

**T.C.
DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TINAZTEPE
YERLEŞKESİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÖĞRENCİLERDE ŞİDDETİN DEPRESYON
BELİRTİ SIKLIĞINA ETKİSİ**

DR. AYLİN ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2019

**T.C.
DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TINAZTEPE
YERLEŞKESİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÖĞRENCİLERDE ŞİDDETİN DEPRESYON
BELİRTİ SIKLIĞINA ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. AYLİN ŞİMŞEK

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY**

<u>İÇİNDEKİLER</u>	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Giriş	5
1.2. Amaç	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Depresyon	7
2.1.1. Ruhsal Hastalıklar	7
2.1.2. Duygudurum Bozuklukları ve Major Depresif Bozukluk	7
2.1.3. Depresyon Epidemiyolojisi	8
2.1.4. Depresyon Etiyolojisi	8
2.1.5. Depresyon Belirtileri ve Tanı Kriterleri	10
2.1.6. Depresyonun Seyri ve Sonlanması	10
2.1.7. Depresyon Belirtisi Tarama Ölçekleri	11
2.1.8. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Etmenler	11
2.2. Şiddet	14
2.2.1. Şiddet Tanımı ve Önemi	14
2.2.2. Şiddet Tipleri	14
2.2.3. Şiddet Şekilleri	15
2.2.4. Şiddetin Nedenlerini Açıklamada Ekolojik Model	16
2.2.5. Şiddetin Sonuçları	18
2.2.6. Şiddetten Korunma	19
2.2.7. Gençlik Şiddeti	19
2.2.8. Gençlik Şiddeti İçin Risk Faktörleri	20
2.2.9. Üniversite Yaşamında Şiddet ve Şiddetin Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi	25
3.4. Ulaşma Oranı	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5.1. Bağımlı Değişken	26
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	26
3.6. Değişkenlerin Tanımlanması	26
3.6.1. Bağımlı Değişkenin Tanımlanması	26
3.6.2. Temel Bağımsız Değişkenin Tanımlanması	27
3.6.3. Diğer Bağımsız Değişkenlerin Tanımlanması	28
3.7. Veri Toplama Yöntemi	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi:	30
3.9. Araştırma Planı ve Takvimi	30
3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler	30
4. BULGULAR	31
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	31
4.2. Çözümleyici Bulgular	42
4.2.1. Araştırma Grubunun Çözümleyici Bulguları	42
4.2.1.1. Araştırma Grubunda Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler	42
4.2.1.2. Araştırma Grubunda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi	47
4.2.1.3. Araştırma Grubunda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	48
4.2.2. Kadın Katılımcıların Çözümleyici Bulguları	52
4.2.2.1. Kadınlarda Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler	52
4.2.2.2. Kadınlarda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi	57
4.2.2.3. Kadınlarda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	58
4.2.3. Erkek Katılımcıların Çözümleyici Bulguları	61
4.2.3.1. Erkeklerde Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler	61
4.2.3.2. Erkeklerde Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi	66
4.2.2.3. Erkeklerde Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	67

5. TARTIŞMA	69
5.1. Tanımlayıcı Değişkenler	69
5.2. Depresyon Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Etmenler	74
5.3. Şiddetin Depresyon Belirtisi Sıklığına Etkisi	76
5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.1. Sonuçlar	80
6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	82
8. EKLER	91
EK-1: Veri Toplama Formu	91
EK-2: Etik Kurul Onay Formu	95

TABLO DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1. Türkiye’de üniversite öğrencilerinde depresyon belirti sıklığını ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmalar	13
Tablo 2. Üniversite öğrencilerinde şiddetin depresyon belirtisi sıklığına etkisini inceleyen araştırmalar	23
Tablo 3. Bölümlerdeki öğrenci sayıları ve ulaşma oranı	25
Tablo 4. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 5. Araştırma grubunun ebeveynlerinin öğrenim durumu ve gelir özellikleri	32
Tablo 6. Araştırma grubunun başarı ve memnuniyet durumu	33
Tablo 7. Araştırma grubunun bağımlılık özellikleri	33
Tablo 8. Araştırma grubunun hastalık varlığı ve ilaç kullanımı durumu	34
Tablo 9. Araştırma grubunun çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanları	35
Tablo 10. Araştırma grubunun çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumu	35
Tablo 11. Araştırma grubunun şiddet nedeniyle yaralanma ve kurum başvuru durumu	36
Tablo 12. Araştırma grubunun son bir yılda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma durumu	37
Tablo 13. Araştırma grubunun son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı	38
Tablo 14. Araştırma grubunun son bir yılda duygusal şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı	39
Tablo 15. Araştırma grubunun son bir yılda cinsel şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı	40
Tablo 16. Araştırma grubunun son bir yılda ısrarlı takibe maruz kalma durumu ve kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı	41
Tablo 17. Araştırma grubunda depresyon belirtisi varlığı dağılımı	42
Tablo 18. Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	42
Tablo 19. Depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve algılanan sosyal destek puanı	43
Tablo 20. Araştırma grubunda ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	44
Tablo 21. Araştırma grubunun başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	44
Tablo 22. Araştırma grubunun bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	45
Tablo 23. Araştırma grubunun çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma ve şiddet nedeniyle yaralanma durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	46
Tablo 24. Araştırma grubunun son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	47

Tablo 25. Araştırma grubunda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	49
Tablo 26. Araştırma grubunda duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	49
Tablo 27. Araştırma grubunda cinsel şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	50
Tablo 28. Araştırma grubunda ısrarlı takibe maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	51
Tablo 29. Kadınlarda sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	52
Tablo 30. Kadınlarda depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve sosyal destek puanı	53
Tablo 31. Kadınlarda ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	53
Tablo 32. Kadınlarda başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	54
Tablo 33. Kadınlarda bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi	55
Tablo 34. Kadınlarda çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	56
Tablo 35. Kadınlarda son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	57
Tablo 36. Kadınlarda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	58
Tablo 37. Kadınlarda duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	58
Tablo 38. Kadınlarda cinsel şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	59
Tablo 39. Kadınlarda ısrarlı takibe maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	60
Tablo 40. Erkeklerde sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	61
Tablo 41. Erkeklerde depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve sosyal destek puanı	62
Tablo 42. Erkeklerde ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	62
Tablo 43. Erkeklerde başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	63
Tablo 44. Erkeklerde bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	63
Tablo 45. Erkeklerde çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	64
Tablo 46. Erkeklerde son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi	66
Tablo 47. Erkeklerde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	67
Tablo 48. Erkeklerde duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi	67

ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü şiddet tipolojisi	15
Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütü Ekolojik Modeli	16
Şekil 3. Kişiler arası şiddetin risk faktörlerini gösteren Dünya Sağlık Örgütü Ekolojik Modeli	18
Şekil 4. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	30
Grafik 1. Araştırma grubunda, kadın ve erkeklerde son bir yılda şiddete maruz kalma durumu	37



KISALTMALAR

ACHA: American College Health Assosiation

BDI: Beck Depresyon Inventory

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DASS: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

GSYİH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

NCHA: National College Health Assessment

OR: Odds Ratio

PHQ: Patient Health Questionnaire

SCL-90-R: Semptom Check List-90-Revised

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her konuda desteğini hissettiğim, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Türkan Günay’a,

Her zaman rahatça ulaşabildiğim, bilgi ve birikimlerini aktaran tüm halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerine,

Tezimin yapılmasına olanak sağlayan fakülte yöneticilerine ve bölüm başkanlarına,

Birlikte çalışmaktan, vakit geçirmekten mutluluk duyduğum, uzmanlık eğitimi sürecinin keyifli geçmesini sağlayan sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Çocuklarına, torunlarına, kardeşlerine yetismeye çalışırken bin parçaya bölünen, sevgisi, sabrı hiç tükenmeyen canım anneme,

Her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen sevgili eşime ve değerli varlığım canım kızıma teşekkür ederim.

Dr. Aylin Şimşek

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TINAZTEPE YERLEŞKESİNDE ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERDE ŞİDDETİN DEPRESYON BELİRTİ SIKLIĞINA ETKİSİ

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Depresyon, önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve üniversite öğrencilerinde en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Aynı zamanda öğrenciler bu dönemde şiddet yönünden de risk altındadır. Şiddetin fiziksel hasar, bulaşıcı hastalıklar, depresyon, sigara, alkol, uyuşturucu madde kötüye kullanımı gibi pek çok olumsuz sonuçları olmaktadır. Araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesinde öğrenim gören öğrencilerde depresyon belirti sıklığını ve şiddetin depresyon belirti sıklığına etkisini belirlemektir.

YÖNTEM: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesinde öğrenim gören 2. sınıf 2621 lisans öğrencisidir. En küçük örnek büyüklüğü %80 güç, %95 güven düzeyinde %20 sıklık %4 hata payı ile desen etkisi 2 alınarak 670 kişi olarak hesaplanmıştır. Örnek seçiminde tabakalı ve küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bölüm bir küme kabul edilmiş, fakültelere göre tabakalandırıldıktan sonra basit rasgele yöntem ile bölümler belirlenmiştir. Bağımlı değişken depresyon belirtisi varlığıdır ve Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Temel bağımsız değişken şiddet varlığıdır. Diğer bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, öğrencinin başarı ve memnuniyet durumu, bağımlılık özellikleri, sağlık durumu, çocuklukta maruz kaldığı şiddet ve sosyal destek varlığıdır. Katılımcılar anket formunu sınıfta araştırmacı gözleminde kendileri doldurmuşlardır. Veri analizi SPSS 24.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca(en küçük-en büyük değer) olarak sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişki ki-kare, Fisher'in Kesin Testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir, çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmada 547 kişiye ulaşılmıştır. Üniversite öğrencilerinde depresyon görülme sıklığı %24.7'dir. Son 1 yıl içinde öğrencilerin %11.9'u fiziksel şiddete, %39.9'u duygusal şiddete, %16.5'i cinsel şiddete, %18.1'i ısrarlı takibe maruz kalmıştır. Öğrencilerin son bir yıl içinde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma sıklığı %54.7'dir. Şiddet nedeniyle herhangi bir kuruma başvuru oranı çok düşüktür. Geniş ailede yaşamak, düşük anne

ve baba eğitim düzeyi, ailenin kötü ekonomik durumu, ailede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, geçim için bir işte çalışıyor olmak, kötü başarı durumu, şehirden ve bölümden memnun olmamak, sık alkol kullanmak, çocuklukta ve son bir yıl içinde şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını anlamlı olarak artırmaktadır. Algılanan sosyal destek varlığı ise, depresyon belirtisi varlığından anlamlı olarak koruyucudur. Yapılan lojistik regresyon analizlerinde, son bir yıl içinde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmak (OR=6.661, $p<0.001$, %95 GA=3.593-12.349), duygusal şiddete maruz kalmak (OR=4.680, $p<0.001$, %95 GA=2.734-8.012), cinsel şiddete maruz kalmak (OR=2.010, $p=0.028$, %95 GA=1.076-3.755) ve ısrarlı takibe maruz kalmak (OR=2.433, $p=0.005$, %95 GA=1.312-4.511) depresyon belirtisi varlığını artırmaktadır.

SONUÇ: Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde depresyon belirti sıklığı yüksek bulunmuştur. Şiddet her iki cinsten de yaygındır ve depresyon belirtisi varlığını artırmaktadır. Öğrencilerin şiddet nedeniyle herhangi bir kuruma başvuru oranı çok düşüktür. Öğrencilere yönelik sosyal desteğin artırılması, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve öğrencilerin şiddete uğradıklarında üniversite içinde destek alabilecekleri merkezlerin bulunması gerekmektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Depresyon belirtisi, şiddet, öğrenci, üniversite

THE EFFECT OF VIOLENCE ON DEPRESSION SYMPTOMS AMONG STUDENTS STUDYING AT DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY TINAZTEPE CAMPUS

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM: Depression is an important public health problem and is the most common psychiatric disorder among university students. At the same time, students are at risk for violence in this period. Violence has many negative consequences such as physical damage, infectious diseases, depression, smoking, alcohol, drug abuse. The aim of the study is to determine the prevalence of depression symptoms and the effect of violence on depression symptoms among students studying at Dokuz Eylül University Tınaztepe Campus.

METHOD: This is a cross-sectional study. The population of the research is 2621 second grade undergraduate students in Dokuz Eylül University Tınaztepe Campus. The sample size was calculated as 670 with 80% power, 95% confidence level, 20% prevalence of depression symptoms, 4% margin of error and 2.0 design effect. Stratified cluster sampling method was used for sample selection. Each department was accepted as a cluster and stratified according to faculties and then departments were determined by simple random method. Dependent variable is presence of symptom of depression evaluated with Beck Depression Scale. The main independent variable is the presence of violence. Other independent variables are sociodemographic characteristics, student achievement and satisfaction, addictive characteristics, health status, childhood violence and social support. The participants completed the questionnaire themselves in the classroom under the observation of the researcher. Data analysis was performed using SPSS 24.0. Descriptive findings are presented as numbers, percentages, mean $\pm$ standard deviation and median (minimum-maximum value). The relationship between independent variables and dependent variable was evaluated with chi-square, Fisher's Exact Test and Mann Whitney U test and logistic regression analysis was used as multivariate analysis. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS: 547 people were reached in the research. The prevalence of depression among university students is 24.7%. In the last year, 11.9% of the students have been subjected to physical violence, 39.9% to emotional violence, 16.5% to sexual violence, 18.1% to persistent follow-up and to any type of violence 54.7%. The rate of applying to any institution due to violence is very low. Living in a large family, low level of mother and father education, poor economic status, working, poor success, not being satisfied with the city and department,

frequent alcohol use, the presence of individuals with mental illness in the family, in childhood and in the last year exposure to violence significantly increases the presence of symptoms of depression. On the other hand, presence of perceived social support is significantly protective from depression symptoms. In logistic regression analysis, in last year exposure to any type of violence (OR=6.661, $p<0.001$, 95% CI=3.593-12.349), emotional violence (OR=4.680, $p<0.001$, 95%CI =2.734-8.012), sexual violence (OR=2.010, $p = 0.028$, 95%CI =1.076-3.755) and persistent follow-up (OR=2.433, $p=0.005$, 95%CI=1.312-4.511) increases the presence symptoms of depression.

CONCLUSION: In this study, the prevalence of depression symptoms was found to be high in university students. Violence is common in both sexes and increases the presence of symptoms of depression. The rate of students applying to any institution due to violence is very low. Social support for students should be increased, preventive mental health services should be expanded and there should be centers within the university where students can get support when they are exposed to violence

KEYWORDS: Depression symptom, violence, student, university

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Ruhsal sorun ve bozukluklar önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Yaygın görülür, tedavisi zordur ve kronikleşme eğilimindedir. Depresif bozukluklar, psikosomatik hastalıklar ve nevrozlar en sık görülen ruhsal hastalıklardır (1).

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). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen, dünya çapında en acil sağlık sorunlarının sıralandığı listede depresyon 4. sıradadır (3). Hayat boyu risk erkeklerde %3-12, kadınlarda %10-26'dır. Genel toplumda yaşam boyu prevalans %15'tir (4,5). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda minor ve major depresif belirti sıklığı %9 olarak belirlenmiştir (6).

Üniversite öğrencilerinde depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar sık görülür. Üniversite yılları, hem sosyal, hem biyolojik olarak geçiş dönemi olarak kabul edilen ergenliğin son evresine rastlar. Üniversiteye geçiş ve beraberinde gelen barınmaya, yeni çevreye ilişkin sorunlar ve öğrencilerin uyum sağlama çabası, arkadaş edinme, genç yetişkinlerin kimliklerini keşfetmeleri, yeni beceriler geliştirme istekleri, iş bulmaya ilişkin belirsizlikler, ekonomik zorluklar, sosyal desteklerinden uzak olmaları sık görülmesinin nedenleri arasındadır (7,8). Üniversite öğrencileri yeterli düzeyde koruyucu ruh sağlığı hizmeti alamamakta, ruh sağlığı bozuklukları için önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (9). Çoğu kişi ilk hastalık atağını üniversitede geçirir. Bu grupta tanı konmuş mental hastalık sıklığı %12-15 arasında belirtilmiştir (10). Türkiye'de bu grupta yapılan çalışmalar incelendiğinde depresyon belirti sıklığının %13-38 arasında olduğu görülmektedir ve bu çalışmalarda yaş, kadın cinsiyet, kötü sosyoekonomik durum, bölümden memnun olmama, anne ve babanın eğitim düzeyinin düşük olması, kronik hastalığa sahip olma gibi etmenler risk faktörü olarak bulunmuştur (7,11-22). Yurt dışında yapılan çalışmalarda benzer sıklık ve risk faktörleri bulunmuş olup üniversite döneminde şiddet türlerinden herhangi birine ya da bazı alt tiplerine maruz kalmanın da depresyon belirtisi sıklığını artırdığı saptanmıştır (23-27).

DSÖ'nün yaptığı tanıma göre şiddet; istemli bir şekilde, tehdit yoluyla ya da kişinin bizzat kendisine, diğer bir kişiye, bir gruba ya da topluma yönelik olarak yaralanma, ölüm,

psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da gelişmede gerileme ile sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde fiziksel güç ya da nüfuz kullanılmasıdır. Kendine yönelik, kişiler arası ya da kolektif şeklinde olabilir. Bu üç şiddet türü fiziksel, cinsel, duygusal şiddet, yoksun bırakma/ihmal şeklinde ortaya çıkmaktadır (28). Şiddetin, hafif yaralanmadan ölüme kadar giden fiziksel hasarın yanı sıra depresyon başta olmak üzere ruhsal bozukluk, üreme sistemi sorunları, madde bağımlılığı, davranışsal bozukluklar gibi kısa veya uzun dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri olmaktadır (29).

Üniversite dönemi şiddet yönünden riskli bir dönemdir. Nörolojik gelişimin henüz tamamlanmadığı ve yönetici bilişsel işlevselliğin iyi olmadığı üniversite dönemi, iyi planlanmamış çok fazla boş vakit, alkol alımı gibi unsurlarla birleşince üniversite öğrencileri için şiddet açısından riskli bir ortam yaratmaktadır (30). Şiddet ile depresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalar çoğunlukla evli kadınlara yöneliktir ve evli kadınlarda aile içi şiddetin depresyona etkisi değerlendirilmiştir. İlişkinin incelendiği diğer bir konu ise çocukluk dönemi şiddeti ve kadına yönelik cinsel şiddettir. Üniversite öğrencilerinde yapılmış, erkeklerin de dahil edildiği, şiddetin depresyona etkisinin değerlendirildiği çalışma kısıtlıdır.

1.2. Amaç

Araştırmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesinde öğrenim gören öğrencilerde depresyon belirti sıklığını ve şiddetin depresyon belirti sıklığına etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Ruhsal Hastalıklar

Ruh Sağlığı, bireyin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi olarak tanımlanabilir. Bir kişiyi ruhsal yönden sağlıklı olarak değerlendirmek, birçok yakınma ve belirtinin ruhsal bozukluk sınırı içinde olup olmadığını söylemek oldukça güçtür. Süre, şiddet, kişinin olanakları ve yetenekleri, kişinin denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değişir. Üzüntü, korku, öfke ve bunlara bağlı değişik davranışlar göstermek normaldir ancak bu duygular uzun sürerse ve şiddetli olursa ruh sağlığını bozan nitelik kazanır (31).

Ruhsal sorun ve bozukluklar yaygın görülür, kronikleşme eğilimindedir ve tedavisi zor hastalıklardır. En sık görülen ruhsal hastalıklar nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklardır. Öğrenciler, işçiler gibi bazı gruplar daha fazla risk altındadır (1). Birçok ülkede yapılan taramalar, sanılandan daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ülkemizde toplumu temsil eden Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında 12 aylık yaygınlık %17.2 bulunmuş, ruhsal sorunu olanların %14'ünün tedavi için başvurduğu saptanmıştır (32).

Ruhsal hastalıklar kişilerin iş ve günlük yaşantısını etkiler, önemli işgücü kaybı yaratır, bu hastalıkların ekonomik maliyeti yüksektir. Nöropsikiyatrik durumlar yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının %31'ini oluşturmaktadır. Yetiyitimi içinde geçen yılların önde gelen nedenleri sıralandığında, ilk sırada yer alan 20 sağlık durumunun beşi (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk ve Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlardır (33).

2.1.2. Duygudurum Bozuklukları ve Major Depresif Bozukluk

Duygudurum bozuklukları belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen kişinin işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlar olarak tanımlanır. Major depresif bozukluk en sık görülen duygudurum bozukluğudur. 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). DSÖ'nün

dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listede depresyon 4. sıradadır (3).

2.1.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri'nde alan çalışmalarına göre major depresyon sıklığı %3-5.8'dir. 1 yıllık prevalans %2.6-6.2'dir. Hayat boyu risk erkeklerde %3-12, kadınlarda %10-26'dır. Genel toplumda yaşam boyu prevalans %15'tir (4,5). Türkiye'de depresyon prevalansını toplum taramaları ile araştıran ilk çalışmalar 1980'lerde başlamıştır. İki bin yılından sonra depresyon üzerine yapılan epidemiyoloji araştırmaları yaygınlaşmış, farklı risk gruplarına (bedensel hastalığı olanlar, gençler, sağlık çalışanları, tutuklu ve hükümlüler gibi) yönelik araştırmalar da yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede bu alt gruplarda depresyon yaygınlığı ve ilişkili özelliklere dair veriler ortaya çıkmıştır (34). Depresyonla ilgili çalışmalarda değerlendirme yöntemleri farklı olduğu için depresyonun gerçek sıklığını tahmin etmek, karşılaştırma yapmak güçtür. Araştırmalarda öz bildirim ölçekleri tercih edilmekte ve sonuçlar klinik değerlendirme ile tamamlanamamaktadır (34). Ulusal çapta örnek alınarak yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4.0 bulunmuştur (32). Kadınlarda 2 kat daha fazladır (4,5). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda minor ve major depresif belirti sıklığı %9 olarak belirlenmiştir(6). 2004'te yapılan Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması'na göre Türkiye'de hastalık yükünü oluşturan ilk on hastalık arasında unipolar depresif hastalıklar %3.9'unu oluşturmaktadır ve dördüncü sıradadır. Tüm dünyada hastalık yükünün ilk 10 nedeni arasında majör depresyon beşinci sıradadır (5).

Depresyon konusunda yapılan çalışmalara göre depresyon hızında artış görülmekte, başlangıç yaşı daha erkene kaymakta, kadın/erkek oranı giderek azalmaktadır (5). Çalışmalarda ortaya çıkan risk faktörleri kadın olmak, 40 yaşın üzerinde olmak, çekirdek aile ile yaşamak ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmaktır (4).

2.1.4. Depresyon Etyolojisi

Birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi depresyonda da tüm kliniği açıklayacak bir model bulunmamaktadır. Her belirtinin, kendine özgü nöral devrelerdeki bozukluklarla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu belirtilerin özellikle ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat, subgenual alanlar ve amigdaladaki fonksiyon bozukluğundan kaynaklandığı gösterilmektedir. Bu alanların serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik

bağlantıları bulunmakta, bu sistemlerdeki bozukluklar etyolojide yer almaktadır. Kolinerjik sistem, GABA gibi başka biyokimyasal nedenlerin yanı sıra ikincil bilgi taşıyıcı dengesizliği hipotezi, biyolojik ritim hipotezi, nöroendokrin nedenler, gonadal hormonlar, nörotrofik faktörler, oksidatif stres, inflamatuvar süreçler ile ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır.

Depresyon ailesel yatkınlık gösterir. Akrabalarda görülme sıklığı genel topluma göre 2-5 kat fazladır. Monozigot ikizlerde konkordans %50, dizigot ikizlerde %11'dir.

Organik nedenlerden serebrovasküler hastalıklar geriatrik olgularda yatkınlık yaratabilmekte, var olan depresyon belirtilerini arttırabilmektedir. Vasküler nedenlerle prefrontal bölgenin zarar görmesi depresyon nedeni olarak görülmektedir.

