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depres- yon	Anksi- yete	Öfke-Düş- manlık	Fobik Paranoid Anksi.Düşünce	Psiko tizm	GSİ	
.33	0.62	0.54	0.28	0.28	0.42	0.18	0.47	0.15	0.41
.73	1.17	1.34	1.02	0.85	0.96	0.49	0.98	0.63	0.93
.96	1.56	1.60	1.61	1.28	1.30	0.81	1.44	0.99	1.28
.71	1.60	1.76	1.55	1.44	1.41	1.09	1.51	1.28	1.42
.59	1.05	1.02	0.74	0.73	0.84	0.48	0.89	0.56	0.76

RUHSAL BELİRTİ ORANLARI

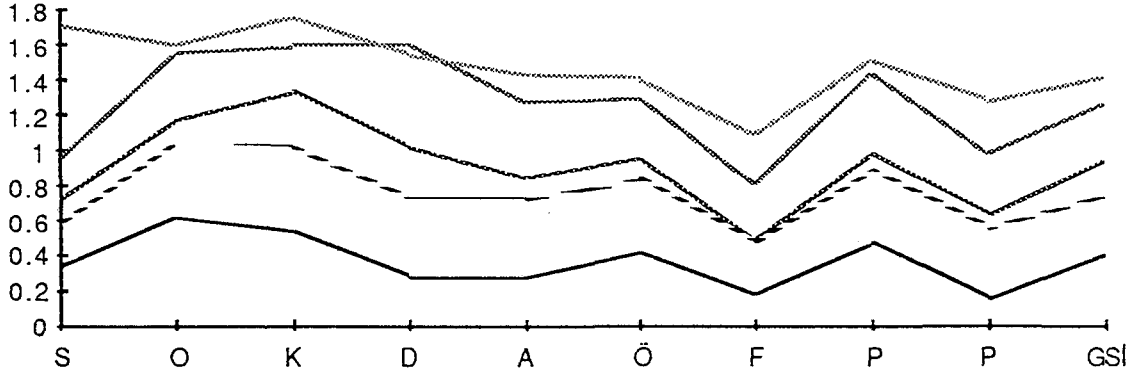
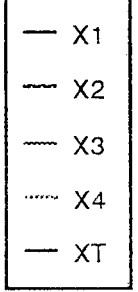
Erişkinlerde (Birsöz)

Adolesanlarda (Fidaner-Fidaner)

Üniversite öğrencilerinde (Çuhadaroğlu)

Yetiştirme yurdu öğrencilerinde (Doğan-Göğüş)

Tıp öğrencilerinde (Şirin)



Grafik III: Tıp öğrencilerindeki ruhsal belirti oranlarının daha önce SCL-90 kullanılarak yapılan çalışmalarda elde edilen değerlere oranı

EK I

Testi Alanın

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Medeni Hali:

Sınıfı:

Testin alındığı tarih:

SCL-90-R  
(SEMPTOM SIRALAMA LİSTESİ)

AÇIKLAMALAR:

Aşağıda herkeste zaman zaman olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır.

Lütfen bunların herbirini dikkatlice okuyun.Sonra bu gün dahil son bir ay içinde bu tür şikayetlerin olup olmadığını düşünün. Bu şikayetlerin sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini ise şikayete ilişkin bölümün yanındaki parantezlerden birinin içine (X) işareti koyarak belirleyin.Hiçbir bölümü atlamadan işaretlemeye lütfen özen gösterin.Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yazdığınız işareti silerek yeni yeri işaretleyin. Lütfen, başlangıç örneğini okuyarak anlamadığınız bir şey olduğunda testi uygulayan kişiye danışınız. Bu testin sonucunda elde edilen veriler yalnız ve yalnız sizlere yardım, veya isimsiz olarak araştırma amacıyla kullanılacaktır. Meslek ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.İşbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

ÖRNEK:

Aşağıdaki şikayetten sizde var mı? Ne derecede?

Örnek-Bel ağrısı	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri Derecede
	(X)	( )	( )	( )	( )

	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça	İleri
			Derecede	Fazla	Derecede
1-Baş ağrısı	( )	( )	( )	( )	( )
2-Sinirlilik ya da titreme	( )	( )	( )	( )	( )
3-Zihinden atamadığınız tekrarlayıcı düşünceler	( )	( )	( )	( )	( )
4-Baygınlık ya da baş dönmesi	( )	( )	( )	( )	( )
5-Cinsel arzu ve ilginin kaybı	( )	( )	( )	( )	( )
6-Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
7-Herhangi bir kimse veya gücün sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği düşüncesi	( )	( )	( )	( )	( )
8-Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlu olduğu duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
9-Olayları hatırlamada zorluk	( )	( )	( )	( )	( )
10-Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler	( )	( )	( )	( )	( )
11-Kolayca gücenip rahatsız olma hissi	( )	( )	( )	( )	( )
12-Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	( )	( )	( )	( )	( )
13-Caddeler ya da açık alanlarda korku hissi	( )	( )	( )	( )	( )
14-Enerjinizde azalma ya da yavaşlama	( )	( )	( )	( )	( )
15-Hayatınıza son verme düşüncesi	( )	( )	( )	( )	( )
16-Başka kişilerin duymadığı sesleri duyma	( )	( )	( )	( )	( )
17-Titrete	( )	( )	( )	( )	( )
18-Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği	( )	( )	( )	( )	( )
19-İştah azalması	( )	( )	( )	( )	( )
20-Kolayca ağlama	( )	( )	( )	( )	( )
21-Karşı cinsten şahıslara karşı utan- çalık veya rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )

	<u>Hiç</u>	<u>Çok az</u>	<u>Orta</u>	<u>Oldukça</u>	<u>İleri</u>
			<u>Derecede</u>	<u>Fazla</u>	<u>Derecede</u>
22-Kendini tuzağa düşürülmüş gibi hissetme	( )	( )	( )	( )	( )
23-Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	( )	( )	( )	( )	( )
24-Kontrol edilemeyen öfke patlmaları	( )	( )	( )	( )	( )
25-Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
26-Tüm olanlar için kendini suçlama	( )	( )	( )	( )	( )
27-Belinizin altında ağırlar	( )	( )	( )	( )	( )
28-İşleri yapma konusunda erteleme duygusu,sonraya bırakma isteği	( )	( )	( )	( )	( )
29-Yalnızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
30-Karamsarlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
31-Herşey için çok fazla endişe duyma	( )	( )	( )	( )	( )
32-Herşeye karşı ilgisizlik hali	( )	( )	( )	( )	( )
33-Korku hissi	( )	( )	( )	( )	( )
34-Duygularınızın kolayca incinmesi	( )	( )	( )	( )	( )
35-Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması	( )	( )	( )	( )	( )
36-Başkalarının sizi anlayamadığı ya da hissedemediği duygular	( )	( )	( )	( )	( )
37-Başkalarının sizi sevmediği ya da size dostça davranmadığı gibi duygular	( )	( )	( )	( )	( )
38-İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak	( )	( )	( )	( )	( )
39-Kalp atışlarının artması ya da çok hızlı çarptığı hissi	( )	( )	( )	( )	( )
40-Bulantı ya da midede rahatsızlık duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
41-Kendini başkalarından aşağı görme	( )	( )	( )	( )	( )
42-Adale ağırları	( )	( )	( )	( )	( )

	Hiç	Çok az	Orta	Oldukça	İleri
	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>Derecede</u>	<u>Fazla</u>	<u>Derecede</u>
43-Başkalarının sizi gözlediği ya da sizin hakkınızda konuştuğu duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
44-Uykuya dalmada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
45-Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	( )	( )	( )	( )	( )
46-Karar vermede güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
47-Otobüs, tren, metro gibi araçlarda seyahat etme korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
48-Nefes almada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
49-Sıcaklık ve soğukluk basmaları	( )	( )	( )	( )	( )
50-Sizi korkutan bir iş, yer veya durumdan kaçma korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
51-Hiçbir şey düşünmeme hali	( )	( )	( )	( )	( )
52-Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma ve karıncalanma	( )	( )	( )	( )	( )
53-Boğazınıza bir yumruğun tıkanıyor gibi olması	( )	( )	( )	( )	( )
54-Gelecek konusunda ümitsizlik duygularına kapılma	( )	( )	( )	( )	( )
55-Düşüncelerinizi toparlayabilmede güçlük çekme	( )	( )	( )	( )	( )
56-Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık varmış gibi bir duygu	( )	( )	( )	( )	( )
57-Gerginlik ya da coşkulanma	( )	( )	( )	( )	( )
58-Kol ve bacaklarda ağırlaşma	( )	( )	( )	( )	( )
59-Ölüm ya da ölmeyi düşünme	( )	( )	( )	( )	( )
60-Aşırı yemek yeme isteği	( )	( )	( )	( )	( )
61-İnsanlar size baktığı ya da sizin hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma hali	( )	( )	( )	( )	( )