Dinamik nedenlerde ise analitik yaklaşım, depresyonu, kaybedilen objeye yönelik öfke gibi duyguların kişinin kendisine dönmesi şeklinde açıklamaktadır. Erken çocukluktaki kayıplar özellikle anne kaybı ebeveyn ölümleri, beş yaştan önceki reddedilme, bozuk ilişkiler duyarlılığı arttırmaktadır. Bilişsel modelde çaresizlik ve umutsuzluk temeldir. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli deneysel gözleme dayanır, uyarandan kaçma engellenerek hoş olmayan uyarıya maruz bırakılan hayvanlarda yollar açıldıktan sonra da uyarandan kaçmama görülmüştür. Uzun süre kötü koşullara maruz kalan insanların da çare olduğu halde çaresizlik içine düştüğü görülmektedir. Obsesif özellikler, bağımlılık, engellenme eşiğinin düşüklüğü gibi kişilik özelliklerin depresyona yatkınlık yarattığı kabul edilir (5).

Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkisi, kadın ve erkekler için psikososyal yüklenmenin farklılıkları ve öğrenilmiş çaresizlikle ilgili davranış modelleri bu farklılığın nedenleri olarak sayılmaktadır. 45 yaş öncesi grupta daha sık görülür. Ortalama başlangıç yaşı 40'tır. Yeni epidemiyolojik veriler 20 yaş altında majör depresif bozukluğun artmakta olduğunu göstermektedir. Boşanmış, ayrılmış, dul bireylerde siktir. Bekar kadınlarda evlilere göre daha düşük depresyon oranları mevcuttur. Erkekler için ise bu durum tersidir. Düşük sosyal sınıf ile ilişkisi karmaşıktır. Düşük sosyoekonomik statülü bireyler düşük eğitim düzeyi ve gelire sahiptir, işsizlik ve evsizlik yüksektir, bu bireylerde depresyon sık görülmektedir. Aynı zamanda depresyon işsizliğe, düşük gelire, boşanmaya neden olabilir. Bu da sosyal seviyede gerileme ile sonuçlanır. Neden olma ve etkilenme tersine çevrilmiş olabilir.

Sosyal stresörler depresyon için iyi bilinen risk faktörleridir. Majör yaşam olayları, iş değişikliği, kaybı depresyona eğilimi arttırmaktadır. Postpartum dönemde olasılık artar.

Her stres etkeni organizmayı depresyona daha duyarlı hale getirir ve eskiye göre yineleme daha çabuk olmaktadır. Sosyal destek psikososyal stresörlerin ortaya çıkışını ya da olumsuz sonucunu düzenleyebilir, bunlarla başa çıkmayı geliştirebilir. Yetersiz sosyal destek depresyonun başlangıç, relaps ve yinelemesi ile ilişkilidir (2,5).

2.1.5. Depresyon Belirtileri ve Tanı Kriterleri

Mutsuzluk, hüznün, engellenme, cesaretin kırılması, öfori gibi duygular günlük yaşantıda yaşanabilmektedir ve normaldir. Bunlar kısa sürelidir, günlük yaşantıyı etkilemez, işlevselliği ve gerçeği değerlendirme yetisini bozmaz, uyku, iştah, motor aktivite bozukluğuna yol açmazlar. Bu nedenle de hastalık olarak kabul edilmemektedir.

Klinik depresyonun temel özelliği hoş olmayan duygudurum, umutsuzluk, karamsarlık ve bunaltı halidir. Hastada depresif duygudurum ile birlikte etkinlik ve sorumluluklara karşı ilgi kaybı izlenir. Benlik saygısında azalma, çaresizlik duygusu sıktır. Basit günlük aktiviteleri bile yapmakta zorlanırlar. Enerji düzeyi azalır. Bazı olgularda somatik belirtiler ön planda olabilir. Bazen bu düşünceler obsesyonel nitelik taşır. Bu özellikler depresyon olgularının yardım arama davranışını etkiler, intihar düşünce ve eylemlerini uyarır. Tüm intiharların da %70'i depresyon olgularıdır.

İştah ve kilo kaybı, uyku bozukluğu sık görülür. Anksiyete genellikle depresyona eşlik eder. Düşünme, konsantrasyon, karar verme, yargılama, hatırlama gibi bilişsel fonksiyonları etkiler. Sanrı, varsanı, intihar düşünceleri gibi ciddi bilişsel bozukluklar da olmaktadır. Genel zeka düzeyi azalır.

DSM-5 tanı için iki haftalık süreyi gerekli saymaktadır. Depresif duygudurum, ilgi ve zevk azalması, kilo kaybı veya kilo alma (diyete bağlı olmayan), insomnia veya hipersomnia, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, konsantrasyon yetisinde azalma veya kararsızlık, ölüm ve özkıyım düşünceleri veya girişimleri belirtilerinden en az beşinin varlığı gerekir ve bu belirtilerden biri ilk iki belirtiden birisi olması gerekmektedir (5).

2.1.6. Depresyonun Seyri ve Sonlanması

Tek nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülür. Çoğu hastada akut dönemlerin seyri iyi olsa da her üç hastadan birinde yineleme yaşam boyu sürer ve nöbetler arasındaki dönemde de çeşitli derecelerde kalıntı belirtiler bulunabilir (3). Major depresyon olgularının

%85'i tedavi yöntemlerinden yararlanır. Tedavi edilmeyen olgular 6-24 ayda remisyona girer, %5-10'unda iki yıldan fazla sürer. Olguların %30-50'sinde yineleme olmamaktadır. Depresyon hastalarının %15'i intiharla ölmektedir (5).

2.1.7. Depresyon Tarama Ölçekleri

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri: 550 soruluk bir testtir. Bir tanesi depresyonu belirlemeye yönelik olmak üzere 10 testten oluşur.

Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R): Biri depresyon olmak üzere dokuz grupta çeşitli psikiyatrik belirtileri ölçen 90 maddelik bir ölçektir. Geniş grupta belirti tarama amaçlı kullanılmaya uygundur.

Kısa Symptom Envanteri: SCL-90-R nin 53 maddelik kısa formudur.

Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 maddelik ölçektir. Depresif belirtilerin derecesini belirler.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemeyi, düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan 14 sorudan oluşan bir ölçektir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: Depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçen, özellikle tedavi sırasındaki değişimleri görmeyi sağlayan bir derecelendirme ölçeğidir. 17 madde yer alır (5).

2.1.8. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Etmenler

Üniversiteler, sosyal ortam sağlaması, kişinin bulunduğu ortamdaki şartlarını zorlaması, arkadaş ilişkilerinde belli kalıpları kırması, bilgiye ulaşım olanakları ile çağdaş düzeyde eğitim ve öğretim veren kuruluşlardır (9). Yükseköğretim gençliği, fakülte ve yüksekokullarda öğrenim gören gençlik kesimidir. Bu kesimin genel sorunları; beden ve ruh sağlığı problemleri, beslenme problemleri, barınma sorunu, danışma ve rehberlik hizmeti yetersizliği, ekonomik sorunlar, spor yapma imkanı yetersizliğidir (35).

Meslek sahibi olma, geleceğe yön verme ideali ile yeni bir okula, yeni bir kente ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabası pek çok öğrencide değişik sorunlara yol açmaktadır. Üniversite yılları, genellikle en çalkantılı gelişim dönemlerinden biri olan ve hem sosyal, hem de biyolojik olarak geçiş dönemi kabul edilen ergenliğin sonuna rastlar. Aileden ayrılmak, yurt yaşamına uyum sağlamak ya da evde yaşamının sorumluluğunu üstlenmek, ekonomik güçlükler, yeni çevreye adaptasyona ilişkin sorunlar, arkadaş ve grup

seçimi, genç yetişkinlerin kimliklerini keşfetmeleri, kendilerini geliştirme istekleri, iş bulmaya ilişkin belirsizlikler, daha önceden aldıkları sosyal desteklerinden uzak olmaları gibi bu döneme özgü duygusal ya da toplumsal özellikler nedeniyle psikiyatrik bozukluklar oldukça yaygındır (7,36). Üniversite öğrencilerinin çoğu yeterli düzeyde koruyucu ruh sağlığı hizmeti alamamaktadır ve ruh sağlığı bozuklukları için önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (9). Çoğu kişi ilk hastalık atağını üniversitede geçirir. Bu grupta tanı konmuş mental hastalık sıklığının %12-15 arasında olduğu belirtilmiştir (10).

Yapılan araştırmalar üniversite öğrencilerinde en sık görülen psikiyatrik hastalığın depresyon olduğunu ortaya koymuştur. American College Health Assosiation(ACHA)-National College Health Assessment(NCHA) verilerine göre tanı konmuş depresyon sıklığı 1998’de %10.3 iken 2008’de %14.9’a, 2018’de %18.1’e çıkmıştır (37–39). Amerika’da ülke genelinde üniversite öğrencilerinde yapılan ve Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) kullanılan bir araştırmada depresyon belirtisi sıklığı %17.3 bulunmuştur (40). On beş Avrupa ülkesini içeren bir araştırmada BDÖ ile üniversite öğrencilerinde depresyon belirti yaygınlığı %32,0 olarak bulunmuştur (41). Birçok ülkede üniversite öğrencilerinde depresyon belirti sıklığını belirlemek amacıyla kesitsel çalışmalar yapılmakta, bu çalışmalarda farklı ölçekler kullanılmaktadır. Aynı ölçekte farklı kesim noktası alınabilmektedir. Bu nedenle karşılaştırma yapmak zor olsa da çalışmalarda depresyon belirti sıklığı %19.6-37.0 arasında bulunmuştur. Depresyon belirti sıklığı öğrencilerin okuduğu bölüm, zayıf akademik başarı, babanın işi, anne ve babanın düşük öğrenim düzeyi, düşük gelir, sigara ve alkol kullanımı, barınma koşulları, sağlıksız yiyecek tüketimi, vücutlarına ilişkin olumsuz algı, kötü genel sağlık durumları, sınırlı fiziksel hareketlilik, çocukluk döneminde ebeveyn veya bakım veren kişi tarafından fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalma ile ilişkili bulunmuştur (42–50).

Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla BDÖ’nün kullanıldığı görülmektedir. Araştırmalar Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Türkiye’ de üniversite öğrencilerinde depresyon belirti sıklığını ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmalar

Araştırma nın yeri ve yılı	Katılımcılar ve yöntem	Sonuç
Denizli 2005	504 öğr. BDÖ	Sıklık %26.2 bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik düzey ve kötü başarı durumu sıklığı artırmaktadır (51).
Bursa 2007	1,617 öğr. DASS-42	Orta ve ağır depresyon sıklığı %27.1. Bölümden memnun olmama ve kötü ekonomik düzey depresyon belirti sıklığını artırmakta (18).
Malatya 2007	754 öğr. BDÖ	Tıp fakültesi ve meslek yüksekokulunda sıklık sırayla %21.9 ve %31.8. Yaş, kadın cinsiyet ve ruhsal hastalığa sahip olmak risk faktörüdür (36).
Tokat 2008	1,971 öğr. BDÖ	Sıklık %35.2’dir. Düşük ebeveyn eğitim düzeyi, kötü başarı durumu, kötü ekonomik düzey depresyon belirtisi sıklığını artırmaktadır (20).
Konya 2009	242 BDÖ	Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon belirti sıklığı %13.3 (7).
Manisa 2009	BDÖ 1,026 öğr	Birinci sınıf öğrencilerde yapılan çalışmada sıklık 20.6 bulunmuştur (52).
Kayseri 2011	1,003 öğr. BDÖ	Sıklık %21.2’dir. Fiziksel hastalığı olanlarda, beden görünümünden memnun olmayanlarda, okuduğu fakülteden memnun olmayanlarda ve ailesinin ekonomik durumunu kötü olarak belirtenlerde puan ortalaması yüksektir (15).
Kilis 2013	230 öğr. BDÖ	Sıklık %18.3’tür. Okulunu istemeden tercih etmek, barınma sorunu yaşamak, anne veya babası ölmüş olmak, annesinin ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olması, kötü sağlık durumu depresyon belirtisi sıklığını artırmaktadır (12).
Karabük 2014	148 öğr. BDÖ	Sıklık %25.0’dır. Bölümden memnun olma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, aile ile olan ilişkiler ilişkili bulunmuştur (53).
Gaziantep 2015	235 öğr Birinci basamak için BDÖ	Sıklık %38’tür. Ekonomik durumu iyi olmayan, herhangi bir hastalığı olan, bölüme kendi isteği ile gelmeyen, başarı durumu kötü olan, diyet yapan, ağırlık ve boyundan memnun olmayan öğrencilerin puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir (21).

2.2. Şiddet

2.2.1. Şiddet Tanımı ve Önemi

Şiddet, DSÖ'nün yaptığı tanıma göre; istemli bir şekilde tehdit yoluyla ya da kişinin bizzat kendisine, diğer bir kişiye, bir gruba ya da topluma yönelik olarak yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da gelişmede gerileme ile sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde fiziksel güç ya da nüfuz kullanılmasıdır (28).

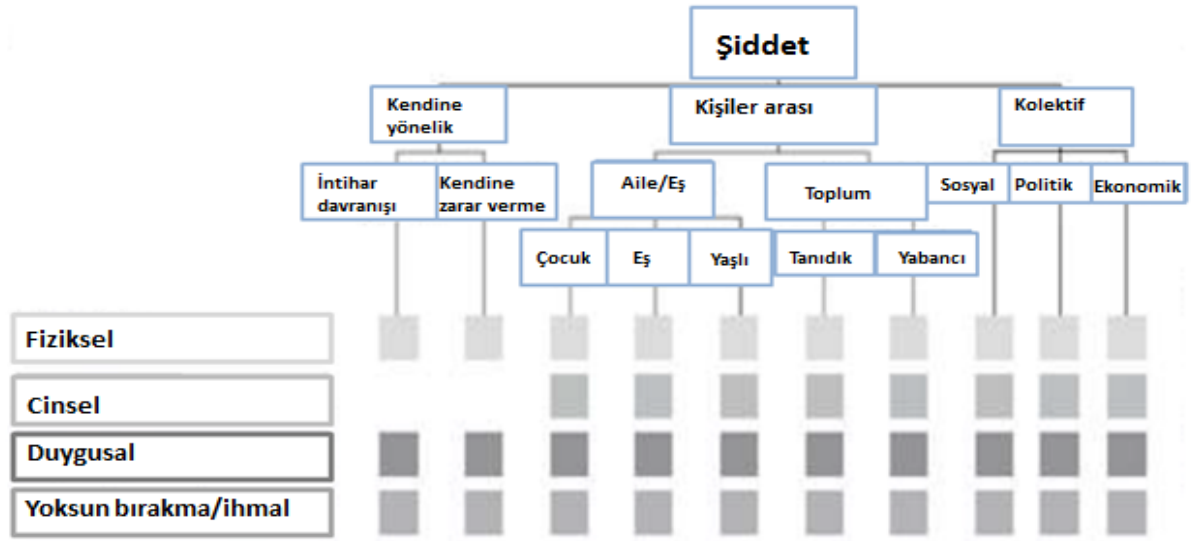
Şiddet her zaman insan doğasının bir parçası olmuştur. Her yıl bir milyondan fazla insan kendine zarar verme, kişiler arası veya kolektif şiddetin bir sonucu olarak hayatını kaybetmekte ve yaralanmaktadır. Genel olarak şiddet, 15-44 yaş arası insanlar için dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Sağlık harcamalarında artış, işten kaybedilen gün, yatırım kaybı gibi maliyetler düşünüldüğünde ülke ekonomisi için de önemlidir. Tedavi sağlanması, akıl sağlığı hizmetleri, acil bakım, yargı ve kolluk müdahaleleri şiddet ile ilgili doğrudan maliyetlerdir. Şiddet mağdurlarının işsizlik, işten kalma ve iş performansını etkileyen sağlık sorunları yaşamaları da muhtemeldir. Erken ölümden dolayı verimlilik kaybıyla ilgili maliyetler; uzun süreli sakatlık, çocuklar ve kadınlar için güvenli yerlerin sağlanması; yatırım ve turizmi engelleyen unsurlar dolaylı maliyetler arasında sayılabilir (54). Dolayısıyla şiddet yaygın görülmesi, yeti kaybına ve ölüme yol açması, başka sağlık sorunlarına zemin hazırlaması, sağlık maliyetlerini artırması, ekonomiye yükü nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (28,54).

2.2.2. Şiddet Tipleri

Şiddet, şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine göre üç kategoriye ayrılır:

- Kendine yönelik şiddet
- Kişilerarası şiddet
- Kolektif şiddet

Kendine yönelik şiddet kişinin kendisine şiddet uygulamasıdır, intihar davranışı ve kendine zarar verme olmak üzere alt gruplara ayrılır. Kişiler arası şiddet kişilerin birbirine şiddet uygulamasıdır. Aile içinde çocuğa, eşe, yaşlıya, aile dışında yakın çevredeki tanıdığı ya da tanımadığı kişilere yönelik olması nedeniyle en geniş gruptur. Kolektif şiddet ise kendisini bir grubun üyesi olarak kabul eden kişilerce bir başka gruba ya da bir grup bireye şiddet uygulanmasıdır. Sosyal, politik veya ekonomik nedenli olmaktadır. Bu üç şiddet türü fiziksel, cinsel, duygusal şiddet, yoksun bırakma/ihmal şeklinde ortaya çıkmaktadır (28).



Şekil 1. DSÖ şiddet tipolojisi (28)

2.2.3. Şiddet Şekilleri

Fiziksel şiddet: Akut veya kronik hastalık, yaralanma, ağrı, fonksiyonel bozukluk veya ölümle sonuçlanan kasıtlı fiziksel kuvvet kullanımıdır. Bunlarla sınırlı olmamak üzere, vurma, tırmalama, ısırma, boğma, itme, sarsma, sürüklenme, tokatlama, yumruklama, tekme atma, yakma gibi eylemlerdir (55).

Duygusal şiddet: Üzüntü, korku ya da zihinsel sıkıntı ile sonuçlanan sözel ya da sözsüz davranışlardır. Hakaret ya da küfür etme, aşağılama, küçük düşürme, isim takma, tehdit etme, iletişimi kısıtlama, izole etme (örneğin aileden veya arkadaşlardan uzaklaştırma) veya kontrol etme (örneğin erişimi yasaklama veya sınırlama) gibi davranışlardır (55,56).

Cinsel şiddet: Cinsel şiddet, özgür rızası olmadan birine karşı işlenen cinsel bir eylem olarak tanımlanır. Güç veya tehdit kullanarak tecavüz veya tecavüze teşebbüs edilmesi, karşı koyamayacak durumda iken (ilaç/alkol etkisi altında) cinsel ilişki veya teşebbüs edilmesi, kişi istemediği halde cinsel ilişkiye zorlama (korku, tehdit vb. nedenle), cinsel olarak aşağılayıcı ya da küçük düşürücü bulduğu bir şeyi yapmaya zorlama, istenmeyen pornografiye maruz bırakma, doğrudan veya giysi üzerinden kişinin rızası olmadan bazı bölgelerine (genital bölge, anal bölge, meme, kasık, uyluk iç yüzü, kalça) dokunulması ya da fiziksel temas içermeyen sözel cinsel taciz bu kapsamdadır (57).

İhmal: İhmal, kişinin (özellikle çocuk ya da yaşlının) temel fiziksel ve duygusal

ihtiyaçlarının (barınma, yiyecek, giyecek, eēitim, tıbbi bakıma erişim gibi) karşılanmamasıdır (55,56).

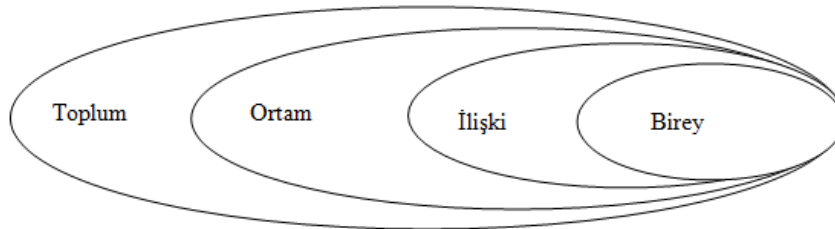
Ekonomik Şiddet: Bireyin (özellikle yaşlı bir bireyin) kaynaklarının, bir bakıcı veya güvendiēi başka bir kişi tarafından yasadışı, yetkisiz veya uygunsuz kullanımudur. Bu, kişileri, kişisel menfaatlere, kaynaklara, eşyalara erişme, bunları kullanma hakkında mahrum bırakmayı içerir (55).

Israrlı Takip: Güvenliğinden korku duymasına neden olacak şekilde tekrar eden, kasıtlı ve tehditkâr bir şekilde; telefonla aranma, mesaj, mektup ve/veya e-posta gönderilmesi, sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulması ve takip edilmesi, izlenmesi, takip edilmesi, çiçek vb. hediyeler ya da tuhaf, korkutucu eşyalar gönderilmesi, görüşmezse kendisine, kişiye ya da çevresine zarar vereceēi ile tehdit edilmesidir (58).

2.2.4. Şiddetin Nedenlerini Açıklamada Ekolojik Model

Tek bir faktör, bazı bireylerin neden şiddet uyguladığını veya bazı topluluklarda şiddetin diğerlerinden neden daha yaygın olduğunu açıklayamaz. Şiddet, çeşitli faktörlerin karmaşık etkileşiminin bir sonucudur. Bu faktörlerin şiddet ile ilişkisini anlamak, şiddeti önlemede önemli adımlardan biridir.

DSÖ, şiddeti ve risk faktörlerini tanımlayan bir ekolojik model geliştirmiştir. Bu model ilk olarak 1970'lerin sonlarında çocuk istismarı, gençlik şiddetinde sonrasında partner ve yaşlı şiddetinde kullanılmıştır. Model şiddeti, çoklu etkinin bir sonucu olarak görür. Ekolojik gelişim kuramı bireyi merkeze alır ve bireyin çevresiyle olan etkileşimini farklı düzeyler halinde tanımlar. Bireysel faktörler (birinci düzey), yakın ilişkilere ait faktörler (ikinci düzey), kişinin yaşadığı ve sosyal ilişkilerini gerçekleştirdiēi ortama ait faktörler (üçüncü düzey) ve son olarak içinde yaşadığı topluma ait faktörler (dördüncü düzey) şiddet yaşantısını belirlemektedir (28).



Şekil 2. DSÖ Ekolojik Modeli (28)

Bireysel Risk Faktörleri

Ekolojik modelin ilk seviyesi, santral sinir sistemi hastalıkları, ruhsal bozukluklar, düşük eğitim düzeyi, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi bireyin mağdur veya şiddet uygulayan olma olasılığını artıran biyolojik ve demografik özelliklerine odaklanmaktadır.

Yakın İlişkilere Ait Risk Faktörleri

Ekolojik modelin ikinci seviyesi, şiddete uğrama veya şiddet uygulama riskini artıran akran, partner, aile üyeleri gibi yakın sosyal ilişkileri inceler. Partner şiddeti ve çocuk istismarında günlük etkileşim, istismarcılarla aynı yerde yaşamak şiddet için fırsat yaratmaktadır, mağdurun defalarca istismara uğraması muhtemeldir.

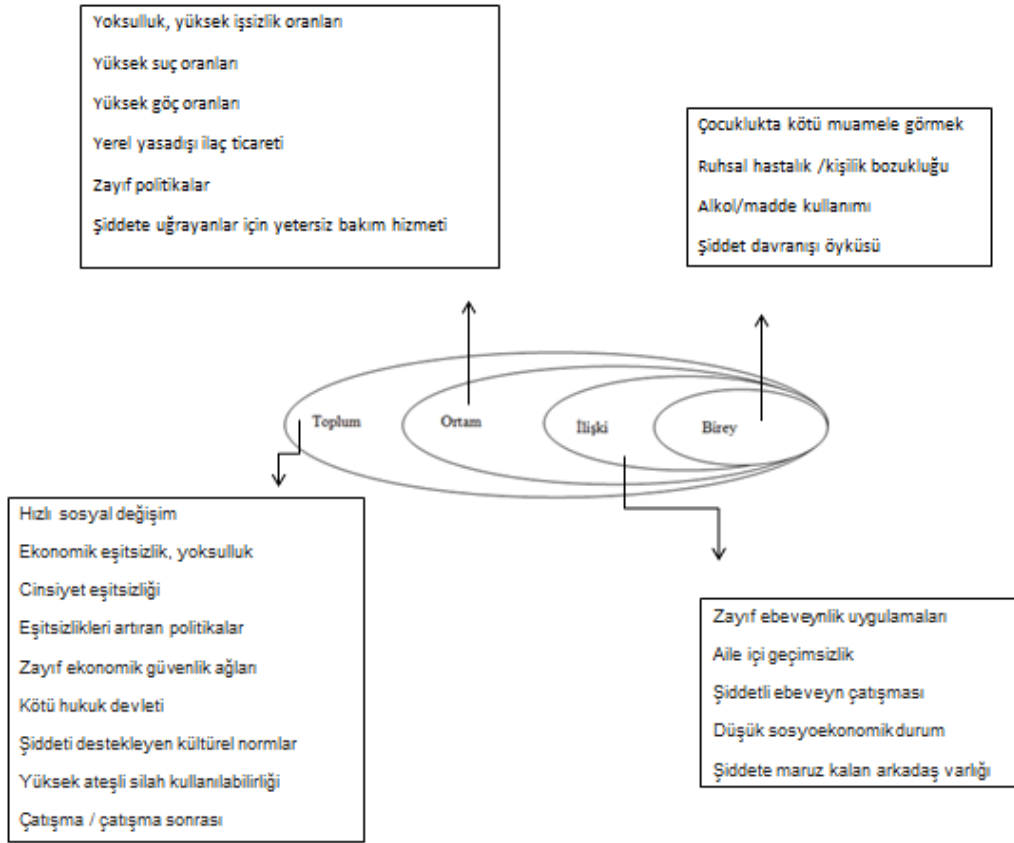
Ortama Ait Risk Faktörleri

Modelin üçüncü seviyesi, okul, işyeri, mahalle gibi sosyal ilişkileri inceler. Göç alan, yüksek nüfus yoğunluğu, uyuşturucu kaçakçılığı, yüksek düzeyde işsizlik ve yoksulluk olan, kurumsal desteğin az olduğu yerlerde, komşuluk ilişkilerinin olmadığı topluluklarda, fiziksel bozulma alanlarında şiddete maruz kalma olasılığı yüksektir.

Toplumsal Risk Faktörleri

Ekolojik modelin dördüncü ve son seviyesi, şiddetin kabul edilebilirliğini artıran, şiddete karşı direnci azaltan ve toplumun farklı kesimleri arasında eşitsizlik yaratan şiddet davranışlarını etkileyen daha büyük toplumsal faktörleri incelemektedir (28).

Şekil 3 kişiler arası şiddet için risk faktörlerini içeren DSÖ Ekolojik Modelini göstermektedir (59).



Şekil 3. Kişiler arası şiddetin risk faktörlerini gösteren DSÖ Ekolojik Modeli (59)

2.2.5. Şiddetin Sonuçları

Her türlü şiddet davranışı hem maruz kalanın hem de uygulayanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini olumsuz etkiler. Hafif yaralanmadan ölüme kadar giden çok geniş aralıkta hasarla sonuçlanabilir. Fiziksel hasarın yanısıra depresyon, üreme sistemi sorunları sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, yüksek riskli cinsel davranışlarda bulunma, şiddet davranışı sergileme gibi kısa veya uzun dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri olmaktadır. Bunlarla ilişkili olarak kalp hastalığı, inme, kanser, HIV/AIDS gibi bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara ve sonucunda erken ölüme neden olmaktadır.

Şiddetin ölümcül olmayan sonuçları, şiddetten kaynaklanan sosyal ve sağlık yükünün en büyük kısmıdır. Her tür şiddet, yaşam boyunca olumsuz sağlık sonuçları ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir, ancak kadınlara ve çocuklara yönelik şiddet sağlık yüküne orantısız şekilde katkıda bulunur. Mevcut kanıtlar, şiddete maruz kalan çocukların, eş şiddetine ve cinsel şiddete maruz kalan kadınların daha fazla sağlık

sorunlarına sahip olduklarını, daha yüksek sağlık gideri olduğunu, sağlık kurumu başvurularının yaşamları boyunca daha fazla olduğunu ve daha uzun süre hastanede kaldıklarını göstermektedir (28).

Eş şiddetine maruz kalan kadınlarda, alkol kullanımı, depresyon ve intihar girişimi riski 2 kat artmıştır. Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda alkol kullanma 2.3 kat, depresyon ve kaygı olasılığı da 2,6 kat daha fazladır (6).

Şiddet bireylerin insan haklarının ihlalidir. Bireysel ve toplumsal sağlık için, daha yüksek sağlık düzeyine erişmede önemli bir tehdittir.

2.2.6. Şiddetten Korunma

Şiddet sadece tek bir alanın konusu değildir. Şiddete yönelik yapılacak girişimlerde sektörlerarası işbirliği büyük önem taşır. Halk sağlığı müdahaleleri geleneksel olarak üç önleme düzeyi ile karakterize edilir:

Birincil koruma: Şiddet oluşmadan şiddeti önlemeyi amaçlayan yaklaşımlardır. Toplum farkındalığının artırılması, risk faktörlerine yönelik girişimler, davranış eğitimi, cezalar gibi daha geniş kitlelere yönelik müdahalelerdir.

İkincil koruma: Şiddet oluşuktan sonra ilk başvuru yeri, acil servis veya tecavüzden sonra cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi gibi şiddete hızlı yanıt vermeye odaklanan girişimlerdir.

Üçüncül önleme: Rehabilitasyon gibi şiddet sonrasında uzun vadeli bakıma odaklanan ve geç ortaya çıkabilecek sorunları azaltma girişimleridir.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şiddetten korunmada, şiddetin sonuçlarıyla başa çıkma, mağdurlara destek sağlama ve suçluları cezalandırma gibi ikincil ve üçüncül korumaya odaklanılmaktadır. Kapsamlı korunma şiddet mağdurlarını koruma ve desteklemenin yanında şiddeti ve sürekliliğini azaltan ve neden olan koşulları değiştiren şekilde olmalı, birincil koruma da güçlendirilmeli ve eşlik etmelidir (28).

2.2.7. Gençlik Şiddeti

Her yıl, 10-29 yaşları arasındaki genç insanlarda kişiler arası şiddetin bir sonucu olarak tahmini 200,000 cinayet meydana gelmektedir. Bu cinayet kurbanlarının % 83'ü erkektir ve bu ölümlerin neredeyse tamamı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür. Cinayet dünya çapında gençlerde dördüncü önde gelen ölüm nedenidir.

Ölümcül olmayan gençlik şiddetinin gerçek sayısına ulaşmak zordur. Yaygınlık en iyi, acil tıbbi bakım alan gençler arasında şiddete bağlı yaralanmaların sayılmasıyla ve nüfus temelli araştırmalarla ölçülür. Polis ve yargı verileri de, buralara bildirilen olgu sayısının belirlenmesinde faydalıdır. Bununla birlikte, araştırmalar polise bildirilmemiş ancak hastanede acil bakım hizmeti almış kişiler olduğunu ve aralarında uyumsuzluk bulunduğunu göstermektedir. Bu nedenle, yalnızca tek bir veriye güvenmek, şiddetin gerçek büyüklüğünü azaltır (28).

Flört şiddeti, özellikle ergenlik döneminde ve yetişkinlikte erken yaşta meydana gelen erken bir eş şiddetidir. Kuzey Amerika ve Avrupa'da flört şiddeti için yapılan sistematik derlemede, kızların %4.2 ve erkeklerin %2.6'sının ergenlik döneminde fiziksel şiddet yaşadığını tespit etmiştir. Gençler arasında cinsel şiddet Kuzey Amerika ve Avrupa'da kadınlar için % 1.2 ile % 32.9 arasında ve erkeklerde % 1 ile % 19 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, çalışmalarda kullanılan tanımlar ve ölçme araçlarının farklılığı, kesin karşılaştırmalar yapmayı olanaksız kılmaktadır. (60).

2.2.8. Gençlik şiddeti için risk faktörleri

Gençlerin şiddet mağduru veya faili olma riskini artıran faktörleri anlamak, şiddeti önlemek için etkili politikalar ve programlar geliştirmek için esastır (60).

Bireysel faktörler, şiddet içeren davranışı etkileyen biyolojik, psikolojik ve davranışsal özellikleri içerir. Hamilelik ve doğum komplikasyonları ailedeki diğer problemlerle birlikte ortaya çıktığında şiddeti öngörebilir. Hiperaktivite, dürtüsellik, zayıf davranış kontrolü ve dikkat problemleri gibi kişilik özellikleri ile hem başkasına hem de kendi kendine şiddet davranışı arasında bağlantılar gösterilmiştir. Hiperaktivite, yüksek cesaret düzeyleri veya risk alma davranışı ve 13 yaşından önceki zayıf konsantrasyon ve dikkat zorlukları, yetişkinlerde erken yaşta şiddeti belirgin şekilde yordamaktadır. Düşük zeka düzeyi ve okuldaki düşük başarı düzeylerinin gençlerin şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

İlişki faktörleri, şiddet içeren davranışları etkileyebilen ve şiddet davranışlarına katkıda bulunabilecek kişilik özelliklerini şekillendirebilen aile, arkadaş ve akranlar ile olan ilişkililerdir. Ailelerin etkisi çocuklukta en büyüktür, ergenlik döneminde ise arkadaşlar ve akranlar önemli bir etkiye sahiptir. Çocukların ebeveynleri tarafından kötü bakılması, denetlenmesi ve disipline edilmesi için sert, fiziksel ceza kullanılması, ergenlik

ve yetişkinlikte şiddetin güçlü bir göstergesidir. Bir çocuğun fiziksel istismar ve ihmali, cinsiyet, etnik köken ve yaş gibi diğer öngörücülerden bağımsız olarak şiddet davranışı için öngördürücüdür. Araştırmalar, tek ebeveynli hanelerde yetişen çocukların şiddet için daha büyük risk altında olduğunu göstermektedir. Sosyal destek azlığı ve genellikle daha düşük gelir buna yol açmaktadır. Genel olarak, ailenin düşük sosyoekonomik durumu, annenin düşük eğitim seviyesi de etkilidir. Suçlu, uyuşturucu kullanan arkadaşların olması gençlerde şiddet ile ilişkilidir. Araştırmalar, gençlerin arkadaşları tarafından teşvik edildiğinde ve onaylandığında olumsuz faaliyetlerde bulunma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplumsal faktörlerde kentsel alanlardaki erkeklerin daha çok şiddet davranışında bulunduğu sayılabilir. Suç mahallelerinde yaşamak olasılığı artırmaktadır. Bir bölgede çetelerin, silahların, uyuşturucunun bulunması, şiddet olasılığını artıran güçlü bir karışımdır. Gençlik popülasyonundaki hızlı demografik değişiklikler, göç, kentleşme, değişen sosyal politikalar, ekonomik krizler, yoksulluk gençlik şiddetindeki artışla ilişkilendirilmiştir. Araştırmalar, ekonomik büyüme ile şiddet arasında ve gelir eşitsizliği ile şiddet arasında bağlantılar olduğunu göstermiştir. Gelir eşitsizliği arttıkça, cinayet oranı artmaktadır. Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) arttıkça cinayet oranı azalmaktadır ancak bu etki, artan gelir eşitsizliği seviyeleri ile dengelenmiştir. Polis ve adalet sisteminden memnuniyetsizlik, resmi olmayan adalet modlarının kullanımını artırmaktadır. Devletin sosyal koruması da şiddet için önemlidir.

Kültürel etkiler, şiddeti, anlaşmazlıkları çözmenin kabul edilebilir bir yolu olarak gören, polisin vatandaşlara karşı aşırı güç kullanmasını, siyasi çatışmayı destekleyen, intiharı önlenabilir bir şiddet eylemi yerine kişisel tercih meselesi olarak gören tutumlar, cinsiyet eşitsizliği gibi daha büyük özelliklerdir. Toplumdaki gruplar arasında yüksek düzeyde ekonomik veya sosyal eşitsizliğe neden olan sağlık, eğitim, ekonomik ve sosyal politikaları da içerir. Çatışmaları çözmek için şiddet içermeyen alternatifler sunamayan kültürlerde gençlik şiddeti oranları daha yüksektir. "Kolay para"nın ve artan yolsuzlukların kabulü toplum düzeyinde şiddet kültürünün geliştirildiğini göstermektedir. Medya, şiddet içeren görüntülerin, değerlerin yayıldığı önemli bir araçtır. Çocukların ve gençlerin maruz kaldığı oyun, video ve internet gibi medyanın çeşitli biçimleri çarpıcı biçimde artmaktadır. Televizyonda şiddete maruz kalmanın, saldırgan davranış olasılığını arttırdığını ve uzun vadede şiddet üzerinde etkiye sahip olduğunu göstermektedir (28).

2.2.9. Üniversite Yaşamında Şiddet ve Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi

Yetişkinliğe yeni adım atmış üniversite öğrencileri kendilerini özgür hisseder ve yapılandırılmamış çok fazla boş vakitleri vardır. Çoğu kendileri ile ilgili kararları ilk kez almıştır. Üniversite çağı frontal lob gelişiminin henüz tamamlanmadığı bir dönemdir dolayısıyla planlama, engelleme ve soyut muhakeme içeren yönetici bilişsel işlevsellik bu popülasyonda iyi bir şekilde olmayabilir. Bu unsurlar, eğlenceye odaklanan üniversite kültürüyle birlikte, üniversite öğrencilerinin risk altında oldukları bir ortam yaratmaktadır. Alkol alımı da oldukça sıktır. Alkol algıyı, yargılama ve karar verme yeteneğini bozar, olaylara tepki vermeyi, tehlikenin tanınmasını geciktirir (30).

Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada şiddet fiziksel saldırıya uğrama ya da sözel tehdit olarak sorgulanmış ve son 12 aydaki sıklık %19.4 olarak bulunmuştur (30). Finlandiya'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada hafif şiddet sıklığı %35.8, ciddi şiddet sıklığı 29.1, cinsel şiddet %5.3, diğer şiddet türleri %7.0, tehdit %39.1'dir. Bunlardan en az birine maruz kalma sıklığı %46.5'tir. Erkekler daha çok yabancı tarafından şiddete uğrarken kadınlar daha çok partner ve aileden şiddet görmektedir (41). Şili'de yapılan çalışmada kadınlarda 14 yaşından sonra partner şiddeti %26, cinsel şiddet %31, erkeklerde 14 yaşından sonra partner şiddeti %38, cinsel şiddet %20 olarak saptanmıştır. Ergen ve genç erkeklerde cinsel şiddet daha fazla araştırılmaya başlandığı için, bunun oldukça az bildirilen, az tedavi görmüş ve yanlış anlaşılmış bir halk sağlığı problemi olduğu belirtilmiştir (61).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde şiddet ile ilgili yapılmış araştırma çok azdır. Edirne'de yapılan çalışmada öğrencilerin %6.3'ü son 12 ayda şiddete maruz kalmıştır. Öğrencilerin %33.5'i son 12 ayda bir kavgada bulunduğunu, %7.2'si son 12 ayda yaralanmalı bir kavgada bulunduğunu, %4.9'u son 30 gün içinde kendini güvende hissetmediği için en az bir gün okula gitmediğini belirtmiştir (62). Düzce'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada üniversite eğitimine başladıklarından beri öğrencilerin %43.2'si azarlanmaya, %33.3'ü hakarete, %31.5'i sözle tehdide, %0.5'i silahla tehdide, %2.3'ü tartaklanmaya, %3.3'ü sarsılmaya, %1.4'ü fiziksel şiddete, %4.2'si tacize maruz kaldığını belirtmiştir. Öğrencilerden 16'sı (7.5) başka bir öğrenci, 18'i (%8.5) öğrenci olmayan biri, 87 'si (%40.8) öğretim üyesi ve asistan, 9'u (4.2) özel arkadaşı tarafından olumsuz davranışa maruz kaldığını belirtmiştir. Depresyon belirti sıklığı %11.7 saptanmıştır ve tacize maruz kalanlarda depresyon belirtisi daha sıktır (9). Yine Düzce'de

tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin üniversite hayatları boyunca maruz kaldıkları şiddet içeren davranışlar; azarlanma %51.5 fiziksel, sözel ve cinsel şiddet %32.2'dir. Öğrencilerin BDÖ puanları azarlanmaya ve şiddete maruz kalanlarda daha yüksektir(63).

Üniversite öğrencilerinde şiddet ile depresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Üniversite öğrencilerinde şiddetin depresyon belirtisi sıklığına etkisini gösteren araştırmalar

Araştırmanın Yapıldığı Yer	Katılımcıların Sayı ve Özellikleri	Kullanılan Yöntem	Bulgular
Amerika 2011	1,622 üniversite öğrencisi	BDI for Primary Care	Kadınlarda depresyon belirti sıklığı %26.4, erkeklerde %24.7 bulunmuştur. Tütün kullanımı, düşük fiziksel aktivite, son 6 aydaki duygusal ve cinsel şiddet ile ilişkili bulunmuş. Duygusal istismar kadınlarda 2.1 kat erkeklerde 3.8 kat, istenmeyen cinsel ilişki kadınlarda 2.4 kat depresyon belirti sıklığını artırmaktadır (10).
İspanya 2018	828 üniversite öğrencisi	DASS-21	Son 1 yıl içinde katılanların %57,7'si bir veya birden çok kez şiddete uğradığını bildirmiştir. Tüm şiddet türleri kadınlarda sıktır. Kadınlarda cinsel saldırı %12.7, cinsel istismar %6.7, erkeklerde ise bu sıklık %2.1 ve %0.9'dur. Depresyon belirti sıklığı ise kadın ve erkeklerde benzer ve %12 dolayındadır. Şiddete birden çok kez uğrayanlarda ölçek puanı anlamlı olarak yüksektir (23).
Uganda 2012	980 üniversite öğrencisi	Hopkins Symptom Checklist-25	Son 1 yıl içinde öğrencilerin %27,8'i tehdite, %9,6'sı fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Hem erkek hem de kadınlarda tehdite maruz kalma, depresyon ile ilişkili bulunmuş, fiziksel şiddete maruz kalma ile yüksek depresyon skorları arasındaki ilişki sadece erkeklerde anlamlı bulunmuş. Düzeltilmiş modellerde cinsel şiddete maruz kalmanın kötü mental sağlığı 2.6 kat, tehdite maruz kalmanın 2.6 kat, fiziksel şiddetin 2.2 kat artırdığı saptanmış (24).

Amerika 2018	41,898 üniversite öğrencisi	PHQ	Son 12 ayda herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığı %15.4 bulunmuştur. Herhangi bir şiddete maruz kalma PHQ puanını 3.09 puan anlamlı olarak artırmıştır. Bu artış duygusal, fiziksel ve cinsel taciz için 3.14, 3.05 ve 3.05'tir (25).
Macaristan 2015	3615 kadın çoğu öğrenci	BDI	Ağır depresyon belirti sıklığı %2.3 bulunmuş. Son 1 yıl içinde maruz kalınan fiziksel şiddet depresyonu 3.5 kat, cinsel şiddet 6.4 kat artırdığı bulunmuştur (64).
İtalya 2007	502 üniversite öğrencisi	General Health Questionnaire	Şiddet türleri ve etkileri cinsiyete göre değerlendirilmiş. Aile bireyleri tarafından şiddet görmek her iki cinsten benzerdir, okul/arkadaş şiddeti erkeklerde siktir. Partner şiddeti sıklığı da benzerken etkisi farklıdır. Cinsel şiddet erkeklerde %10.5, kadınlarda %19.9 bulunmuştur. Şiddet, sıklığına göre derecelendirildiğinde sıklık arttıkça depresyon, panik atak gibi sağlık çıktılarında artış gözlenmiştir. Erkeklerde şiddete maruz kalmak depresyon ile ilişkili bulunmazken kadınlarda yüksek sıklıkta partner şiddetine maruz kalmak depresyonu 2.4 kat artırmakta, arkadaş/okul şiddeti 2.3 kat artırmaktadır (65).
Sri Lanka 2015	4304 üniversite öğrencisi	PHQ	Depresyon belirti sıklığı %22.8 bulunmuştur. Üniversitede başka öğrenci ya da görevli tarafından şiddete uğramak depresyon ile ilişkili bulunmazken aile içi şiddete uğramak ya da tanık olmak ilişkili bulunmuştur (43).
Afrika, Asya, Karayipler ve Latin Amerika'da 26 ülke 27 Üniversite 2014	20,222 öğrenci	Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale	%24.0 orta ve %12.8 şiddetli depresif belirti varlığı saptanmıştır. Cinsel şiddet 1.38 kat, çocuklukta fiziksel şiddet 1.62 kat artırmaktadır. Kadın cinsiyet, sosyal destek eksikliği, tütün kullanımı, düzensiz uyku süresi, artan tuz alımı, fazla internet kullanımı şiddetli depresyon belirtisi varlığıyla ilişkili bulunmuş (46)

3.GEREC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesinde Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesinde 2016-2017 eğitim döneminde öğrenim gören ikinci sınıf 2621 lisans öğrencisi çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Öğrencilerin ilk yıl maruz kaldıkları şiddetin depresyon belirti sıklığına etkisini değerlendirmek istendiğinden ikinci sınıf öğrencileri seçilmiştir. En küçük örnek büyüklüğü %80 güç, %95 güven düzeyinde %20 sıklık %4 hata payı ile en az 335 kişi, desen etkisi 2 alınarak 670 kişi olarak hesaplanmıştır. Nedensel ilişkiyi değerlendirmek için yapılan hesaplamada %90 güç, %95 güven düzeyi, %20 sıklık ve olasılıklar oranı (OO)=2.0 ile en küçük örnek büyüklüğü 464 (232+232) kişi olarak belirlenmiştir (10,24). Mimarlık Fakültesinden izin alınamadığından diğer beş fakülteden örnek seçilmiştir. Örnek seçimi tabakalı ve küme yöntemi ile yapılmıştır. Fakültelerden alınması gereken en az öğrenci sayıları tabakalandırma yapılarak Mühendislik Fakültesi için 340, Fen Fakültesi için 48, Edebiyat Fakültesi için 149, İşletme Fakültesi için 89, Denizcilik Fakültesi için 44 olarak hesaplanmıştır. Her bölüm bir küme kabul edilmiştir. Mühendislik Fakültesinde 11, Edebiyat Fakültesinde 12, Fen Fakültesinde 6, İşletme Fakültesinde 5, Denizcilik Fakültesinde 5 küme olmak üzere toplam 49 küme arasından basit rasgele yöntem ile kümeler belirlenmiştir. Endüstri, Çevre ve Jeoloji mühendisliği, Mütercim-Tercümanlık, Türk Dili ve Edebiyatı, Arkeoloji, Kimya, Uluslararası İlişkiler, İşletme, Denizcilik İşletmeleri Yönetimi bölümleri örneğe seçilmiştir. Örnek büyüklüğü 811 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Ulaşma Oranı

Araştırmada 547 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşma oranı %67.5'tir. Anketler uygulandığı sırada sınıfta olan tüm öğrencilere uygulanmıştır. Sadece 1 öğrenci katılmayı reddetmiştir. Fakültelere göre ulaşma oranları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Bölümlerdeki öğrenci sayıları ve ulaşma oranı

Fakülteler	Bölümler	Öğrenci Sayısı	Ulaşılan kişi sayısı	Ulaşma oranı %
Mühendislik Fakültesi	Endüstri Mühendisliği	154	287	71.6
	Çevre Mühendisliği	142		
	Jeoloji Mühendisliği	105		
İşletme Fakültesi	İşletme	84	88	65.2
	Uluslararası İlişkiler	51		
Edebiyat Fakültesi	Mütercim-Tercümanlık	41	101	63.1
	Türk Dili Ve Edebiyatı	56		
	Arkeoloji	63		
Fen Fakültesi	Kimya	54	32	59.3
Denizcilik Fakültesi	Denizcilik İşletmeleri Yönetimi	61	39	63.9

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

3.5.1. Bağımlı Değişken

Depresyon belirtisi varlığıdır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Temel Bağımsız Değişken

Şiddet varlığıdır.