	<u>Hiç</u>	<u>Çok az</u>	<u>Orta</u> <u>Derecede</u>	<u>Oldukça</u> <u>Fazla</u>	<u>İleri</u> <u>Derecede</u>
62-Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	( )	( )	( )	( )	( )
63-Bir başkasının başına vurmak, yaralamak ya da zarar vermek istekleri	( )	( )	( )	( )	( )
64-Sabahın erken saatlerinde uyanma	( )	( )	( )	( )	( )
65-Yıkama,soyma,dokunma gibi bazı hareketleri tekrar tekrar yapma	( )	( )	( )	( )	( )
66-Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık	( )	( )	( )	( )	( )
67-Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	( )	( )	( )	( )	( )
68-Başkalarının kabul edemediği inanç ve düşüncelerinizin olması	( )	( )	( )	( )	( )
69-Başkalarının yanında kendini çok sıkılan hissetme	( )	( )	( )	( )	( )
70-Alışveriş, sinema gibi yerlerde rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
71-Herşeyin bir yük gibi görünmesi	( )	( )	( )	( )	( )
72-Dehşet ve panik nöbetleri	( )	( )	( )	( )	( )
73-Toplum içinde yiyip içerken rahatsızlık hali	( )	( )	( )	( )	( )
74-Sık sık münakaşaya girme	( )	( )	( )	( )	( )
75-Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
76-Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	( )	( )	( )	( )	( )
77-Başkalarıyla birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
78-Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duymak	( )	( )	( )	( )	( )
79-Değersizlik duygularına kapılmak	( )	( )	( )	( )	( )
80-Size kötü birşey olacakmış duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
81-Bağırma ya da eşyaları fırlatma	( )	( )	( )	( )	( )
82-Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
83-İzin verirsiniz insanların sizi sömürebileceği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )

	<u>Hiç</u>	<u>Çok az</u>	<u>Orta</u> <u>Derecede</u>	<u>Oldukça</u> <u>Fazla</u>	<u>İleri</u> <u>Derecede</u>
84-Cinsellik konusunda sizi rahatsız eden düşüncelere sahip olmak	( )	( )	( )	( )	( )
85-Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği gibi duygular	( )	( )	( )	( )	( )
86-Korkutucu düşünceler ve hayaller	( )	( )	( )	( )	( )
87-Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	( )	( )	( )	( )	( )
88-Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymamak	( )	( )	( )	( )	( )
89-Suçluluk duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
90-Aklınızda bir bozukluk olduğu korkusu veya düşünceleri	( )	( )	( )	( )	( )

EK II

1-Mezun olduğunuz lisenin adı,yeri,mezuniyet yılı.

2-Tıp fakültesine girmeden önce herhangi bir yüksek öğrenim kurumuna devam ettiniz mi?

a.Evet.....Y.Ö.kurumunun adı Ayrılma nedeni:

b.Hayır

3-Eskişehirde kalmakta olduğunuz yer:

a.Ailemle birlikte b.Devlet Yurdunda c.Özel yurttta  
d.Arkadaşlarımla evde e.Tek başıma evde f.Yakınlarımla yanında

4-Ailenizin oturmakta olduğu yer:

5-Eviniz kaç odalı, sizin ayrı bir odanız var mı?

..... a.Var

b.Yok

6-Aileniz kaç kişiliktir?

7-Evde anne,baba,kardeşlerinizden başka sürekli kalan yakınlarınız var mı?

(büyükanne,hala,teyze,v.s.)

8-Ailenizin aylık ortalama gelir miktarı(toplam gelir)

a.100 binden az-100 bin b.200 bin-500 bin c.100 bin-200 bin d.500 binden fazla

9-Anne-babanızın

a.Her ikisi de sağ b.Anne sağ,baba ölmüş c.Baba sağ,anne ölmüş  
d.Her ikisi de ölmüş e.Ayrı yaşamaktalar

10-Anne-babanızdan biri ölmüşse ya da boşanmışlarsa, siz o zaman kaç yaşındaydınız.

11-Anne veya babanızdan biri ya da her ikisinin herhangi bir nedenle(yurt dışında başka bir ilde çalışma,mahkumiyet vs.) onun sizin evden ayrı kalıp kalmadığı?

Siz o zaman kaç yaşındaydınız?

12-Kaç kardeşsiniz(kendiniz dahil):

13-Sizden başka yüksek öğrenimde okumakta olan ya da bitirmiş kardeşiniz var mı?

a.Var b.Yok Okumakta olanların sayısı: Bitirmiş olanların sayısı:

14.Annenizin öğrenim durumu:

a.Okur yazar değil b.İlkokul mezunu c.Ortaokul mezunu d.Lise ve dengi okul  
e.Yüksek okul

15-Anneniz a.Çalışıyor b.Çalışmıyor İş(mesleği):

16-Babanızın öğrenim durumu:

a.Okur yazar b.İlkokul mezunu c.Ortaokul mezunu d.Lise ve dengi okul mezunu  
e.Yüksek okul mezunu

17-Babanızın mesleği:

18-Aile bireyleriniz arasında ya da anne-babanızın yakınları arasında ruh ya da akıl hastalığı olan, garip tutum ve davranışları,alkol alışkanlığı olan var mı?

a.Var b.Yok Tanısı: Neyiniz olur:

19-Varsa:a.Hastalığını ve tedaviyi kabul etmiyor b.Tedavi görüyor ancak düzenli değil

c.Düzenli olarak tedavi görüyor