Diğer Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet, yaş, fakülte, bölüm, üniversitede kaç yıl geçirdiği, medeni durum, anne ve babanın eğitim düzeyi, anne babanın sağ/ölü, birlikte/ayrı olma durumu, ailenin geniş/çekirdek aile olma durumu, ek işte çalışma durumu, gelir algısı, kendi geliri, kaldığı yer, başarı durumu, bölümden ve şehirden memnuniyet durumu, sigara alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumu, psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal bir hastalık varlığı, ailede psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık varlığı, sosyal destek varlığıdır.

3.6. Değişkenlerin Tanım ve Ölçümü

3.6.1. Bağımlı Değişkenin Tanımı ve Ölçümü

Depresyon belirtisi varlığı: Araştırmanın bağımlı değişkeni olan depresyon belirtisi varlığını değerlendirmek için BDÖ kullanılmıştır. Bu ölçek kişide depresyon yönünden riski belirleme,

depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlamaktadır. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Ölçek 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermekte, dördü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almakta, toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Kesme puanı 17 kabul edilmektedir. Ölçekten 17 ve üzeri puan alanlar 'Depresyon belirtisi var', 17'nin altında puan alanlar 'Depresyon belirtisi yok' olarak değerlendirilmiştir (66).

3.6.2. Temel Bağımsız Değişkenin Tanımı ve Ölçümü

Şiddet varlığı: Araştırmanın temel bağımsız değişkeni son bir yıldaki şiddet varlığıdır. Herhangi bir şiddet eylemine evet yanıtı verildiyse şiddet var kabul edilmiştir. Dört şiddet tipi sorgulanmıştır. Bu grupta şiddet türlerinden ekonomik şiddet, ihmal ve yoksun bırakma daha az görüleceği düşünüldüğünden dahil edilmemiş, ısrarlı takip eklenmiştir.

Fiziksel şiddet: İtilme, tartaklanma, saç çekilmesi, tokat atılması, bir şey fırlatılması, yumruklanma, bir cisimle vurulma, sürüklenme, tekmelenme, dövülme, yakılma, boğazının sıkılması, bıçak, silah gibi aletlerle tehdit edilme ya da kullanılması seçeneklerinden en az birini işaretleyenlerde fiziksel şiddet var kabul edilmiştir.

Duygusal Şiddet: Hakaret ya da küfür varlığı, aşağılanma, küçük düşürülme, isim takılması, tehdit edilme, iletişimin kısıtlanması seçeneklerinden en az birini işaretleyenlerde duygusal şiddet var kabul edilmiştir.

Cinsel Şiddet: Tecavüz veya tecavüze teşebbüs edilmesi, karşı koyamayacak durumda iken (ilaç/alkol etkisi altında vb) cinsel ilişki veya teşebbüs edilmesi, istemediği halde cinsel ilişkiye zorlanma (korku, tehdit vb nedenle), cinsel olarak aşağılayıcı ya da küçük düşürücü bulduğu bir şeyi yapmaya zorlanma, elle veya sözle sarkıntılık seçeneklerinden en az birini işaretleyenlerde cinsel şiddet var kabul edilmiştir.

Israrlı Takip: Güvenliğinden korku duymasına neden olacak şekilde tekrar eden, kasıtlı ve tehditkâr bir şekilde; telefonla aranma, mesaj, mektup ve/veya e-posta gönderilme, sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulması ve takip edilme, izlenme, takip edilme, çiçek vb. hediyeler ya da tuhaf, korkutucu eşyalar gönderilmesi, görüşmezse kendisine, ona ya da çevresine zarar vereceği ile tehdit edilme seçeneklerinden en az birini işaretleyenlerde ısrarlı takip var kabul edilmiştir.

Bunların kimler tarafından gerçekleştirildiği, arkadaşım, tanıdığım fakat arkadaşım

olmayan biri, tanımadığım biri, duygusal bağım olan kişi(sevgili, eş vb), aileden biri, diğer seçeneklerini içeren soru ile sorgulanmıştır.

3.6.3. Diğer Bağımsız Değişkenlerin Tanımı ve Ölçümü:

Cinsiyet: Kadın ve erkek olarak sorgulanmıştır.

Yaş: Yıl olarak sorulmuştur.

Üniversitede geçirilen yıl: Yıl olarak sorulmuştur.

Medeni durum: Evli, bekar, dul, boşanmış olarak sorgulanmıştır. Dul ve boşanmış şıkları işaretlenmemiştir.

Anne babanın durumu: İkisi de sağ ve birlikte, ikisi de sağ ve ayrı, biri öldü, ikisi de öldü şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede tek ebeveyn/ iki ebeveyn ile birlikte yaşama olarak gruplandırılmıştır.

Anne ve babanın öğrenim düzeyi: Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite/yüksek okul mezunu şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede ilkokul mezunu ve altı, ortaokul mezunu ve üstü olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Ailenin gelir algısı: Çok kötüden çok iyiye 5’li likert tipinde sorulmuştur. Çok kötü ve kötü birlikte, orta, iyi ve çok iyi birlikte gruplandırılmıştır.

Aylık gelir: Aile tarafından verilen, işte çalışılıyorsa kazanılan, burslar vb tüm gelir toplamı sorulmuştur.

Giderini karşılamak için işte çalışma durumu: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur.

Kaldığı yer: Evde yalnız, evde arkadaşıyla, evde ailemle veya aileden biriyle, evde akrabalarımla, yurttan, diğer, belirtiniz şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede evde yalnız ve evde arkadaşıyla yanıtları birlikte, aile veya aileden biri ile ve akraba ile kalmak birlikte, yurt seçeneği de ayrı olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Başarı durumu: İyi, orta, kötü şeklinde sorulmuştur.

Bölümden memnuniyet durumu: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur.

Şehirden memnuniyet durumu: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur.

Sigara kullanma durumu: Hayır, kullanmıyorum, kullanıyordum, bıraktım, evet, ara sıra kullanıyorum, evet, düzenli olarak (günde en az 1 adet) kullanıyorum şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede kullanmayanlar ile bırakanlar birlikte, kullananlar birlikte gruplandırılmıştır.

Alkol kullanma durumu: Hayır, kullanmıyorum, evet, ayda 1 den az, evet, ayda 1-3 gün, evet, haftada 1 gün, evet, haftada 2-6 gün, evet hergün şeklinde sorulmuştur.

Uyuşturucu madde kullanma durumu: Denemedim, denedim, kullanmıyorum, kullanıyorum

şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede deneyenler ile kullananlar birleştirilmiştir.

Psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal bir hastalık varlığı: Evet hayır şeklinde sorulmuştur. Sadece tanımlayıcı veri olarak sunulmuştur.

Ailede psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığı: Evet hayır şeklinde sorulmuştur.

Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık varlığı: Evet hayır şeklinde sorulmuştur.

Çocuklukta fiziksel şiddete uğrama: Hayır, çok nadir, ara sıra, çok sık şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede çok nadir, ara sıra, çok sık evet olarak gruplandırılmıştır.

Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olma: Hayır, çok nadir, ara sıra, çok sık şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede çok nadir, ara sıra, çok sık evet olarak gruplandırılmıştır.

Çocuklukta duygusal şiddete uğrama: Hayır, çok nadir, ara sıra, çok sık şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede çok nadir, ara sıra, çok sık evet olarak gruplandırılmıştır.

Çocuklukta aile içi duygusal şiddete tanık olma: Hayır, çok nadir, ara sıra, çok sık şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede çok nadir, ara sıra, çok sık evet olarak gruplandırılmıştır.

Çocuklukta cinsel şiddete uğrama: Evet hayır şeklinde sorulmuştur. Çözümlemede çok nadir, ara sıra, çok sık evet olarak gruplandırılmıştır.

Çocuklukta aile içi cinsel şiddete tanık olma: Evet hayır şeklinde sorulmuştur.

Çocuklukta şiddet varlığı: Çocuklukta maruz kalınan ya da tanık olunan şiddet sorularından herhangi birine evet yanıtı verildiyse çocuklukta şiddet var olarak kabul edilmiştir.

Herhangi bir şiddet nedeniyle tedavi olmayı gerektirecek şekilde yaralanma: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur.

Şiddet nedeniyle herhangi bir kuruma başvurma durumu ve neresi olduğu: Evet, hayır şeklinde ve başvurduysa neresi olduğu açık uçlu olarak sorulmuştur.

Sosyal destek varlığı: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşmakta ve yedili likert tipindedir. Ölçek üç farklı kaynaktan(aile, arkadaş, özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmektedir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (67).

3.7. Veri Toplama Yöntemi:

Hazırlanan anket formunda 37 soru, 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşan BDÖ, 12 cümleden oluşan ÇBASDÖ yer almaktadır (Ek 1). Anket formunun ön testi sekizer kişilik iki grup tıp fakültesi öğrencisinde yapılmıştır. Veri toplama araştırmacı tarafından Ekim 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Anketler, sınıfın eğitimcisiinden izin alınarak dersin yaklaşık ilk 20 dakikasında uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi:

Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma, ortanca(en küçük-en büyük değer) olarak sunulmuştur. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişki ki-kare, Fisher'in Kesin Testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Modele cinsiyet ve ikili analizlerde anlamlı çıkan değişkenler alınmıştır. Bazı değişkenler ikili analizlerde anlamlı bulunmasına karşın korelasyonu yüksek olduğundan çoklu analizlere dahil edilmemiştir. Olasılıklar Oranı(OR) değerleri %95 güven aralığında(GA) sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir. SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır.

3.9. Araştırma Planı ve Takvimi:

	2015	2016					2017	Ücretsiz İzin Dönemi	2018	2019	
	11.-12.	1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12	1-2-3			11-12	1-2-3	4-5-6
Konu Seçimi											
Kaynak İnceleme											
Veri Toplama Aracı Geliştirme											
Veri Toplama											
Veri Girişi ve temizliği											
Veri Çözümlemesi											
Yazım											

Şekil 4. Araştırmanın zaman çizelgesi

3.10. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20.10.2016 tarih ve 2016/27-21 numaralı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek 2). Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili fakültelerden ve bölümlerden izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesi'nde öğrenim gören öğrencilerde şiddetin depresyon belirti sıklığına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada 547 kişiye ulaşıldı. Ulaşma oranı %67.5'tir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma grubunun %59.2'si kadın, %40.8'i erkektir, yaş ortalaması 21.1 ± 1.8 'dir.

Tablo 4. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Kadın(n=324)		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversitedeki geçen yıl						
Bir yıl	78	24.1	30	13.5	108	19.7
İki yıl	171	52.8	104	46.6	275	50.3
Üç yıl ve üstü	75	23.1	89	39.9	164	30.0
Anne ve babanın durumu						
İkisi de sağ ve birlikte	267	82.4	207	92.8	474	86.7
İkisi de sağ ve ayrı	40	12.3	12	5.4	52	9.5
Biri öldü	17	5.2	4	1.8	21	3.8
Aile yapısı						
Çekirdek aile	300	92.6	201	90.1	501	91.6
Geniş aile	24	7.4	22	9.9	46	8.4
Kaldığı yer						
Evde, yalnız	9	2.8	19	8.5	28	5.1
Evde, arkadaş ile	92	28.4	94	42.2	186	34.0
Evde, aile veya aileden biriyle	129	39.8	59	26.5	188	34.4
Evde, akrabalar ile	6	1.9	7	3.1	13	2.4
Yurtta	88	27.2	44	19.7	132	24.1
İşte çalışma durumu						
Evet	30	9.3	38	17.0	68	12.4
Hayır	294	90.7	185	83.0	479	87.6

Kadınların yaş ortalaması 20.7 ± 1.7 , erkeklerin yaş ortalaması 21.6 ± 1.8 'dir. Öğrencilerin %70.0'i üniversitede bir veya iki yıl geçirmiştir, yalnızca biri evlidir. Araştırma grubunun %86.7'sinin ebeveyni sağ ve birliktedir, %91.6'sı çekirdek aileye sahiptir, %68.4'ü evde arkadaşıyla ya da aile fertlerinden biriyle kalmaktadır. Kadınların %9.3'ü, erkeklerin ise %17.0'si bir işte çalışmaktadır. Öğrencilerin aylık gelir ortalaması 917.2 ± 498.5 liradır.

Tablo 5. Araştırma grubunun ebeveynlerinin öğrenim durumu ve gelir özellikleri

	Kadın(n=324)		Erkek(223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin öğrenim durumu						
Okur-yazar değil	5	1.5	7	3.1	12	2.2
Okur-yazar	12	3.7	11	4.9	23	4.2
İlkokul mezunu	73	22.6	68	30.5	141	25.8
Ortaokul mezunu	53	16.4	30	13.5	83	15.2
Lise mezunu	105	32.5	67	30.0	172	31.5
Üniversite/yüksekokul mezunu	75	23.2	40	17.9	115	21.1
Babanın öğrenim durumu						
Okur-yazar değil	0	0.0	2	0.9	2	0.4
Okur-yazar	5	1.5	1	0.4	6	1.1
İlkokul mezunu	66	20.4	43	19.3	109	19.9
Ortaokul mezunu	44	13.6	34	15.2	78	14.3
Lise mezunu	102	31.5	64	28.7	166	30.3
Üniversite/yüksekokul mezunu	107	33.0	79	35.4	186	34.0
Ailenin geliri						
Çok kötü	0	0.0	7	3.1	7	1.3
Kötü	25	7.7	5	2.2	30	5.5
Orta	192	59.3	144	64.6	336	61.4
İyi	101	31.2	57	25.6	158	28.9
Çok iyi	6	1.9	10	4.5	16	2.9

Araştırma grubunun %32.2'sinin annesi ilkokul ve altı, %52.6'sının annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Öğrencilerin %21.4'ünün babası ilkokul ve altı, %64.3'ünün babası

lise ve üstü eğitime sahiptir. Öğrencilerin %61.4'ü gelir durumunu orta olarak, %6.8'i çok kötü ya da kötü olarak belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırma grubunun başarı ve memnuniyet durumu

	Kadın(n=324)		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okulda başarı durumu						
İyi	72	22.2	31	13.9	103	18.8
Orta	231	71.3	142	63.7	373	68.2
Kötü	21	6.5	50	22.4	71	13.0
Bölümden memnuniyet durumu						
Evet	258	79.6	171	76.7	429	78.4
Hayır	66	20.4	52	23.3	118	21.6
Şehirden memnuniyet durumu						
Evet	282	87.0	188	84.3	470	85.9
Hayır	42	13.0	35	15.7	77	14.1

Öğrencilerin %68.2'si başarı durumunu orta düzeyde, kadınların %6.5'i, erkeklerin %22.4'ü başarı durumunu kötü olarak belirtmiştir. Okuduğu bölümden %21.6'sı, yaşadığı şehirden %14.1'i memnun değildir (Tablo 6).

Tablo 7. Araştırma grubunun bağımlılık özellikleri

	Kadın(n=324)		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara kullanma durumu						
Kullanmıyor	185	57.1	106	47.5	291	53.2
Bırakmış	20	6.2	24	10.8	44	8.0
Ara sıra kullanıyor	40	12.3	26	11.7	66	12.1
Düzenli kullanıyor	79	24.4	67	30.0	146	26.7
Alkol Kullanma Durumu						
Kullanmıyor	111	34.3	70	31.4	181	33.1
Evet, ayda 1'den az	89	27.5	44	19.7	133	24.3

Evet, ayda 1-3 gün	99	30.6	52	23.3	151	27.6
Evet, haftada 1 gün	13	4.0	26	11.7	39	7.1
Evet, haftada 2-6 gün	8	2.5	25	11.2	33	6.0
Evet, hergün	4	1.2	6	2.7	10	1.8
Madde Kullanma Durumu						
Denememiş	303	93.5	177	79.4	480	87.8
Denemiş, kullanmıyor	17	5.2	36	16.1	53	9.7
Kullanıyor	4	1.2	10	4.5	14	2.6

Katılanların %26.7'si sigarayı düzenli kullanmaktadır. Arasıra veya düzenli kullanma sıklığı kadınlarda %36.7, erkeklerde %41.7'dir. Katılanların %14.9'u haftada bir kez ve daha fazla alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin %9.7'si uyuşturucu madde denediğini ama kullanmadığını, %2.6'sı kullandığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Araştırma grubunun hastalık varlığı ve ilaç kullanımı durumu

	Kadın(n=324)		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ruhsal hastalık varlığı						
Evet	10	3.1	23	10.3	33	6.0
Hayır	314	96.9	200	89.7	514	94.0
Ailede ruhsal hastalık varlığı						
Evet	26	8.0	19	8.5	45	8.2
Hayır	298	92.0	204	91.5	502	91.8
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı*						
Evet	41	12.7	29	13.1	70	12.8
Hayır	283	87.3	192	86.9	475	87.2

* Bu soruyu 2 erkek öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılanların %6.0'sının kendisinde, %8.2'sinin ailesinde psikiyatrist tarafından tanı konmuş ruhsal hastalık vardır. Katılanların %12.8'i sürekli ilaç kullanmasını gerektirecek bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Araştırma grubunun çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanları

	Kadın(n=300)	Erkek(n=206)	Tüm grup(n=506)*
	Ortanca (en küçük-en büyük)	Ortanca (en küçük-en büyük)	Ortanca (en küçük-en büyük)
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı	71(12-84)	60.5(12-84)	65(12-84)
Aileden sosyal destek puanı	26(4-28)	25(4-28)	25(4-28)
Arkadaştan sosyal destek puanı	25(4-28)	22(4-28)	22(4-28)
Aile ve arkadaş dışı sosyal destek puanı	25(4-28)	16(4-28)	19(4-28)

* Bu soruyu 41 öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılanların algılanan sosyal destek puanı ortancası kadınlarda 71, erkeklerde 60.5'tir (Tablo 9).

Tablo 10. Araştırma grubunun çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumu

	Kadın(n=324)		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=547)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma						
Hayır	226	69.8	81	36.3	307	56.1
Çok nadir	62	19.1	79	35.4	141	25.8
Ara sıra	27	8.3	47	21.1	74	13.5
Çok sık	9	2.8	16	7.2	25	4.6
Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olma durumu						
Hayır	241	74.4	133	59.6	374	68.4
Çok nadir	47	14.5	49	22.0	96	17.6
Ara sıra	32	9.9	29	13.0	61	11.2
Çok sık	4	1.2	12	5.4	16	2.9
Çocuklukta duygusal şiddete maruz kalma*						
Hayır	181	58.8	101	45.3	291	53.3
Çok nadir	89	27.6	49	22.0	124	22.7
Ara sıra	39	12.1	56	25.1	102	18.7

Çok sık	14	4.3	17	7.6	29	5.3
Çocuklukta aile içi duygusal şiddete tanık olma durumu*						
Hayır	181	55.9	117	52.5	298	54.6
Çok nadir	89	27.5	51	22.9	140	25.6
Ara sıra	39	12.0	33	14.8	72	13.2
Çok sık	14	4.3	22	9.9	36	6.6
Çocuklukta cinsel şiddete maruz kalma durumu**						
Evet	17	5.3	8	3.6	25	4.6
Hayır	305	94.7	213	96.4	518	95.4
Çocuklukta aile içi cinsel şiddete tanık olma durumu***						
Evet	3	0.9	1	0.5	4	0.7
Hayır	321	99.1	221	99.5	542	99.3

* Bu soruyu 1 kız öğrenci yanıtlamamıştır.

** Bu soruyu 2 kız ve erkek öğrenci yanıtlamamıştır.

***Bu soruyu 1 erkek öğrenci yanıtlamamıştır.

Çocuklukta şiddete uğrama, tanık olma durumları incelendiğinde araştırmaya katılanların %43.9'u fiziksel şiddete maruz kalmış, %31.6'sı aile içi fiziksel şiddete tanık olmuştur. Öğrencilerin %46.7'si duygusal şiddete maruz kalmış, %45.4'ü aile içi duygusal şiddete tanık olmuştur. Öğrencilerin %4.6'sı cinsel şiddete maruz kalmış, %0.7'si aile içi cinsel şiddete tanık olmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırma grubunun şiddet nedeniyle yaralanma ve kurum başvuru durumu

	Kadın(n=323)*		Erkek(n=223)		Tüm grup(n=546)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şiddet nedeniyle tedavi gerektirecek şekilde yaralanma durumu						
Evet	3	0.9	26	11.7	29	5.3
Hayır	320	99.1	197	88.3	517	94.7
Şiddet nedeniyle herhangi bir kuruma başvurma durumu						

Evet	2	0.6	4	1.8	6	1.1
Hayır	321	99.4	219	98.2	540	98.9

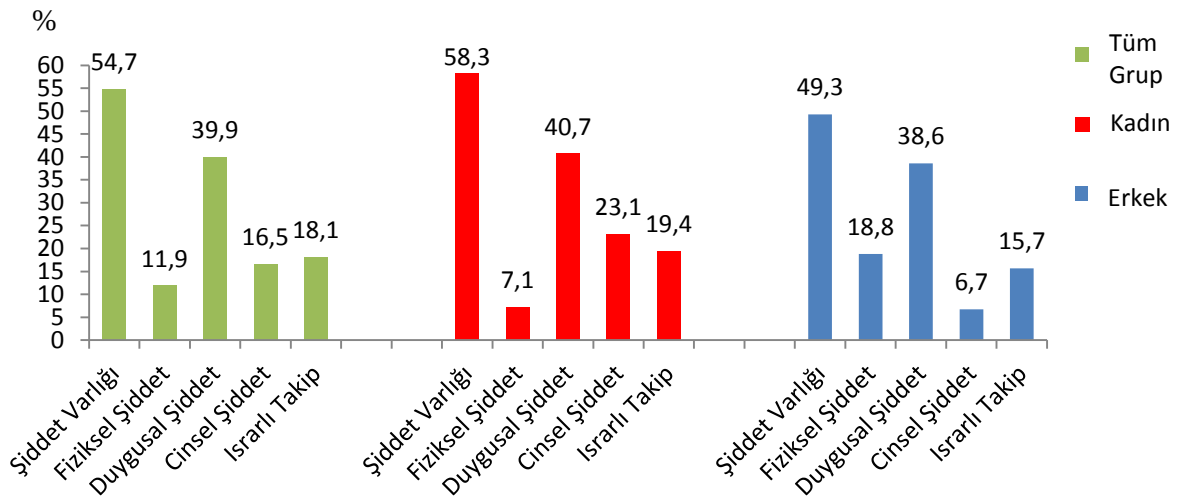
* Bu soruyu 1 kız öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılanların %5.3'ü şiddet nedeniyle tedavi olmayı gerektirecek şekilde yaralanmıştır. Sadece altı öğrenci (%1.1) şiddet nedeniyle herhangi bir kuruma başvurmuştur. Üçü hastane acil servisine bir tanesi psikiyatri bölümüne, bir tanesi emniyete, bir tanesi de yargı yoluna başvurmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırma grubunun son bir yılda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma durumu

Şiddete maruz kalma	Kadın		Erkek		Tüm grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	189	58.3	110	49.3	299	54.7
Hayır	135	41.7	113	50.7	248	45.3
Toplam	324	100.0	223	100.0	547	100.0

Öğrencilerin %54.7'si son bir yılda fiziksel, duygusal, cinsel ve ısrarlı takip olarak sorgulanan şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 12).



Grafik 1. Araştırma grubunda, kadın ve erkeklerde son bir yılda şiddete maruz kalma durumu

Tablo 13. Araştırma grubunun son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı

n:547	Kadın		Erkek		Tüm grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma	23	7.1	42	18.8	65	11.9
Fiziksel şiddet türü*						
Tokat atılma	12	52.2	24	57.1	36	55.4
İtilme, tartaklanma	10	43.5	22	52.4	32	49.2
Canınızı yakacak şekilde bir şey fırlatılma	1	4.3	20	47.6	21	32.3
Yumruklanma	0	0.0	17	40.5	17	26.2
Canınızı yakacak şekilde bir şeyle vurulma	0	0.0	12	28.6	12	18.5
Tekmelenme,sürüklenme, dövülme	1	4.3	11	26.2	12	18.5
Boğazınızın sıkılması, bir yerinizin yakılması	4	17.4	7	16.7	11	16.9
Bıçak, silah ile tehdit edilme ya da bunların kullanılması	3	13.0	6	14.3	9	13.8
Saçınızın çekilmesi	3	13.0	3	7.1	6	9.2
Fiziksel şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği*(n:63)**						
Duygusal bağım olan kişi	11	45.8	17	42.5	28	43.1
Aileden biri	11	45.8	12	30.0	22	33.8
Arkadaşım	0	0.0	19	47.5	19	30.2
Tanımadığım biri	2	8.3	13	32.5	15	23.8
Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri	0	0.0	6	15.0	6	9.5

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

** Bu soruyu 2 öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %11.9'u son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Kadınlarda bu oran %7.1, erkeklerde %18.8'dir. En sık belirtilen fiziksel şiddet türleri tokat atılması, itilme ve tartaklanmadır. Kadınlar en çok duygusal bağı olan kişi ve

aileden biri tarafından, erkekler arkadaş ve duygusal bağı olan kişi tarafından fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Araştırma grubunun son bir yılda duygusal şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı

n:547	Kadın		Erkek		Tüm grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Duygusal şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma	132	40.7	86	38.6	218	39.9
Duygusal şiddet türü*						
Üzülmenize neden olacak hakaret ya da küfür	85	64.4	53	60.2	137	62.8
Aşağılanma, küçük düşürülme	39	29.5	26	29.5	65	29.8
İletişiminizin kısıtlanması	27	2.5	31	35.2	58	26.6
İsim takılması	1	0.8	20	22.7	21	9.6
Tehdit edilme	8	6.1	8	9.1	16	7.3
Duygusal şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği*(n:216)**						
Arkadaşım	37	28.2	46	53.5	83	38.4
Duygusal bağı olan kişi	43	32.8	26	30.2	69	31.9
Aileden biri	25	19.1	18	20.9	43	19.9
Tanımadığım biri	22	16.8	8	9.3	30	13.9
Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri	9	6.9	18	20.9	27	12.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

** Bu soruyu 2 öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılanların %39.9'u son bir yılda duygusal şiddete maruz kalmıştır. Kadın ve erkeklerde sıklık benzerdir. Araştırmaya katılanların %62.8'i şiddet türünü üzülmenize neden olacak hakaret ya da küfür olarak belirtmiştir. Kadınlar en çok duygusal bağı olan kişi tarafından, erkekler ise arkadaşları tarafından duygusal şiddete maruz kalmaktadır (Tablo 14).

Tablo 15. Araştırma grubunun son bir yılda cinsel şiddete maruz kalma durumu ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı

n:547	Kadın		Erkek		Tüm grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma	75	23.1	15	6.7	90	16.5
Cinsel şiddet türü*						
Elle veya sözle sarkıntılık	73	96.1	11	73.3	84	93.3
İstemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlanma (korku, tehdit...vb nedenle)	0	0.0	6	40.0	6	6.7
Cinsel olarak aşağılayıcı ya da küçük düşürücü bulduğunuz bir şeyi yapmaya zorlanma	2	2.6	4	26.7	6	6.7
Karşı koyamayacak durumda iken (ilaç/alkol etkisi altında...vb) cinsel ilişki veya teşebbüs edilmesi	0	0.0	4	26.7	4	4.4
Tecavüz veya tecavüze teşebbüs edilmesi	2	2.6	3	20.0	5	5.6
Cinsel şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği(n:90)*						
Tanımadığım biri	69	90.8	6	40.0	75	83.3
Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri	4	5.3	9	60.0	13	14.4
Duygusal bağım olan kişi	2	2.6	5	33.3	7	7.8
Aileden biri	1	1.3	2	13.3	3	3.3
Arkadaşım	0	0.0	3	20.0	3	3.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Araştırmaya katılanların %16.5'i son bir yılda cinsel şiddete maruz kalmıştır. Kadınlarda sıklık %23.1, erkeklerde %6.7'dir. Elle veya sözle sarkıntılık sıklığı %93.3'tür. Diğer cinsel şiddet türlerinin sıklığı %4.4 ile %6.7 arasında değişmektedir. Cinsel şiddete en sık tanıdık olmayan biri tarafından maruz kalındığı belirtilmiştir (Tablo 15).

Tablo 16. Araştırma grubunun son bir yılda ısrarlı takibe maruz kalma durumu ve kim tarafından gerçekleştirildiğinin dağılımı

n=547	Kadın		Erkek		Tüm grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Israrlı takip türlerinden herhangi birine maruz kalma	63	19.4	35	15.7	99	18.1
Israrlı takip türü* <i>Güvenliğinizden korku duymanıza neden olacak şekilde tekrar eden, kasıtlı ve tehditkar şekilde;</i>						
Sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulması ve takip edilme	38	60.3	26	74.3	64	65.3
Telefonla aranma, mesaj, mektup ve/veya e-posta gönderilme	22	34.9	17	48.6	39	39.8
İzlenme, takip edilme	13	20.6	8	22.9	21	21.4
Görüşmezseniz kendisine, size ya da çevrenize zarar vereceği ile tehdit edilme	1	1.6	4	11.4	5	5.1
Çiçek vb. hediyeler ya da tuhaf, korkutucu eşyalar gönderilmesi	0	0.0	1	2.9	1	1.0
Israrlı takibin kim tarafından gerçekleştirildiği(n:99)*						
Tanımadığım biri	45	71.4	20	57.1	65	66.3
Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri	13	20.6	7	20.0	20	20.4
Duygusal bağım olan kişi	4	6.3	10	28.6	14	14.3
Arkadaşım	3	4.8	3	8.6	6	6.1
Aileden biri	0	0.0	3	8.6	3	3.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Araştırmaya katılanların %18.1'i son bir yılda ısrarlı takibe maruz kaldığını, %65.3'ü sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulduğunu ve takip edildiğini belirtmiştir. En sık tanıdık olmayan biri tarafından maruz kalındığı belirtilmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Araştırma grubunda depresyon belirtisi varlığı dağılımı

	Kadın		Erkek		Tüm grup*	
Depresyon Belirtisi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	86	26.7	48	21.7	134	24.7
Yok	236	73.3	173	78.3	409	75.3
Toplam	322	100.0	221	100.0	543*	100.0

* Bu soruyu 2 kız, 2 erkek öğrenci yanıtlamamıştır.

Araştırma grubunda depresyon belirti sıklığı %24.7'dir. Kadınlarda sıklık %26.7, erkeklerde %21.7'dir (Tablo 17).

4.2. Çözümleyici Bulgular

4.2.1. Araştırma Grubunun Çözümleyici Bulguları

4.2.1.1. Araştırma Grubunda Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler

Tablo 18. Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=543	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Erkek	48	21.7	173	78.3	0.190
Kadın	86	26.7	236	73.3	
Üniversitede geçen yıl					
Bir yıl	29	26.9	79	73.1	0.784
İki yıl	64	23.5	208	76.5	
Üç yıl ve üstü	41	25.2	122	74.8	
Anne ve babanın durumu					
İki ebeveyn ile yaşama	116	24.6	355	75.4	0.946

Tek ebeveyn ile yaşama	18	25.0	54	75.0	
Aile yapısı					
Çekirdek aile	111	22.3	386	77.7	<0.001
Geniş aile	23	50.0	23	50.0	
Kaldığı yer					
Evde tek veya arkadaşla birlikte	59	27.8	153	72.2	0.317
Evde aile veya akraba ile birlikte	43	21.4	158	78.6	
Yurt	32	24.6	98	75.4	
İşte çalışma durumu					
Evet	25	37.9	41	62.1	0.008
Hayır	109	22.9	368	77.1	

*Ki kare testi

Geniş aileye sahip olanlarda ve bir işte çalışanlarda depresyon belirti sıklığı anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.001$, $p=0.008$). Cinsiyet, üniversitede geçen yıl, ebeveynlerin sağ ve birlikte olma durumları, öğrencinin kaldığı yer depresyon belirti sıklığını etkilememektedir (Tablo 18).

Tablo 19. Depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve algılanan sosyal destek puanı

	Depresyonu belirtisi var	Depresyon belirtisi yok	P değeri*
	Ortanca(en küçük-en büyük değer)	Ortanca(en küçük-en büyük değer)	
Yaş	21(18-26)	21(19-25)	0.434
Gelir	1000(400-3000)	1000(450-2700)	0.711
Sosyal destek puanı	46(12-72)	57(41-84)	<0.001

* Mann Whitney U testi

Gruplar arasında yaş ve gelir ortancası arasında fark yoktur. Depresyon belirtisi olanlarda sosyal destek puanı anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$) (Tablo 19).

Tablo 20. Araştırma grubunda ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=543	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Annenin öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	68	38.6	108	61.4	<0.001
Ortaokul ve üstü	66	18.0	301	82.0	
Babanın öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	42	36.2	74	63.8	0.001
Ortaokul ve üstü	92	21.5	335	78.5	
Ailenin gelir durumu					
Kötü-çok kötü	17	45.9	20	54.1	0.003
Orta-iyi-çok iyi	117	23.1	389	76.9	

*Ki kare testi

Öğrencilerin anne ve babasının ilkökul ve altı öğrenim düzeyine sahip olması depresyon belirtisi sıklığını anlamlı olarak artırmaktadır (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$). Ailesinin gelir durumu kötü-çok kötü olanlarda, orta-iyi-çok iyi olanlara göre depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak daha fazladır ($p=0.003$) (Tablo 20).

Tablo 21. Araştırma grubunun başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=543	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Okulda başarı durumu					
İyi-orta	107	22.6	366	77.4	0.004

Kötü	27	38.6	43	61.4	
Bölümden memnun olma durumu					
Evet	80	18.8	346	81.2	< 0.001
Hayır	54	46.2	63	53.8	
Şehirden memnun olma durumu					
Evet	108	23.1	359	76.9	0.029
Hayır	26	34.2	50	65.8	

*Ki kare testi

Başarı durumunu kötü olarak değerlendirenlerde depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır ($p=0.004$). Bölümden ve şehirden memnun olmayanlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ($p<0.00$, $p=0.029$) (Tablo 21).

Tablo 22. Araştırma grubunun bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=543	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara kullanma durumu					
Hayır	82	24.7	250	75.3	0.989
Evet	52	24.6	159	75.4	
Alkol kullanma durumu					
Haftada birden az	101	21.9	361	78.1	<0.001
Haftada bir ve daha sık	33	40.7	48	59.3	
Madde kullanma durumu					
Denemedim	115	24.1	363	75.9	0.364
Denedim	19	29.2	46	70.8	

Ailede ruhsal hastalık varlığı					
Evet	18	41.9	25	58.1	0.007
Hayır	116	23.2	384	76.8	
İlaç kullanma durumu					
Evet	17	24.6	52	75.4	0.556
Hayır	117	24.8	355	75.2	

*Ki kare testi

Sigara, uyuşturucu madde kullanımının ve düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalığa sahip olmanın depresyon belirtisi varlığı üzerine etkisi yoktur. Haftada bir ve daha sık alkol alanlarda ve ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey olanlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak daha sık görülmektedir ($p<0.001$, $p=0.007$) (Tablo 22).

Tablo 23. Araştırma grubunun çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma ve şiddet nedeniyle yaralanma durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma (n:543)					
Evet	65	27.4	172	72.6	0.114
Hayır	69	22.5	237	77.5	
Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olma(n:543)					
Evet	59	34.7	111	65.3	<0.001
Hayır	75	20.1	298	79.9	
Çocuklukta duygusal şiddete maruz kalma (n:542)					
Evet	86	34.1	166	65.9	<0.001
Hayır	48	16.6	242	83.4	
Çocuklukta aile içi duygusal şiddete tanık olma(n:542)					

Evet	88	36.1	156	63.9	<0.001
Hayır	46	15.4	252	84.6	
Çocuklukta cinsel şiddete maruz kalma (n:539)					
Evet	10	41.7	14	58.3	0.051
Hayır	124	24.1	391	75.9	
Çocuklukta herhangi bir şiddete uğrama/tanık olma(n:539)					
Evet	75	34.4	143	65.6	<0.001
Hayır	59	18.4	262	81.6	
Şiddet nedeniyle yaralanma(n:542)					
Evet	12	41.4	17	58.6	0.032
Hayır	122	23.8	391	76.2	

*Ki kare testi

Çocuklukta aile içi fiziksel ve duygusal şiddete tanık olanlarda, duygusal şiddete maruz kalanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Çocuklukta belirtilen şiddet türlerinden en az birine maruz kalan ya da tanık olanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır ($p<0.001$). Şiddet nedeniyle yaralananlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak fazladır ($p=0.032$) (Tablo 23).

4.2.1.2. Araştırma Grubunda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi

Tablo 24. Araştırma grubunun son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=543	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel şiddet varlığı	0.200				
Var					
Yok					
Duygusal şiddet varlığı	0.000				
Var					
Yok					

Var	85	39.4	131	60.6	0.001
Yok	49	15.0	278	85.0	
Cinsel şiddet varlığı					
Var	37	41.1	53	58.9	<0.001
Yok	97	21.4	356	78.6	
Israrlı takip varlığı					
Var	33	34.0	64	66.0	0.015
Yok	101	22.6	345	77.4	
Şiddet varlığı					
Var	106	35.8	190	64.2	<0.001
Yok	28	11.3	219	88.7	

*Ki kare testi

Son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi sıklığını etkilememektedir ($p=0.200$). Son bir yılda duygusal, cinsel şiddete, ısrarlı takibe maruz kalanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır (sırasıyla $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.015$). Son bir yılda bu belirtilen şiddet türlerinden en az birine maruz kalanlarda depresyon belirtisi daha fazla görülmektedir ve fark anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 24).

4.2.1.3. Araştırma Grubunda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Yapılan lojistik regresyon analizi modellerine literatürde ilişkili bulunan cinsiyet değişkeni ve ikili analizlerde anlamlı çıkan değişkenler alınmıştır, yüksek korelasyon gösteren değişkenlerden biri dahil edilmiştir. İkili analizlerde ve düzeltilmiş modellerde fiziksel şiddetin depresyon belirtisi varlığına etkisi olmadığından fiziksel şiddet varlığını içeren modele yer verilmemiştir.

Tablo 25. Araştırma grubunda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Cins (Erkek)	Kadın	0.001	2.859	1.564-5.228
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	<0.001	4.676	2.062-10.605
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.010	2.034	1.188-3.483
Bir işte çalışma (Hayır)	Evet	0.075	2.070	0.929-4.611
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	<0.001	3.443	1.935-6.128
Ailede ruhsal hastalık varlığı (Hayır)	Evet	0.645	1.261	0.470-3.385
Şiddet nedeniyle yaralanma durumu (Hayır)	Evet	0.156	2.216	0.739-6.648
Çocuklukta şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.771	0.912	0.489-1.699
Şiddet varlığı (Hayır)	Evet	<0.001	6.661	3.593-12.349
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.948	0.932-0.965

Son bir yıl içinde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 6.66 kat artırmaktadır (OR=6.661, $p<0.001$, %95 GA=3.593-12.349).

Kadın olmak (OR=2.859, $p=0.001$, %95 GA=1.564-5.228), geniş aileye sahip olmak (OR=4.676, $p<0.001$, %95 GA=2.062-10.605), annenin öğrenim durumunun ilkokul ve altı olması (OR=2.034, $p=0.010$, %95 GA=1.188-3.483) bölümden memnun olmamak (OR=3.443, $p<0.001$, %95 GA=1.935-6.128) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.948, $p<0.001$, %95 GA=0.932-0.965) ise depresyon belirtisi varlığını azaltmaktadır (Tablo 25).

Tablo 26. Araştırma grubunda duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Cins (Erkek)	Kadın	<0.001	3.452	1.896-6.284
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.001	3.771	1.706-8.335
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.006	2.120	1.245-3.610
Bir işte çalışma (Hayır)	Evet	0.019	2.506	1.160-5.415
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	<0.001	3.476	1.973-6.125
Ailede ruhsal hastalık varlığı (Hayır)	Evet	0.452	1.429	0.563-3.626
Şiddet nedeniyle yaralanma durumu (Hayır)	Evet	0.033	3.346	1.103-10.153
Çocuklukta şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.843	1.063	0.578-1.956
Duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	<0.001	4.680	2.734-8.012
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.952	0.936-0.969

Son bir yıl içinde duygusal şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 4.68 kat artırmaktadır (OR=4.680, $p<0.001$, %95 GA=2.734-8.012).

Kadın olmak (OR=3.452, $p<0.001$, %95 GA=1.896-6.284), geniş aileye sahip olmak (OR=3.771, $p=0.001$, %95 GA=1.706-8.335), annenin öğrenim durumunun ilkökul ve altı olması (OR=2.120, $p=0.006$, %95 GA=1.245-3.610), bir işte çalışıyor olmak (OR=2.506, $p=0.019$, %95 GA=1.160-5.415), bölümden memnun olmamak (OR=3.476, $p<0.001$, %95 GA=1.973-6.125) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.952, $p<0.001$, %95 GA=0.936-0.969) ise depresyon belirtisi varlığını azaltmaktadır (Tablo 26).

Tablo 27. Araştırma grubunda cinsel şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Cins (Erkek)	Kadın	0.001	2.779	1.558-4.954
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.001	3.926	1.805-8.541
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.014	1.905	1.136-3.192
Bir işte çalışma (Hayır)	Evet	0.242	1.551	0.744-3.233
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	<0.001	3.509	2.046-6.016
Ailede ruhsal hastalık varlığı (Hayır)	Evet	0.851	0.918	0.373-2.257
Şiddet nedeniyle yaralanma durumu (Hayır)	Evet	0.040	2.995	1.050-8.546
Çocuklukta şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.156	1.514	0.854-2.685
Cinsel şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.028	2.010	1.076-3.755
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.952	0.936-0.967

Son bir yıl içinde cinsel şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.01kat artırmaktadır (OR=2.010, $p=0.028$, %95 GA=1.076-3.755).

Kadın olmak (OR=2.779, $p=0.001$, %95 GA=1.558-4.954), geniş aileye sahip olmak (OR=3.926, $p=0.001$, %95 GA=1.805-8.541), annenin öğrenim durumunun ilkökul ve altı olması (OR=1.905, $p=0.014$, %95 GA=1.136-3.192), bölümden memnun olmamak (OR=3.509, $p<0.001$, %95 GA=2.046-6.016), şiddet nedeniyle yaralanma (OR=2.995, $p=0.040$, %95 GA=1.050-8.546) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.952, $p<0.001$, %95 GA=0.936-0.967) ise depresyon belirtisi varlığını azaltmaktadır (Tablo 27).

Tablo 28. Araştırma grubunda ısrarlı takibe maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Cins (Erkek)	Kadın	<0.001	3.274	1.863-5.753
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	<0.001	4.016	1.838-8.774
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.004	2.125	1.272-3.551
Bir işte çalışma (Hayır)	Evet	0.171	1.653	0.805-3.394
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	<0.001	3.645	2.115-6.281
Ailede ruhsal hastalık varlığı (Hayır)	Evet	0.950	0.972	0.402-2.354
Şiddet nedeniyle yaralanma durumu (Hayır)	Evet	0.046	2.955	1.019-8.570
Çocuklukta şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.161	1.509	0.848-2.683
İsrarlı takip varlığı (Hayır)	Evet	0.005	2.433	1.312-4.511
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.949	0.933-0.965

Son bir yıl içinde ısrarlı takibe maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.43 kat artırmaktadır (OR=2.433, p=0.005, %95 GA=1.312-4.511).

Kadın olmak (OR=3.274, p<0.001, %95 GA=1.863-5.753), geniş aileye sahip olmak (OR=4.016, p<0.001, %95 GA=1.838-8.774), annenin öğrenim durumunun ilkokul ve altı olması (OR=2.125, p=0.004, %95 GA=1.272-3.551), bölümden memnun olmamak (OR=3.645, p<0.001, %95 GA=2.115-6.281), şiddet nedeniyle yaralanma (OR=2.955, p=0.046, %95 GA=1.019-8.570) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.949, p<0.001, %95 GA=0.933-0.965) ise depresyon belirtisi varlığını azaltmaktadır (Tablo 28).

4.2.2. Kadın Katılımcıların Çözümleyici Bulguları

4.2.2.1. Kadınlarda Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler

Tablo 29. Kadınlarda sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Üniversitede geçen yıl					
Bir veya iki yıl	63	25.5	184	74.5	0.376
Üç yıl ve üstü	23	30.7	52	69.3	
Anne ve babanın durumu					
İki ebeveyn ile yaşama	73	27.4	193	72.6	0.516
Tek ebeveyn ile yaşama	13	23.2	43	76.8	
Aile yapısı					
Çekirdek aile	72	24.2	226	75.8	<0.001
Geniş aile	14	58.3	10	41.7	
Kaldığı yer					
Evde yalnız veya arkadaşla birlikte	28	28.0	72	72.0	0.317
Evde aile veya akraba ile birlikte	33	24.4	102	75.6	
Yurtta	25	28.7	62	71.3	
İşte çalışma durumu					
Evet	15	51.7	14	48.3	0.001
Hayır	71	24.2	222	75.8	

*Ki kare testi

Kadınlarda geniş aileye sahip olmak ve bir işte çalışıyor olmak depresyon belirtisi sıklığını anlamlı olarak artırmaktadır (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$). Üniversitede geçirilen yıl, ebeveynlerin sağ ve birlikte olma durumları, öğrencinin kaldığı yer depresyon belirtisi

sıklığını etkilememektedir (Tablo 29).

Tablo 30. Kadınlarda depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve sosyal destek puanı

	Depresyonu belirtisi var	Depresyon belirtisi yok	P değeri*
	Ortanca (en küçük-en büyük değer)	Ortanca(en küçük-en büyük değer)	
Yaş	21(19-26)	20(18-26)	0.062
Gelir	800(400-2500)	750(200-4000)	0.300
Sosyal destek puanı	56(12-84)	74(13-84)	<0.001

*Mann Whitney U testi

Depresyon belirtisi olan ve olmayanlarda yaş ve gelir ortancası arasında fark yoktur. Depresyon belirtisi olanlarda sosyal destek ölçek puanı ortancası anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$) (Tablo 30).

Tablo 31. Kadınlarda ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n:322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Annenin öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	36	40.0	54	60.0	0.001
Ortaokul ve üstü	50	21.6	182	78.4	
Babanın öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	26	37.1	44	62.9	0.026
Ortaokul ve üstü	60	23.8	192	76.2	
Ailenin gelir durumu					

Kötü-çok kötü	10	40.0	15	60.0	0.118
Orta-iyi-çok iyi	76	25.6	221	74.4	

*Ki kare testi

Öğrencilerin annesinin ve babasının ilkökul ve altı öğrenim düzeyine sahip olması depresyon belirti sıklığını anlamlı olarak artırmaktadır (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.026$). Ailenin gelir durumu öğrencinin depresyon belirtisi varlığını etkilememektedir (Tablo 31).

Tablo 32. Kadınlarda başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Okulda başarı durumu					
İyi-orta	73	24.3	228	75.7	<0.001
Kötü	13	61.9	8	38.1	
Bölümden memnun olma durumu					
Evet	57	22.2	200	77.8	<0.001
Hayır	29	44.6	36	55.4	
Şehirden memnun olma durumu					
Evet	76	27.1	204	72.9	0.649
Hayır	10	23.8	32	76.2	

*Ki kare testi

Başarı durumunu kötü olarak değerlendirenlerde iyi-orta olarak değerlendirenlere göre ve bölümden memnun olmayanlarda olanlara göre depresyon belirtisi anlamlı olarak daha sık görülmektedir ($p<0.001$, $p<0.001$). Şehirden memnuniyet durumu depresyon belirtisi varlığını etkilememektedir (Tablo 32).

Tablo 33. Kadınlarda bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığının değişimi

n=322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara kullanma durumu					
Hayır	57	28.1	146	71.9	0.468
Evet	29	24.4	90	75.6	
Alkol kullanma durumu					
Haftada birden az	71	23.9	226	76.1	<0.001
Haftada bir ve daha sık	15	60.0	10	40.0	
Madde kullanma durumu					
Denememiş	78	25.9	223	74.1	0.223
Denemiş	8	38.1	13	61.9	
Ailede ruhsal hastalık varlığı					
Evet	12	48.0	13	52.0	0.012
Hayır	74	24.9	223	75.1	
İlaç kullanma durumu					
Evet	7	17.5	33	82.5	0.160
Hayır	79	28.0	203	72.0	

*Ki kare testi

Kadınlarda sigara ve uyuşturucu madde kullanımının depresyon belirtisi varlığına etkisi saptanmamıştır. Haftada bir ve daha sık alkol alanlarda haftada birden az alanlara göre depresyon belirtisi anlamlı olarak daha sık görülmektedir ($p<0.001$). Ailesinde ruhsal hastalık olanlarda olmayanlara göre depresyon belirtisi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ($p=0.012$). Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalığa sahip olma depresyon belirtisi varlığını etkilememektedir (Tablo 33).

Tablo 34. Kadınlarda çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma					
Evet	30	30.9	67	69.1	0.261
Hayır	56	24.9	169	75.1	
Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olma					
Evet	32	39.0	50	61.0	0.004
Hayır	54	22.5	186	77.5	
Çocuklukta duygusal şiddete maruz kalma					
Evet	47	35.6	85	64.4	0.003
Hayır	39	20.6	150	79.4	
Çocuklukta aile içi duygusal şiddete tanık olma					
Evet	55	39.3	85	60.7	<0.001
Hayır	31	17.1	150	82.9	
Çocuklukta herhangi bir şiddete maruz kalma/tanık olma					
Evet	67	31.8	144	68.2	0.005
Hayır	19	17.1	92	82.9	

*Ki kare testi

Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olanlarda ve duygusal şiddete maruz kalanlarda, aile içi duygusal şiddete tanık olanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla $p=0.004$, $p=0.003$, $p<0.001$). Çocuklukta belirtilen şiddet türlerinden en az birine maruz kalan ya da tanık olanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır($p=0.005$) (Tablo 34).

4.2.2.2. Kadınlarda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi

Tablo 35. Kadınlarda son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=322	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel şiddet varlığı					
Var	7	30.4	16	69.6	0.675
Yok	79	26.4	220	73.6	
Duygusal şiddet varlığı					
Var	48	36.6	83	63.4	0.001
Yok	38	19.9	153	80.1	
Cinsel şiddet varlığı					
Var	27	36.0	48	64.0	0.038
Yok	59	23.9	188	76.1	
Israrlı takip varlığı					
Var	20	31.7	43	68.3	0.314
Yok	66	25.5	193	74.5	
Şiddet varlığı					
Var	66	35.1	122	64.9	<0.001
Yok	20	14.9	114	85.1	

*Ki kare testi

Kadınlarda son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalmanın ve ısrarlı takip varlığının depresyon belirtisi sıklığını etkilemediği görülmüştür. Son bir yılda duygusal ve cinsel şiddete maruz kalanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır (sırasıyla p=0.001, p=0.038). Son bir yılda bu belirtilen şiddet türlerinden en az birine maruz kalanlarda depresyon belirtisi daha fazla görülmektedir ve fark anlamlıdır (p<0.001) (Tablo 35).

4.2.2.3. Kadınlarda Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Yapılan lojistik regresyon analizi modellerine ikili analizlerde anlamlı çıkan değişkenler alınmıştır, yüksek korelasyon gösteren değişkenlerden biri dahil edilmiştir. İkili analizlerde ve düzeltilmiş modellerde fiziksel şiddetin depresyon belirtisi varlığına etkisi olmadığından fiziksel şiddet varlığını içeren modele yer verilmemiştir.

Tablo 36 . Kadınlarda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.003	4.821	1.699-13.676
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.060	1.810	0.974-3.362
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.001	3.273	1.640-6.529
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.462	1.256	0.685-2.304
Şiddet varlığı (Hayır)	Evet	<0.001	4.900	2.414-9.946
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.953	0.934-0.973

Son bir yıl içinde herhangi bir şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 4.9 kat artırmaktadır (OR=4.900, $p<0.001$, %95 GA=2.414-9.946).

Geniş aileye sahip olmak (OR=4.821, $p=0.003$, %95 GA=1.699-13.676), bölümden memnun olmamak (OR=3.273, $p=0.001$, %95 GA=1.640-6.529), depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.953, $p<0.001$, %95 GA=0.934-0.973) ise depresyon belirtisi varlığı azaltmaktadır (Tablo 36).

Tablo 37. Kadınlarda duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.010	3.745	1.368-10.256
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.031	1.945	1.063-3.558
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.001	3.216	1.648-6.276
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.533	1.220	0.653-2.277
Duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.003	2.629	1.395-4.955
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.957	0.938-0.976

Son bir yıl içinde duygusal şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.6 kat artırmaktadır (OR=2.629, p=0.003, %95 GA=1.395-4.955).

Geniş aileye sahip olmak (OR=3.745, p=0.010, %95 GA=1.368-10.256), annenin öğrenim durumunun ilkökul ve altı olması (OR=1.945, p=0.031, %95 GA=1.063-3.558)bölümden memnun olmamak (OR=3.216, p=0.001, %95 GA=1.648-6.276) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.957, p<0.001, %95 GA=0.938-0.976) ise depresyon belirtisi varlığı azaltmaktadır (Tablo 37).

Tablo 38. Kadınlarda cinsel şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.002	5.268	1.840-15.084
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.164	1.550	0.836-2.874
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.005	2.515	1.319-4.798
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.053	1.770	0.992-3.160
Cinsel şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.032	2.049	1.062-3.956
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.957	0.938-0.975

Son bir yıl içinde cinsel şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.1 kat artırmaktadır (OR=2.049, p=0.032, %95 GA=1.062-3.956).

Geniş aileye sahip olmak (OR=5.268, p=0.002, %95 GA=1.840-15.084), bölümden memnun olmamak (OR=2.515, p=0.005, %95 GA=1.319-4.798) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.957, p<0.001, %95 GA=0.938-0.975) depresyon belirtisi varlığı azaltmaktadır (Tablo 38).

Tablo 39. Kadınlarda ısrarlı takibe maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.002	4.983	1.772-14.018
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.055	1.801	0.987-3.286
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.002	2.718	1.426-5.182
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.150	1.540	0.855-2.773
Israrlı takip varlığı (Hayır)	Evet	0.034	2.205	1.061-4.585
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.954	0.935-0.973

Son bir yıl içinde ısrarlı takibe maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.2 kat artırmaktadır (OR=2.205, p=0.034, %95 GA=1.061-4.585).

Geniş aileye sahip olmak (OR=4.983, p=0.002, %95 GA=1.772-14.018), bölümden memnun olmamak (OR=2.718, p=0.002, %95 GA=1.426-5.182) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı (OR=0.954, p<0.001, %95 GA=0.935-0.973) depresyon belirtisi varlığı azaltmaktadır (Tablo 39).

4.2.3. Erkek Katılımcıların Çözümleyici Bulguları

4.2.3.1. Erkeklerde Depresyon Belirtisi Varlığını Etkileyen Etmenler

Tablo 40. Erkeklerde sosyodemografik özelliklere göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=221	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Üniversitede geçen yıl					
Bir veya iki yıl	30	22.6	103	77.4	0.711*
Üç yıl ve üstü	18	20.5	78	79.5	
Anne ve babanın durumu					
İki ebeveyn ile yaşama	43	21.0	162	79.0	0.337**
Tek ebeveyn ile yaşama	5	31.3	11	68.8	
Aile yapısı					
Çekirdek	39	19.6	160	80.4	0.030**
Geniş	9	40.9	13	59.1	
Kaldığı yer					
Evde yalnız veya arkadaşla birlikte	31	27.7	81	72.3	0.092*
Evde aile veya akraba ile birlikte	10	15.2	56	84.8	
Yurt	7	16.3	36	83.7	
İşte çalışma durumu					
Evet	10	27.0	27	73.0	0.391*
Hayır	38	20.7	146	79.3	

*Ki kare testi

**Fisher'ın kesin testi

Erkeklerde geniş aileye sahip olmak depresyon belirtisi varlığını anlamlı olarak artırmaktadır (p=0.030). Üniversitede geçirilen yıl, ebeveynlerin sağ ve birlikte olma durumları, öğrencinin kaldığı yer, işte çalışma durumu depresyon belirtisi varlığını

etkilememektedir (Tablo 40).

Tablo 41. Erkeklerde depresyon belirtisi varlığı durumuna göre yaş, gelir durumu ve sosyal destek puanı

	Depresyonu belirtisi var	Depresyon belirtisi yok	P değeri*
	Ortanca (en küçük-en büyük değer)	Ortanca(en küçük-en büyük değer)	
Yaş	21(18-30)	21(19-26)	0.584
Gelir	1000(400-3000)	1000(300-3000)	0.717
Sosyal destek puanı	48(12-79)	64.5(28-84)	<0.001

*Mann Whitney U testi

Depresyon belirtisi olan ve olmayanlarda yaş ve gelir ortancaları arasında fark yoktur. Depresyon belirtisi olanlarda sosyal destek ölçek puan ortancası anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$) (Tablo 41).

Tablo 42. Erkeklerde ebeveynin eğitim ve gelir durumu özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=221	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Annenin öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	32	37.2	54	62.8	<0.001*
Ortaokul ve üstü	16	11.9	119	88.1	
Babanın öğrenim durumu					
İlkokul ve altı	16	34.8	30	65.2	0.016*
Ortaokul ve üstü	32	18.3	143	81.7	
Ailenin gelir durumu					
Kötü-çok kötü	7	58.3	5	41.7	0.005**
Orta-iyi-çok iyi	41	19.6	168	80.4	

*Ki kare testi

** Fisher'ın kesin testi

Erkek öğrencilerin annesinin ve babasının ilköğretim ve altı öğrenim düzeyine sahip olması depresyon belirtisi varlığını anlamlı olarak artırmaktadır (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.016$). Ailesinin gelir durumunu kötü-çok kötü olarak belirtenlerde depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır ($p=0.005$) (Tablo 42).

Tablo 43. Erkeklerde başarı ve memnuniyet durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=221	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	
Okulda başarı durumu					
İyi-orta	34	19.8	138	80.2	0.187
Kötü	14	28.6	35	71.4	
Bölümden memnun olma durumu					
Evet	23	13.6	146	86.4	<0.001
Hayır	25	48.1	27	51.9	
Şehirden memnun olma durumu					
Evet	32	17.1	155	82.9	<0.001
Hayır	16	47.1	18	52.9	

*Ki kare testi

Bölümden ve şehirden memnun olmayanlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak daha sık görülmektedir (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). Okulda başarı durumu depresyon belirtisi sıklığını etkilememektedir (Tablo 43).

Tablo 44. Erkeklerde bağımlılık ve hastalık özelliklerine göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	

Sigara kullanma durumu(n:221)					
Hayır	25	19.4	104	80.6	0.318*
Evet	23	25.0	69	75.0	
Alkol kullanma durumu(n:221)					
Haftada 1’den az	30	18.2	135	81.8	0.029*
Haftada 1 ve daha sık	18	32.1	38	67.9	
Madde kullanma durumu(n:221)					
Denemedim	37	20.9	140	79.1	0.555*
Denedim	11	25.0	33	75.0	
Ailede ruhsal hastalık varlığı(n:221)					
Evet	6	33.3	12	66.7	0.170**
Hayır	42	20.7	161	79.3	
İlaç kullanma durumu(n:219)					
Evet	10	34.5	19	65.5	0.079*
Hayır	38	20.0	152	80.0	

*Ki kare testi

**Fisher'ın kesin testi

Erkeklerde sigara ve uyuşturucu madde kullanımının depresyon belirtisi sıklığına etkisi yoktur. Haftada bir ve daha sık alkol alanlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak daha fazladır ($p=0.029$). Ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey varlığı ve düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalığa sahip olma depresyon belirtisi sıklığını etkilememektedir (Tablo 44).

Tablo 45. Erkeklerde çocuklukta şiddete maruz kalma/tanık olma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=221	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	

Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalma					
Evet	35	25.0	105	75.0	0.120
Hayır	13	16.0	68	84.0	
Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olma					
Evet	27	30.7	61	69.3	0.009
Hayır	21	15.8	112	84.2	
Çocuklukta duygusal şiddete maruz kalma					
Evet	39	32.5	81	67.5	<0.001
Hayır	9	8.9	92	91.1	
Çocuklukta aile içi duygusal şiddete tanık olma					
Evet	33	31.7	71	68.3	0.001
Hayır	15	12.8	102	87.2	
Çocuklukta herhangi bir şiddete maruz kalma /tanık olma					
Evet	41	24.8	124	75.2	0.053
Hayır	7	12.5	49	87.5	
Şiddet nedeniyle yaralanma					
Evet	11	42.3	15	57.7	0.007
Hayır	37	19.0	158	81.0	

*Ki kare testi

Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi sıklığını etkilememektedir. Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete tanık olanlarda, duygusal şiddete uğrayanlarda, aile içi duygusal şiddete tanık olanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla $p=0.009$, $p<0.001$, $p=0.001$). Şiddet nedeniyle yaralananlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır ($p=0.007$) (Tablo 45).

4.2.3.2. Erkeklerde Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisi

Tablo 46. Erkeklerde son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon belirtisi varlığı değişimi

n=221	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel şiddet varlığı					
Var	12	29.3	29	70.7	0.194*
Yok	36	20.0	144	80.0	
Duygusal şiddet varlığı					
Var	37	43.5	48	56.5	<0.001*
Yok	11	8.1	125	91.9	
Cinsel şiddet varlığı					
Var	10	66.7	5	33.3	<0.001**
Yok	38	18.4	168	81.6	
Israrlı takip varlığı					
Var	13	38.2	21	61.8	0.011*
Yok	35	18.7	152	81.3	
Şiddet varlığı					
Var	40	37.0	68	63.0	<0.001*
Yok	8	7.1	105	92.9	

*Ki kare testi

* **Fisher'ın kesin testi

Erkeklerde son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığını etkilemediği görülmüştür. Son bir yılda duygusal ve cinsel şiddete uğrayanlarda depresyon belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazladır (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). Son bir yılda ısrarlı takibe maruz kalanlarda depresyon belirtisi sıklığı fazladır ve fark anlamlıdır ($p=0.011$). Son bir

yılda bu belirtilen şiddet türlerinden en az birine maruz kalanlarda depresyon belirtisi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 46).

4.2.2.3. Erkeklerde Şiddetin Depresyon Belirtisi Varlığına Etkisini Değerlendiren

Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Yapılan lojistik regresyon analizi modellerine ikili analizlerde anlamlı çıkan değişkenler alınmıştır, yüksek korelasyon gösteren değişkenlerden biri dahil edilmiştir.

Tablo 47. Erkeklerde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		p	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.094	3.667	0.801-16.780
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.017	3.678	1.260-10.789
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.111	2.319	0.825-6.521
Şehirden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.072	3.192	0.901-11.304
Şiddet nedeniyle yaralanma durumu (Hayır)	Evet	0.355	1.872	0.496-7.064
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.462	1.256	0.685-2.304
Şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.001	7.121	2.135-23.755
Sosyal destek puanı (Sürekli)		<0.001	0.930	0.895-0.967

Erkeklerde son bir yıl içinde herhangi bir şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 7.1 kat arttırmaktadır (OR=7.121, $p=0.001$, %95 GA=2.135-23.755).

Erkeklerde annenin ilköğretim ve altı öğrenim durumuna sahip olması (OR=3.678, $p=0.017$, %95 GA=1.260-10.789) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı ise (OR=0.930, $p<0.001$, %95 GA=0.895-0.967) azaltmaktadır (Tablo 47).

Tablo 48. Erkeklerde duygusal şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığına etkisini değerlendiren lojistik regresyon analizi

Özellik (Referans Grup)		Depresyon Belirtisi Var		
		P	OR	%95 GA
Aile yapısı (Çekirdek)	Geniş	0.149	2.872	0.686-12.021
Anne öğrenim durumu (Ortaokul ve üstü)	İlkokul ve altı	0.002	5.197	1.860-14.519
Bölümden memnuniyet durumu (Evet)	Hayır	0.079	2.506	0.900-6.973
Çocuklukta duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	0.363	1.727	0.532-5.607
Duygusal şiddet varlığı (Hayır)	Evet	<0.001	8.509	2.675-27.067
Sosyal destek puanı (Sürekli)		0.001	0.936	0.902-0.972

Erkeklerde son bir yıl içinde duygusal şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 8.5 kat arttırmaktadır (OR=8.509, $p<0.001$, %95 GA=2.675-27.067).

Erkeklerde annenin ilkokul ve altı öğrenim durumuna sahip olması (OR=5.197, $p=0.002$, %95 GA=1.860-14.519), bölümden memnun olmama (OR=2.506, $p=0.079$, %95 GA=0.900-6.973) depresyon belirtisi varlığını artırmakta, sosyal destek varlığı ise (OR=0.936, $p=0.001$, %95 GA=0.902-0.972) azaltmaktadır (Tablo 48).



5.TARTIŞMA

Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesi'nde üniversite öğrencilerinde depresyon belirtisi sıklığını belirlemek ve şiddetin depresyon belirtisi sıklığına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada depresyon belirtisi sıklığı %24.7, kadınlarda %26.7, erkeklerde %21.7 bulunmuştur. Geniş ailede yaşayanlarda, annenin ve babanın eğitim düzeyi, ailenin geliri daha düşük olanlarda, bir işte çalışanlarda, başarı durumu kötü olanlarda, yaşadığı şehirden ve okuduğu bölümden memnun olmayanlarda, sık alkol kullananlarda, ailesinde ruhsal hastalığı olan birey varlığında, sosyal desteği zayıf olanlarda, çocuklukta ve son bir yılda şiddete maruz kalanlarda depresyon belirtisi daha sık görülmektedir. Şiddetin depresyon belirtisine etkisi kontrol değişkenlerine göre düzeltilerek bakıldığında depresyon belirtisi sıklığını duygusal şiddet 4.7 kat, cinsel şiddet 2.0 kat, ısrarlı takip 2.4 kat, şiddet türlerinden birinin varlığı 6.7 kat arttırmaktadır.

5.1. Tanımlayıcı Değişkenler

Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılanların %59.2'si kadın, %40.8'i erkektir. Ulaşılamayan 264 kişinin %42.1'i kadın %57.9'u erkektir. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde yapılan başka çalışmalarda (11,68) olduğu gibi daha çok kadınlara ulaşılmıştır, bu da depresyon belirtisi sıklığının daha yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Öğrencilerin %21.6'sı okuduğu bölümden memnun değildir. Bursa'da yapılan çalışmada öğrencilerin %15.9'u okuduğu bölümden memnun değildir (18), Kayseri'de yapılan çalışmada ise memnun olmama oranı %20.8'dir (15). Gaziantep'te yapılan bir çalışmada öğrencilerin %36.1'i okuduğu bölümü istemeyerek seçtiğini belirtmiştir. Okunan bölümden memnuniyet düzeylerinin diğer çalışmalarla benzer şekilde yüksek olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin Bağımlılık Özellikleri

Öğrencilerin %26.7'si düzenli, %12.1'i ara sıra olmak üzere %38.8'i sigara kullanmaktadır. Ülkemizde çeşitli illerde yapılan çalışmalarda sıklık %38.6-%44.4 arasındadır (22,69,70). Kars'ta yapılan çalışmada öğrencilerin %48'i her gün, %8.8'i ara sıra sigara içmektedir (71). Sigara içme sıklığı benzer bulunmuştur. Çalışmamızda öğrencilerin %66.9'u alkol kullanmaktadır. Kars'ta yapılan çalışmada alkol kullanma

sıklığı %24.7 (71), Hatay'da %29.3 (22), Düzce'de %40.3 (69)'dir. Kırklareli'de yapılan çalışmada öğrencilerin %17.1'i haftada bir ve daha sık alkol almaktadır (72). Bizim çalışmamızda haftada bir ve daha sık alkol alanların oranı %13.1'dir. Ayda birden az şeklinde cevaplayanların oranı ise %24.3'tür. Araştırmamızda öğrencilerin alkol kullanım sıklığı yüksektir. Bu farklılık gerçek bir yüksekliğin yanı sıra yanıtlarda nadir sıklık seçeneklerinin de yer almasından kaynaklanmış olabilir. İnönü Üniversitesinde öğrencilerin %2.2'si uyuşturucu madde kullandığını ifade etmiştir (73). Dicle Üniversitesi'nde öğrencilerin %6'sı en az bir kez uyuşturucu madde kullanmıştır (74). Hatay'da yapılan çalışmada deneme sıklığı %9.6, son bir aydaki kullanım sıklığı ise 1.8'dir (22). Bu araştırmada diğer çalışmalara benzer olarak öğrencilerin madde deneme sıklığı %9.7, kullanma sıklığı ise 2.6'dır.

Öğrencilerin Son Bir Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Özellikleri

Araştırmamızda öğrencilerin son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı %11.9'dur. Bu oran erkek öğrencilerde %18.8, kız öğrencilerde %7.1'dir. Kızlar daha çok duygusal ilişkide olduğu kişi tarafından ya da aile bireyi tarafından fiziksel şiddete maruz kalırken erkeklerde şiddet uygulayan kişi çeşitlidir. Turhan ve arkadaşlarının Hatay'da yaptığı çalışmada öğrencilerin son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı %7.1'dir (22). Evren ve arkadaşlarının Edirne'de yaptığı çalışmada son bir yılda kız öğrencilerin %29.2'si, erkek öğrencilerin %40.7'si kavgada bulunmuştur. Kızların %4.8'i, erkeklerin %7.8'i kız/erkek arkadaşları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır (62). İspanya'da yapılan çalışmada fiziksel şiddet sıklığı %4.6, kadınlarda %5.1 erkeklerde %3.8'dir (23). Bu çalışmada kadınlarda daha sıktır. Uganda'da yapılan çalışmada son bir yıldaki fiziksel şiddet sıklığı %9.6, erkeklerde %10.7, kadınlarda %7.4'tür. Bu çalışmada sıklık erkeklerde fazla olmakla birlikte anlamlı fark saptanmamıştır(24). Luo'nun yaptığı çalışmada katılımcılara son bir yıl içinde partnerleri tarafından uygulanan şiddet hafif ve ağır olarak ayrılmış, hafif saldırı sıklığı Amerika'da %26.1, Çin'de %24.3, ağır saldırı sıklığı Amerika'da %10.5, Çin'de %12.7, kadın ve erkekler arasında sıklık benzer bulunmuştur(75). Bu çalışmada hafif şiddet de dahil edildiğinden yöntem bizim çalışmamıza benzerdir, bizim çalışmamızda sıklık daha düşüktür. Başka bir çalışmada Amerika'da üniversite öğrencilerinde ağır saldırı erkeklerde %26.3, kadınlarda %18.7, hafif saldırı erkeklerde %61.9 kadınlarda % 61.2 saptanmıştır(76). Çalışmalardaki sıklık

ve cinsiyete göre farklılıklar fiziksel şiddet kapsamında sorgulanan eylemlerden kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızda sıklık, cinsiyete göre dağılım ve şiddet uygulayan kişi açısından cinsiyetler arasındaki farklılık bireysel, toplumsal ve kültürel özellikler düşünüldüğünde beklenen şekildedir.

Üniversite öğrencilerinde duygusal şiddet görülme sıklığı %39.9 bulunmuştur. Kadınlarda %40.7, erkeklerde %38.6'dır. Kadınlar duygusal şiddete daha çok partner ve arkadaşları tarafından maruz kalırken erkekler çok büyük çoğunlukla arkadaşları tarafından maruz bırakılmaktadır. Düzce'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinin %43.2'si azarlanmaya, %33.3'ü hakarete, %31.5'i sözel tehdide maruz kaldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %40.8'i öğretim üyesi ve asistan tarafından olumsuz davranışa maruz kalmıştır (9). Tıp fakültesi öğrencilerinde hastanede geçirilen sürenin fazlalığı, eğitimin usta-çırak ilişkisi şeklinde ilerlemesi gibi nedenlerle duygusal şiddet benzer ve yüksektir ancak şiddeti uygulayan kişi farklıdır. Finlandiya'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada tehdit sıklığı %39.1 bulunmuştur (41). Uganda'da yapılan çalışmada son bir yıl içinde öğrencilerin %27,8'i tehdite maruz kalmıştır (24). Çalışmalarda duygusal şiddet çok çalışılmamış daha çok tehdit sorgulanmıştır. Duygusal şiddet fiziksel temas içermediğinden ve kişinin özelliklerine bağlı olarak subjektif özellik de barındırması nedeniyle sık görülmektedir.

Son bir yılda cinsel şiddet görülme sıklığı %16.5'tir. Kadınlarda %23.1, erkeklerde %6.7'dir. Her iki cinsten de elle veya sözle sarkıntılık çok büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu grup dışlandığında cinsel şiddet sıklığı erkeklerde %2.6, kadınlarda %1.2'dir. Etiyopya'da yapılan çalışmada kadın öğrencilerin üniversiteye girdiklerinden beri ve son 12 aydaki cinsel şiddete uğrama sıklığı sırayla %36.1 ve %24.4'tür, sözel şiddet dahil edilmiştir (77). Amerika'da yapılan çalışmada kadınlarda partnerlerinden cinsel şiddete uğrama sıklığı %29.7 iken erkeklerde %5.2'dir (78). Forsman'ın yaptığı derlemede erkek üniversite öğrencilerinde cinsel şiddet sıklığı %3.2 ile %28.7 arasında değişmektedir (79). Amerika'da Garner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencileri arasındaki son yıldaki cinsel şiddet sıklığı %25.0'dir (80). Fedina ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede Amerika'da üniversitede kadınlarda tecavüz sıklığı % 0,5-%8.4, erkeklerde %0.6-0.7, istenmeyen cinsel temas veya sözel cinsel şiddet sıklığı kadınlarda %1.8-%34, erkeklerde %4,8-%31 arasında değişmektedir (81). Amerika'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada cinsel şiddet erkeklerde %1.5

kadınlarda %13.3 saptanmıştır (76). Saunders'ın yaptığı araştırmada Amerika'da öğrencilerde hayat boyu zorla ilişkiye girme erkeklerde %1.1, kadınlarda %7.2 ilaç, alkol etkisi altındayken istenmeyen cinsel ilişki erkeklerde %5.2, kadınlarda %11.2, en az bir cinsel şiddete maruz kalma %28.0, erkeklerde %10.5 kadınlarda %34.9 bulunmuştur (82). Şili'de yapılan çalışmada kadınlarda 14 yaşından sonra partner şiddeti %26, cinsel şiddet %31, erkeklerde 14 yaşından sonra partner şiddeti %38, cinsel şiddet %20 olarak saptanmıştır(61). Araştırmalarda cinsel şiddet daha çok kadınlarda araştırılmıştır. Çoğu çalışmada kadınlarda daha yüksek bulunurken, erkeklerde de çok sık görüldüğü çalışmalara rastlanmaktadır. Bizim çalışmamızda kadınlarda yüksektir ancak görece daha ağır olarak nitelendirilebilecek türde cinsel şiddet erkeklerde daha sık bulunmuştur. Bu da erkeklerde bu konuya daha çok önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızda son bir yıl içinde ısrarlı takip sıklığı %18.1 bulunmuştur. Kadınlarda sıklık %19.4, erkeklerde %15.7'dir. En sık tanıdık olmayan biri tarafından telefon ile aranma, mesaj, e-posta gönderilmesi ve sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulması şeklinde olmaktadır. Fedina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerde üniversiteye girmelerinden itibaren takip sıklığı %17.4 bulunmuştur. En sık görülen takip şekli bizim çalışmamız ile benzerdir (83). Nobles ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada takip sıklığı %13.0 ile %47.9 bulunmuştur (84). Ameral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde takip sıklığı %12.2 bulunmuştur (85) Amerika'da yapılan bir çalışmada öğrencilerde takip sıklığı %42.5, kadınlarda %45.4 erkeklerde %35.0 bulunmuştur(86). Buhi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın üniversite öğrencilerinin beşte birinin takibe maruz kaldığı saptanmıştır(87). Çalışmalarda sıklık benzerdir.

Üniversite öğrencilerinin son bir yıl içinde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma sıklığı %54.7 bulunmuştur. Kadınlarda %58.3, erkeklerde %49.3'tür. İspanya'da yapılan çalışmada son bir yılda herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığı %57.7'dir. Kadınlarda %61.8, erkeklerde %51.8'dir (23). Bu çalışma ile benzer sonuç bulunmuştur. Amerika'da yapılan çalışmada öğrencilerin %20.0'si son 12 ay içinde kişiler arası şiddete maruz kalmıştır (88). Yine Amerika'da yapılan çalışmada şiddete uğrama sıklığı %15.7'dir. Amerika'da yapılan bir başka çalışmada kadın lisans öğrencilerinin yarısından fazlası (%52) yaşamları boyunca en az bir şiddet olayı yaşadığını, %12'si son bir yıl içinde partner şiddeti ya da cinsel şiddet yaşadığını bildirmiştir(89). Sıklık çok

geniş aralıkta dağılmaktadır. Aynı ülkede yapılan çalışmalar arasında bile çok büyük farklılıkların olması çalışmaların yöntem farklılığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin Çocuklukta Maruz Kaldığı Şiddet özellikleri

Araştırmaya katılanların %43.9'u çocuklukta fiziksel şiddete uğramıştır. Fiziksel şiddete maruziyet yetişkinlikte olduğu gibi çocuklukta da erkeklerde daha sık görülmektedir. Öğrencilerin %31.6'sı aile içi fiziksel şiddete tanık olmuştur, %46.7'si duygusal şiddete maruz kalmış, %45.4'ü aile içi duygusal şiddete tanık olmuştur. Öğrencilerin %4.6'sı cinsel şiddete maruz kalmış, %0.7'si aile içi cinsel şiddete tanık olmuştur. Fu ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde üniversite öğrencilerinde çocuklukta kötü muamele yaygınlığı %64.7, çocuklukta fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal sıklığı sırasıyla %17.4, %36.7, %15.7, %54.9 %60.0 bulunmuştur (90). Windle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Amerika'da üniversite öğrencilerinde çocuklukta fiziksel şiddet %10.2, duygusal şiddet %18.7, cinsel şiddet %7.7 bulunmuştur(91). Çocuklukta maruz kalınan şiddet tüm yapılan çalışmalarda çok yüksektir.

Öğrencilerin Şiddet Nedeniyle Yardım Arama Özellikleri

Şiddet nedeniyle sadece 6 öğrenci bir kuruma başvurmuştur. Bu oldukça düşük bir orandır. Ameral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel şiddete maruz kalanların %13.0'ü, partner şiddetine maruz kalanların %11.8'i, takibe maruz kalanların %28.5'i yardım almıştır (85). Buhi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın üniversite öğrencilerinin beşte birinin takibe maruz kaldığı, bunların da yaklaşık yarısının (%52.6) yardım aldığı saptanmıştır (87). Amerika'da yapılan çalışmada şiddete maruz kalan öğrenciler arasında hizmet kullanım oranları %52 ile %84 arasında değişmektedir. Bu çalışmada hizmet kullanımı yüksek saptanmış ancak kampüs içi ruhsal sağlık hizmetlerinin yeterince kullanılmadığına değinilmiştir (88). Kanada'da yapılan bir çalışmada partnerlerinden cinsel şiddet gören kadınların yabancından cinsel şiddete uğrayanlara göre hastaneye başvuru zamanının daha geç olduğu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için profilaksiye, acil kontrasepsiyon uygulanmasına onay vermenin daha düşük olduğu bulunmuştur (92). Yardım arama davranışının çoğu araştırmada yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir ancak bizim çalışmamızda bu oran çok düşüktür. Bunun nedeni şiddete uğrayan kişiye toplumun bakış

açısı, kültürel özellikler, kişilerin cezaların yetersiz olduğunu düşünmeleri ya da nereye başvuracaklarını bilmemeleri gibi nedenler olabilir.

Öğrencilerin Algılanan Sosyal Destek Özellikleri

Yapılan çalışmada sosyal destek puanı ortancası 65'tir. Kadınlarda 71, erkeklerde 60.5'tir. Kadınlarda algılanan sosyal destek puanı daha yüksektir. Malezya'da yapılan çalışmada da kadınların erkeklere göre daha yüksek sosyal destek puanına sahip olduğu bulunmuştur(93). Kore'de yapılan çalışmada sosyal destek puanı ortalaması kadınlarda 70.1 erkeklerde 68.3 bulunmuştur(94). Samsun'da yapılan çalışmada öğrencilerin sosyal destek puan ortalaması 61.8'dir(95). Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada sosyal destek puan ortalaması 60.4 bulunmuştur(96). Yaptığımız çalışmada özellikle kadınlarda sosyal destek puan ortancası diğer çalışmalara göre yüksektir. Erkeklerde ise düşüktür. Alt gruplar incelendiğinde cinsiyetler arasında aileden sosyal destek görme benzer ve yüksektir. Kadınlar arkadaşlarından destek görürken erkekler daha az görmektedir. Özellikle aile ya da arkadaş dışı kişilerden destek görme erkeklerde çok düşüktür.

5.2. Depresyon Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Etmenler

Üniversite öğrencilerinde depresyon sık görülen bir ruhsal hastalıktır. Bu konuda yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda çeşitli ölçekler, aynı ölçekte farklı kesim noktası alınabilse de genel olarak depresyon belirtisi sıklığı %19.6-37.0 arasında bulunmuştur (42–50). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise sıklık %13.3 ile %38.3 arasındadır (12–18,21). Bizim çalışmamızda depresyon belirtisi sıklığı kadınlarda %26.7, erkeklerde %21.7, tüm grupta %24.7 bulunmuştur. Bu sıklık hem yurtiçi, hem yurt dışı araştırmalarla benzerdir.

Depresyonun kadınlarda iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir ve çoğu araştırmada da fark belirgindir. Bizim çalışmamızda ikili analizlerde anlamlı fark saptanmamasına karşın çok değişkenli analizlerde kadın olmak depresyon belirtisi varlığını artırmaktadır. Çoğu çalışmada kadınlarda daha sık görülürken (8,26,88,89), anlamlı farkın saptanmadığı çalışmalar da sık görülmektedir (16,18,19,100). Çin'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise erkeklerde daha siktir(49).

Araştırmamızda geniş ailede yaşayanlarda depresyon belirtisi sık görülmektedir. Kaynaklarda çekirdek aileye sahip olmak depresyon için risk faktörleri arasında

sayılmaktadır (4). Geniş aile ile yaşamak kişinin yalnız kalmaması, sorunlarla başa çıkmada kolaylık sağlaması, sosyal destek ve ekonomik destek artışı gibi avantajlar sağlaması nedeniyle depresyondan koruyucu iken üniversite gençliğinde evde kendine ait özel alan olmaması, özgür kalmak isteyen gencin kısıtlanması gibi nedenlerle depresyona yatkınlık oluşturmuş olabilir.

Gelir durumu, ekonomik yönden zorlanma her grupta depresyon gelişiminde önemlidir. Çalışmamızda gelir durumu kötü olanlarda ve geçimini sağlamak için bir işte çalışanlarda depresyon belirtisi siktir. Yapılmış çalışmalarda da benzer şekilde ilişkili bulunmuştur (15,18,20,47–49,51,101).

Araştırmamızda anne ve babanın eğitim düzeyinin kötü olması yüksek depresyon belirtisi sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Anne ve babanın eğitim düzeyi birçok hastalık ve sağlık olayında önemli bir değişkendir. Yapılmış başka çalışmalarda da ilişkili bulunmuştur (13,16,20,49).

Okuldaki başarı durumunun ve okuduğu bölümden memnuniyet düzeyinin kişinin ruhsal sağlığında önemli bir etkisi vardır ancak bu ilişki ters şekilde de olabilir. Depresyon belirtisi olan kişinin başarı durumu düşebilir ya da memnuniyeti azalabilir. Kesitsel araştırmalarda bu nedenselliği doğru tanımlamak güçtür. Bizim araştırmamızda diğer araştırmalar gibi (13,14,18,20,51,101,102) başarı düzeyi düşük öğrencilerde ve okuduğu bölümden memnun olmayanlarda depresyon belirtisi sıklığı yüksek bulunmuştur.

Ruhsal hastalıklar sadece kişi için değil yakınları için de yıpratıcıdır. Araştırmamızda diğer çalışmalarla benzer şekilde ailede ruhsal hastalığı olan birey varlığı depresyon belirtisi sıklığını arttırmaktadır (103,104).

Çocuklukta maruz kalınan şiddet ileri yaşlardaki ruh sağlığında çok önemlidir. Bu konuda yapılmış pek çok çalışma vardır. Li ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz sonucuna göre çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmak depresyon riskini 2.0 kat, cinsel şiddete maruz kalmak 2.7 kat artırmaktadır (105). Kamboçya’da yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinde depresyon belirtisi sıklığını çocuklukta fiziksel şiddet 1.4 kat, psikolojik şiddet 1.8 kat artırmaktadır (44). Windle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuklukta maruz kalınan şiddeti de içeren kötü yaşam olay puanı arttıkça depresyon riski artmaktadır (91). McCabe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk şiddetinin ileri dönem depresyon riskini 2.0 kat artırdığı bulunmuştur(106). Peltzer ve Pengpid ’in yaptığı çalışmada çocuklukta fiziksel şiddet depresyon sıklığını artırmaktadır (46). Bizim

çalışmamızda da benzer şekilde çocuklukta duygusal şiddete maruz kalma ve ailede fiziksel ve duygusal şiddete tanık olma depresyon belirtisi sıklığını artırmaktadır. Çocuklukta fiziksel şiddet depresyon belirtisi ile ilişkili saptanmamıştır. Bunun nedeni kültürümüzde çocuğa dayanın yaygın olması ve bu çalışmada bir kez bile fiziksel şiddete maruz kalmanın şiddet var kabul edilmesi olabilir. Çocuklukta cinsel şiddet sınırda anlamlı bulunmuştur. Bu da kişi sayısının azlığından kaynaklanmaktadır.

Sosyal destek depresyon gelişiminde önemli bir unsurdur. Araştırmamızda ÇBASDÖ kullanılmıştır ve puan arttıkça depresyon belirtisi sıklığı azalmıştır. Peltzer ve Pengpid'in yaptığı çalışmada sosyal destek azaldıkça depresyon sıklığı artmaktadır (46). Pakistan'da yapılan çalışmada sosyal destek evli kadınlarda depresyonu azaltmaktadır (107). Miloseva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gençlerde olumsuz yaşam olaylarının depresyon belirtisi varlığı üzerine etkisini değiştirdiği görülmüştür (108). Araştırmalarda çeşitli hastalığa sahip kişilerde ve özel gruplarda çalışılmış ve sosyal desteğin depresyon riskini azalttığı bulunmuştur(109–115). Malezya'da yapılan çalışmada ise kadınlar erkeklere göre daha yüksek sosyal destek puanına sahiptir ancak mental durumda fark saptanmamıştır (93). Araştırmamızda kadın ve erkek öğrenciler arasında sosyal destek varlığı yönünden fark saptanmıştır. Kadın öğrenciler erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla sosyal desteğe sahiptir. Literatürde kadınlarda depresyon riski 2 kat fazladır. Çalışmamızda ise ikili analizlerde cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. Bunun nedeninin kadınların daha fazla sosyal destek alması olabileceği düşünülüp sosyal desteğin etkisini ortadan kaldırmak amacıyla Mantel-Haenszel ki kare testi yapılmıştır. Sosyal desteğin etkisi ortadan kaldırıldığında depresyon belirtisi sıklığı kadınlarda anlamlı olarak daha fazladır. Kadınlarda sosyal desteğin fazla oluşu riski azaltmaktadır. Diğer taraftan erkeklerde sosyal desteğin düşük olması onları depresyon yönünden riskli konuma getirmektedir.

5.3. Şiddetin Depresyon Belirtisi Sıklığına Etkisi

Araştırmamızda son bir yılda herhangi bir şiddet varlığı, karıştırıcı değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra depresyon belirtisi sıklığını 6.7 kat (kadınlarda 4.9, erkeklerde 5.9), duygusal şiddete maruz kalmak 4.7 kat (kadınlarda 2.6, erkeklerde 8.5), cinsel şiddete maruz kalmak 2.0 kat (kadınlarda 2.1 kat), ısrarlı takibe maruz kalmak 2.4 kat (kadınlarda 2.2 kat) artırdığı bulunmuştur. Fiziksel şiddet hem tüm grupta hem de kadın ve

erkeklerde depresyon belirtisi varlığı ile ilişkili bulunmamıştır. Geriye dönük güç analizi yapıldığında gücün %80'in altında olduğu bulunmuştur. Bu nedenle fiziksel şiddet gerçekten depresyon belirtisi varlığını etkilemiyor olabilir ya da gücü yetersiz olduğundan biz bulamamış olabiliriz. Fiziksel şiddetin depresyon belirtisi varlığını etkilememesi kültürel özelliklerle, toplumumuzda fiziksel şiddetin normalleşmiş olmasıyla açıklanabilir. Fiziksel şiddet dışında tüm şiddet türleri depresyon belirtisi ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki erkeklerde daha belirgindir. Erkekler daha az şiddete uğramakta ancak ruh sağlığı daha çok etkilenmektedir.

Mackenzie ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı çalışmada son altı aydaki şiddet sorgulanmış, depresyon belirtisi varlığını duygusal şiddetin kadınlarda 2.1 kat, erkeklerde 3.8 kat, istenmeyen cinsel ilişkinin kadınlarda 2.4 kat artırdığı bulunmuş, fiziksel şiddet depresyon belirtisi varlığı ile ilişkili bulunmamıştır(10). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Dünya genelinde çeşitli üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada cinsel şiddetin ağır depresyon sıklığını 1.4 kat artırdığı bulunmuştur (46).

Assari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde fiziksel, duygusal, cinsel ve şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma, depresyon belirtisi ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (25). İngiltere'de yapılan bir kohort çalışmasında kadınlar 12 ay izlenmiş ve partnerlerinden şiddet gören kadınlarda depresyon gelişme riski 3.1 kat fazla bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda partner şiddeti değerlendirilmemiştir. Amarasuriya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde aile içinde şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi varlığını 2.1 kat artırmaktadır (43).

İspanya'da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada son bir yıl içinde birden çok tipte şiddete uğrayanlarda depresyon belirtisi varlığı anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Tek tip şiddet varlığının depresyon belirtisi ile ilişkisi saptanmamıştır(23). Bu çalışmanın sonuçları çalışmamızla farklıdır. Bizim çalışmamızda kişinin tek bir tür şiddete mi, çeşitli türlerdeki çoklu şiddete mi maruz kaldığına bakılmaksızın şiddet var olarak kabul edilmiştir. Ayrıca kullanılan ölçek de farklıdır. Yöntemdeki bu farklılıklar karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir.

Uganda'da yapılan çalışmada öğrencilerde mental sağlığın kötü olmasını son bir yıl içinde cinsel şiddete maruz kalmanın 2.6 kat, tehdite maruz kalmanın 2.6 kat, fiziksel şiddetin 2.2 kat artırdığı saptanmıştır (24).

Macaristan'da çoğu (yaklaşık 2/3'ü) üniversite öğrencisi olan 15-24 yaş arası

kadınlarda yapılan araştırmada son 1 yıl içinde maruz kalınan fiziksel şiddetin depresyonu 3.5 kat, cinsel şiddetin 6.4 kat artırdığı bulunmuştur(64). Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak fiziksel şiddet de depresyon belirtisi varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum araştırma grubunda öğrenci olmayan kadınların da yer almasından kaynaklanmış olabilir.

İtalya’da yapılan çalışmada şiddetin kaç kez gerçekleştiği sorgulanmış, kadınlarda şiddetle karşılaşma sayısı arttıkça depresyon belirtisi sıklığının arttığı saptanmıştır. Özellikle üç ve daha fazla kez şiddete maruz kalan kadın ve erkek öğrencilerde ilişki dramatik olarak artmıştır. Erkek öğrencilerde şiddete maruz kalmak panik atak, alkol kötüye kullanımı gibi diğer sağlık çıktılarında artışa neden olurken depresyon ile ilişkili bulunmamış, kadınlarda yüksek sıklıkta partner şiddetine maruz kalmanın depresyonu 2.4 kat artırdığı, arkadaş/okul şiddetinin 2.3 kat artırdığı saptanmıştır (65). Bu çalışmada, üç ve daha fazla kez şiddete maruz kalmanın depresyon belirtisi varlığını çok artırması önemlidir. Çok kez maruz kalmak olayın artık kronikleştiğini, kişinin bunu kabul ettiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda maruz kalma sayısı sorgulanmamıştır.

5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmada ulaşma oranı %67.5’tir ve düşüktür. Bunun nedeni her kümede çok sayıda öğrenci bulunması ve ders devamının düşük olmasıdır. Tabakalı ve küme örnekleme yöntemi kullanılarak evreni temsil etme gücü artırılmak istense de bir fakülteden izin alınamadığından sonuçların genellenemeyeceği düşünülmektedir.

Araştırmada ulaşılamayan grubun cinsiyet dışında özellikleri bilinmemektedir. Daha sağlıklı kişiler devam ediyor olabilir bu da sıklığı düşük bulmamıza neden olmuş olabilir. Araştırmada kadınlara daha çok ulaşılmıştır. Bu durum da sıklığı daha yüksek bulmamıza neden olmuş olabilir. Ancak üniversitelerde yapılmış çoğu araştırmada kadınlara daha çok ulaşıldığından karşılaştırma yapılabilir.

Öğrencilere sınıfta ulaşılmıştır. Şiddet gibi hassas bir konunun daha gizli ve özel bir şekilde, kişinin güvenini sağlayarak sorgulanması gerekir. Sınıf bunun için uygun bir ortam sağlamamaktadır. Kişiler doğru yanıt vermemiş olabilir.

Araştırmada öğrencilerin üniversitede ilk yılda maruz kaldıkları şiddet ve bu şiddetin depresyon belirtisi varlığına etkisi incelenmek istenmiştir. Bu nedenle veri toplama ikinci sınıf öğrencilerinde ders yılının başında yapılmıştır. Ancak hazırlık okuma ya da

dersten kalma gibi nedenlerle sınıfın homojen olmamasına bağılı istenilen grupta çalışılamamıştır.

Bu konuda yapılmış araştırmalarda depresyon belirtisi için çok çeşitli ölçek ve şiddet için araştırmacıların belirlediğı sorular kullanılmaktadır. Ayrıca terminoloji olarak da farklılıklar bulunmaktadır. Bu da karşılaştırma güçlüğü yaratmaktadır.

Süre olarak son bir yıl sorgulandığından hafıza faktörüne dikkat edilmelidir ancak şiddet maruziyeti önemli bir konu olduğundan hafıza faktörünün çok etkisinin olmayacağı düşünülebilir.

Son olarak kesitsel araştırma olmasından kaynaklı nedenselliğı göstermede kısıtlıdır.

Çalışmanın güçlü yanı şiddet davranışının çok yönlü araştırılmış olmasıdır. Tanımlarda yer alan tüm davranışlar sorgulanmıştır. Şiddetin yanı sıra teknolojinin artışıyla daha da önem kazanan ısrarlı takip davranışı bu popölasyonda önemli olacağı düşünölüp eklenmiştir. Şiddet ile depresyon ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar daha çok çocukluk şiddeti, kadına yönelik cinsel şiddet ve kadına yönelik aile içi şiddet ile depresyon ilişkisine yöneliktir. Üniversite öğrencilerinde bu ilişki özellikle ölkemizde çok çalışılmamıştır. Tüm grubun yanı sıra kadın ve erkeklerde ayrı değerlendirme yapılarak cinsiyete göre etkinin düzeyi değerlendirilmiştir.

Örnek seçiminde fakötelere göre tabakalandırma yapılarak temsiliyeti daha yüksek bir grupta çalışılmıştır.

Veri toplama araştırmacı tarafından yapılmıştır. Eğiticinin de sınıfta bulunduğu ders saati içinde, ciddi bir biçimde, öğrencilerin birbiriyle teması en az olacak şekilde veri toplanarak uygun ortam sağlanmaya çalışılmış, veri toplama formu dağıtılmadan önce çalışmanın amacı, bilgilerin gizli kalacağı net bir şekilde ifade edilerek kişilerin kendilerini doğru ve açık bir şekilde ifade etmelerine çalışılmıştır.

Derse devam etmeyen öğrencilere ulaşılammış olsa da o anda derste bulunan sağlık sorunu nedeniyle katılmayı reddeden 1 kişi dışında tüm öğrenciler yanıtlamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinde depresyon görülme sıklığı %24.7 saptanmıştır ve cinsiyetler arasında fark yoktur. Geniş ailede yaşamak, düşük anne ve baba eğitim düzeyi, ailenin kötü ekonomik durumu, geçim için bir işte çalışıyor olmak, kötü başarı durumu, şehirden ve bölümden memnun olmamak, sık alkol kullanmak, ailede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, çocuklukta ve son bir yıl içinde şiddete maruz kalmak depresyon belirtisi sıklığını anlamlı olarak artırmaktadır. Algılanan sosyal destek, depresyon belirtisi varlığından anlamlı olarak koruyucudur.

Öğrencilerin son bir yıl içinde %11.9'u fiziksel şiddete, %39.9'u duygusal şiddete, %16.5'i cinsel şiddete, %18.1'i ısrarlı takibe maruz kalmıştır. Öğrencilerin son bir yıl içinde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma sıklığı %54.7 bulunmuştur.

Şiddet nedeniyle herhangi bir kurum başvurusu çok düşüktür.

Karıştırıcı değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra depresyon belirtisi sıklığını son bir yılda şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmak 6.7 kat (kadınlarda 4.9, erkeklerde 5.9), duygusal şiddete maruz kalmak 4.7 kat (kadınlarda 2.6, erkeklerde 8.5), cinsel şiddete maruz kalmak 2.0 kat (kadınlarda 2.1 kat), ısrarlı takibe maruz kalmak 2.4 kat (kadınlarda 2.2) artırmaktadır.

6.2. Öneriler

Üniversite öğrencilerinde depresyon önemli bir sağlık sorunudur. Bunun değiştirilebilir ve değiştirilemez pek çok nedeni vardır. Maddi durumu kötü olan öğrencilere burs, barınma, iş konusunda ekonomik yönden destek sağlanması, üniversite ve bölüm seçiminde rehberlik hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir.

Öğrencilere yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetleri yetersizdir. Tanıtılmalı, öğrencilerde farkındalık oluşturulmalı ve onların kolay başvurabildiği etkin kullanabildikleri yerler haline getirilmelidir. Sosyal destek depresyon belirtisi varlığından koruyucudur. Yardımcı olacak rehberlik-danışmanlık birimlerinin yanında sosyal klüpler, etkinlikler yaygınlaştırılmalıdır.

Şiddet her iki cinsiyette de depresyon belirtisi varlığını arttırmaktadır. Sarkıntılık dışında cinsel şiddetin erkeklerde sık görülmesi, şiddet-depresyon ilişkisinin erkeklerde de anlamlı olması bu konuda yapılacak hizmetlerin ayırım yapılmadan tüm öğrencileri

kapsamasını gerektirmektedir.

Şiddete uğrayan öğrenciler herhangi bir yere başvurmamaktadır. Üniversite içinde şiddet konusunda destek alabilecekleri merkezler oluşturulmalıdır Öğrenciler başvurabilecekleri yerler konusunda bilgilendirilmelidir. Etkinlik, eğitim gibi faaliyetlerle şiddetin daha konuşulabilir olmasına çalışılmalıdır.

Akran eğitimi yapılarak hem erken farketme sağlanabilir hem de arkadaştan sosyal destek arttırılabilir.

Şiddetin yeri, maruz kalma sıklığı, çoklu maruziyet durumu, kişinin şiddet algısı, bu durumla başetme durumu, yardım arama davranışı ve bunun önündeki engelleri anlamaya yönelik ileri araştırmalar planlanabilir, riskli gruplar, ihtiyaç duyulan alanlar belirlenebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. bs Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015. s. 1822-37.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. s. 1559-652.
3. Sadock BJ, Sadock V a. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. bs. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s. 1550- 1626
4. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. bs Ankara; 2008. s. 225-41.
5. Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar. 4. bs. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 267-98
6. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara; 2013.
7. Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. Tıp Fakültesi öğrencilerinde depresif belirti ve sigara içme sıklığı. TAF Prev Med Bull. 11 Aralık 2009;8(6):489-96.
8. Yenice M, Güneş G, Kaya B. Tıp Fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2004;5:5-10.
9. Mayda AS, Şen M, Tekeli AH, Sayan S, Sirakaya N. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığı ve baskın el kullanımına göre farklılığı. Gazi Med J. 2010;21(1).
10. Mackenzie S, Wiegel JR, Mundt M, Brown D, Saewyc E, Heiligenstein E, vd. Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. Am J Orthopsychiatry. Ocak 2011;81(1):101-7.
11. Bingöl F, Karakoç A, Karaca S, Ocağcı AF. 17-19 yaş üniversite öğrencisi ergenlerde depresyon düzeyi, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ank Sağlık Hizmetleri Derg. 01 Ekim 2011;10(2):35-45.
12. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Derg. 2013;13(2):98-102.
13. Erhan S, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Derg. 01 Ocak 2013;18:98-102.
14. Hür SD, Andsoy II, Şahin AO, Kayhan M, Eren S, Zünbül N, vd. Depressive symptoms in Karabuk University Health School students. J Psychiatr Nurs. 2014;5(2):72-6.
15. Gunay O, Akpınar F, Poyrazoglu S, Aslaner H. Prevalence of depression among Turkish university students and related factors. Turk J Public Health. 22 Aralık 2011;9(3):133-43.
16. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki

- depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anatol J Psychiatry*. 2007;(8):46-51.
17. Çelik MY, Gençaslan DÖ, Yıldırım AD. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti sıklığının anemi, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 15 Ağustos 2018;11(2):116-22.
 18. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 01 Ağustos 2008;43(8):667-72.
 19. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oguzhanoglu N. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2002;3:155-61.
 20. Cam Celikel F, Erkorkmaz U. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatry Noropsikiatri Arsivi*. Aralık 2008;45(4):122-9.
 21. Ulaş B, Tatlıbadem B, Nazik F, Sönmez M, Uncu F. Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. *CBU-SBED*. 2015;(2(3)):71-5.
 22. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turk J Public Health*. 01 Haziran 2011;9(1):33-44.
 23. Aizpurua E, Caravaca-Sánchez F, Stephenson A. Victimization status of female and male college students in Spain: Prevalence and relation to mental distress. *J Interpers Violence*. 28 Eylül 2018;1-23.
 24. Agardh A, Tumwine G, Asamoah BO, Cantor-Graae E. The invisible suffering: sexual coercion, interpersonal violence, and mental health--a cross-sectional study among university students in south-western Uganda. *PloS One*. 2012;7(12):e51424.
 25. Assari S, Moghani Lankarani M. Violence exposure and mental health of college students in the United States. *Behav Sci Basel Switz*. 24 Mayıs 2018;8(6).
 26. Csoboth APCT, Birkás E, Purebl G. Living in fear of experiencing physical and sexual abuse is associated with severe depressive symptomatology among young women. *J.Womens Health*. Haziran 2005;14(5):441-8.
 27. Romito P, Grassi M. Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Soc Sci Med*. 01 Eylül 2007;65(6):1222-34.
 28. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva; 2002.
 29. Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention, 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. 274 s.
 30. Daigle LE, Hoffman CY, Johnson LM. The extent and risk of violent victimization

among international college students enrolled in the United States: A gendered analysis. J Interpers Violence. 01 Ekim 2018;33(19):3053-73.

31. Köknel Ö. Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. 1. bs. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım; 1999.
32. SB Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu 1998. Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ruh_sagligi/ulke_uygulamaları/2SB_turkiye_ruh_sagligi_profil_i_raporu_1998.pdf. Erişim Tarihi: 10.04.2019
33. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Erişim adresi: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program. Erişim Tarihi: 10.04.2019
34. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, vd. Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions. Turk J Psychiatry. 2014;(25(4)):264-81.
35. Özyurt S, Doğan MS. Gençlik Problemleri Açısından Üniversite Gençliği. 1. bs. Ankara: Değişim Yayınları; 2002. s.35-96
36. Kaya M, Genç M. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif beliri yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. Türk Psikiyatri Derg 2007 182137-146. 2007;18(2):137-46.
37. ACHA-NCHA Reference Group Executive Summary Spring 2000. Erişim adresi: https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA_Reference_Group_ExecutiveSummary_Spring2000.pdf. Erişim Tarihi: 22.04.2019
38. ACHA-NCHA Reference Group Executive Summary Spring 2008. Erişim adresi: https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA_Reference_Group_ExecutiveSummary_Spring2008.pdf. Erişim Tarihi: 22.04.2019
39. NCHA-II Spring 2018 Reference Group Executive Summary. Erişim adresi: https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Reference_Group_Executive_Summary.pdf. Erişim Tarihi: 22.04.2019
40. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. J Nerv Ment Dis. Ocak 2013;201(1):60-7.
41. Björklund K, Häkkänen-Nyholm H, Huttunen T, Kunttu K. Violence victimization among Finnish university students: prevalence, symptoms and healthcare usage. Soc Sci Med 1982. Mayıs 2010;70(9):1416-22.
42. Roberts SJ, Glod CA, Kim R, Houchell J. Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: implications for healthcare providers in student health. J Am Acad Nurse Pract. Temmuz 2010;22(7):369-75.

43. Amarasuriya S, Jorm A, Reavley N. Prevalence of depression and its correlates among undergraduates in Sri Lanka. *Asian J Psychiatry*. 02 Mayıs 2015;15.
44. Ngin C, Pal K, Tuot S, Chhoun P, Yi R, Yi S. Social and behavioural factors associated with depressive symptoms among university students in Cambodia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 28 Eylül 2018;8(9):e019918.
45. Overstreet C, Berenz EC, Kendler KS, Dick DM, Amstadter AB. Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. *Psychiatry Res*. 2017;247:296-304.
46. Peltzer K, Pengpid S. Depressive symptoms and social demographic, stress and health risk behaviour among university students in 26 low-, middle- and high-income countries. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2015;19(4):259-65.
47. Ibrahim AK, Kelly SJ, Glazebrook C. Analysis of an Egyptian study on the socioeconomic distribution of depressive symptoms among undergraduates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Haziran 2012;47(6):927-37.
48. Lu W, Bian Q, Song Y-Y, Ren J-Y, Xu X-Y, Zhao M. Prevalence and related risk factors of anxiety and depression among Chinese college freshmen. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci Hua Zhong Ke Ji Xue Xue Bao Yi Xue Ying Wen Ban Huazhong Keji Daxue Xuebao Yixue Yingdewen Ban*. Aralık 2015;35(6):815-22.
49. Pan X-F, Wen Y, Zhao Y, Hu J-M, Li S-Q, Zhang S-K, vd. Prevalence of depressive symptoms and its correlates among medical students in China: a national survey in 33 universities. *Psychol Health Med*. 2016;21(7):882-9.
50. Chang S-M, Law DW, Chang H-K. the impact of personality on depression among university students in Taiwan. *Chang Gung Med J*. Ekim 2011;34(5):528-35.
51. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, Ergin N, vd. Depressive Symptomatology among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Sociodemographic Correlates. *Croat Med J*. 2005;(46(1)):96-100.
52. Ta EO, Yüksel EG, Özmen E. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde ayrılma bireyleşme özellikleri ve depresyon ilişkisi. *Anatol J Psychiatry*. 2009;(10):174-80.
53. Hür SD, Andsoy II, Şahin AO, Kayhan M, Eren S, Zünbül N, vd. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirtiler. *Psikiyatri Hemşireliği Derg*. 2014;5(2):72-6.
54. WHO | Global status report on violence prevention 2014. Erişim adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/. Erişim Tarihi: 05.04.2019
55. Definitions|Elder Abuse|Violence Prevention|Injury Center|CDC. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/definitions.html>. Erişim Tarihi:02.05.2019

56. Child Maltreatment Surveillance Uniform Definitions For Public Health and Recommended Data Elements. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf. Erişim Tarihi: 02.05.2019
57. Sexual Violence Surveillance Uniform Definitions And Recommended Data Elements. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv_surveillance_definitions-2009-a.pdf. Erişim Tarihi: 02.05.2019
58. WHO | WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>. Erişim Tarihi: 02.05.2019
59. Butchart A, World Health Organization. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2004. Erişim adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/08_09_2004/en/ WHO | Erişim Tarihi: 02.05.2019
60. Kieselbach B, Butchart A. Preventing youth violence: an overview of the evidence. 2015. 84 s.
61. Lehrer JA, Lehrer EL, Koss MP. Sexual and dating violence among adolescents and young adults in Chile: a review of findings from a survey of university students. *Cult Health Sex*. 2013;15(1):1-14.
62. Evren H, Tokuç B, Ekuklu G. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinde Şiddet Davranışları ve Algılanan Sağlık İlişkisi. *Assoc Violence Relat Behav Self Perceived Health Trak Univ Stud*. Aralık 2011;28(4):380-4.
63. Mayda AS, Gerçek ÇG, Güneş C, Hüseyinoğlu A, Güler MB, Yıldırım A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının Demografik Özellikler, Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Baskın El ve Şiddete Maruz Kalma ile İlişkisi. *TUBAV Bilim Derg*. 2009;2(476-83):8.
64. Csoboth CT, Birkás E, Purebl G. Living in Fear of Experiencing Physical and Sexual Abuse Is Associated with Severe Depressive Symptomatology among Young Women. *J Womens Health*. Haziran 2005;14(5):441-8.
65. Romito P, Grassi M. Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Soc Sci Med* 1982. Eylül 2007;65(6):1222-34.
66. Sahin NH. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenilirliği. *Psikol Derg*. 1989;7(23):8-13.
67. Eker DD, Arkar DH, Yaldiz DH. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;(12(1)):17-25.

68. Bozkurt N. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *Eğilim Ve Bilim*. 2004;29(133):32-8.
69. Mayda AS, Gerçek ÇG, Gümüş G, DemiR S, DeniZ M, Sürücü ZP, vd. Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı Sıklığı Ve Kullanmaya Başlama Nedenleri. *Duzce Med J*. 2019;12(3):7-14.
70. Boyacı H, Çorapçıoğlu A, Ilgazlı A, Başyiğit İ, Yıldız F. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalık*. 2003;(14):169-75.
71. Tanrikulu AÇ. Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Tur Toraks* 2009;11(101-6). 2009;(11):101-6.
72. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Derg*. 2013;(18(4)):230-4.
73. Koca B, Oğuzöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Derg*. 01 Haziran 2015;4(2):4-13.
74. Yalçın M, Eşsizoglu A, Akkoç H, Yapan A, Gürgen F. Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri. *Klin Psikiyatri*. 2009;(12):125-33.
75. Luo X. Gender and Dating Violence Perpetration and Victimization: A Comparison of American and Chinese College Students. *J Interpers Violence*. 17 Ekim 2018;1-27.
76. Rennison CM, Addington LA. Comparing Violent Victimization Experiences of Male and Female College-Attending Emerging Adults. *Violence Women*. 2018;24(8):952-72.
77. Adinew YM, Hagos MA. Sexual violence against female university students in Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 24 2017;17(1):19.
78. Bhochhibhoya S, Maness SB, Cheney M, Larson D. Risk Factors for Sexual Violence Among College Students in Dating Relationships: An Ecological Approach. *J Interpers Violence*. 22 Mart 2019;1-25.
79. Forsman RL. Prevalence of Sexual Assault Victimization Among College Men, Aged 18-24: A Review. *J Evid-Inf Soc Work*. Aralık 2017;14(6):421-32.
80. Garner AR, Spiller LC, Williams P. Sexual Coercion in the College Population: A Form of Risk-Taking Behavior. *J Interpers Violence*. 20 Temmuz 2017;1-16.
81. Fedina L, Holmes JL, Backes BL. Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research From 2000 to 2015. *Trauma Violence Abuse*. Ocak 2018;19(1):76-93.
82. Solinas-Saunders M. Sexual Violence Among College Students Attending a Nonresidential Campus. *J Interpers Violence*. 01 Mart 2018;1-25.

83. Fedina L, Backes BL, Sulley C, Wood L, Busch-Armendariz N. Prevalence and sociodemographic factors associated with stalking victimization among college students. *J Am Coll Health*. 25 Mart 2019;0(0):1-7.
84. Nobles MR, Cramer RJ, Zottola SA, Desmarais SL, Gemberling TM, Holley SR, vd. Prevalence rates, reporting, and psychosocial correlates of stalking victimization: results from a three-sample cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 01 Kasım 2018;53(11):1253-63.
85. Ameral V, Palm Reed KM, Hines DA. An analysis of help-seeking patterns among college student victims of sexual assault, dating violence, and stalking. *J Interpers Violence*. 20 Temmuz 2017;1-25.
86. PhD CLM, PhD DFM. The prevalence of stalking among college students: The disparity between researcher- and self-identified victimization. *J Am Coll Health*. 01 Şubat 2012;60(2):168-74.
87. Buhi ER, Clayton H, Surrency HH. Stalking victimization among college women and subsequent help-seeking behaviors. *J Am Coll Health*. Ocak 2009;57(4):419-26.
88. Artime TM, Buchholz KR, Jakupcak M. Mental health symptoms and treatment utilization among trauma-exposed college students. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. Mart 2019;11(3):274-82.
89. Fantasia HC, Sutherland MA, Hutchinson MK. Lifetime and recent experiences of violence among college women. *J Forensic Nurs*. Aralık 2018;14(4):190-7.
90. Fu H, Feng T, Qin J, Wang T, Wu X, Cai Y, vd. Reported prevalence of childhood maltreatment among Chinese college students: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2018;13(10):e0205808.
91. Windle M, Haardörfer R, Getachew B, Shah J, Payne J, Pillai D, vd. A multivariate analysis of adverse childhood experiences and health behaviors and outcomes among college students. *J Am Coll Health J ACH*. Haziran 2018;66(4):246-51.
92. Du Mont J, Woldeyohannes M, Macdonald S, Kosa D, Turner L. A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. *BMC Womens Health*. 07 2017;17(1):59.
93. Tam CL, Foo Y. The Association between perceived social support, socio-economic status and mental health in young malaysian adults. *East Asian Arch Psychiatry*. 2011;(21):73-8.
94. Park KH, Kim D, Kim SK, Yi YH, Jeong JH, Chae J, vd. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*. 09 Mayıs 2015;6:103-8.
95. Topaktaş B, DüNDAR C, Pekşen Y. A Cross-sectional analysis of the relationship among adolescents' perceived social support, psychological state and future expectations among Turkish Students. *Isr J Psychiatry*. 54(2):7.

96. Al-Gamal E, Saeed SB, Victor A, Long T. Prolonged grief disorder and its relationship with perceived social support and depression among university students. *j psychosoc nurs ment health Serv*. 01 Kasım 2018;57(2):44-51.
97. Kaya M, Genç M. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(2):137-146
98. Miletic V, Lukovic JA, Ratkovic N, Aleksic D, Grgurevic A. Demographic risk factors for suicide and depression among Serbian medical school students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Nisan 2015;50(4):633-8.
99. Tanihata T, Kanda H, Osaki Y, Ohida T, Minowa M, Wada K, vd. Unhealthy lifestyle, poor mental health, and its correlation among adolescents: a nationwide cross-sectional survey. *Asia Pac J Public Health*. Mart 2015;27(2):NP1557-1565.
100. Othieno CJ, Okoth R, Peltzer K, Pengpid S, Malla LO. Traumatic experiences, posttraumatic stress symptoms, depression, and health-risk behavior in relation to injury among University of Nairobi students in Kenya. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50(3):299-316.
101. Ulaş B, Tatlıbadem B, Nazik F, Sönmez M, Uncu F. Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. *CBU-SBED*. 2015; 2(3):71-75
102. Ngın C, Pal K, Tuot S, Chhoun P, Yi R, Yi S. Social and behavioural factors associated with depressive symptoms among university students in Cambodia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. Eylül 2018;8(9):e019918.
103. Yun-Shu Zang, Wen-Wang R. Prevalence of major depressive disorder and its socio-demographic correlates in the general adult population in Hebei province, China. *J Affect Disord*. 2019;(252):92-8.
104. Romo-Nava F, Bobadilla-Espinosa RI, Tafuya SA, Guízar-Sánchez DP, Gutiérrez JR, Carriedo P, vd. Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *J Affect Disord*. 15 Şubat 2019;245:834-40.
105. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. Mart 2016;46(4):717-30.
106. McCabe BE, Lai BS, Gonzalez-Guarda RM, Peragallo Montano N. Childhood abuse and adulthood ipv, depression, and high-risk drinking in Latinas. *Issues Ment Health Nurs*. 02 Aralık 2018;39(12):1004-9.
107. Qadir F, Khalid A, Haqqani S, Zill-e-Huma, Medhin G. The association of marital relationship and perceived social support with mental health of women in Pakistan. *BMC Public Health*. 09 Aralık 2013;13:1150.
108. Miloseva L, Vukosavljevic-Gvozden T, Richter K, Milosev V, Niklewski G.

- Perceived social support as a moderator between negative life events and depression in adolescence: implications for prediction and targeted prevention. *EPMA J.* 01 Eylül 2017;8(3):237-45.
109. Falgares G, Lo Gioco A, Verrocchio MC, Marchetti D. Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychol Health Med.* 2019;24(3):281-93.
 110. Hyarat S, Al-Gamal E, Dela Rama E. Depression and perceived social support among Saudi patients with multiple sclerosis. *Perspect Psychiatr Care.* Temmuz 2018;54(3):428-35.
 111. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Niger J Clin Pract.* Kasım 2018;21(11):1525-30.
 112. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lertrakarnnon P, Jiraniramai S, Sirirak T, Assanangkornchai S, vd. Prevalence, clinical and psychosocial variables of depression, anxiety and suicidality in geriatric tertiary care settings. *Asian J Psychiatry.* Mart 2019;41:38-44.
 113. Naseri N, Taleghani F. Social support and depression in Iranian cancer patients: the role of demographic variables. *J Caring Sci.* Eylül 2018;7(3):143-7.
 114. Khazaeipour Z, Hajiaghababaei M, Mirminachi B, Vaccaro AR, Rahimi-Movaghar V. Social support and its association with depression, gender and socioeconomic indicators in individuals with spinal cord injury in Iran. *Spinal Cord.* Kasım 2017;55(11):1039-44.
 115. Maheri A, Sadeghi. Depression, anxiety, and perceived social support among adults with beta-thalassemia major: cross-sectional study. *Korean J Fam Med.* 2018;39(2):101-7.
 116. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, vd. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *Br J Psychiatry.* 07 Haziran 2019;1-6.

8. EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ŞİDDETİN DEPRESYON BELİRTİ SIKLIĞINA ETKİSİ ARAŞTIRMASI

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı, bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi öğrencilerinde depresyon belirti sıklığına şiddetin etkisini belirlemek için yapılmaktadır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veriniz toplanırken ad ve soyad kaydedilmeyecektir. Tüm kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - 1) Erkek
 - 2) Kadın
3. Üniversitede kaç yılınız geçti?.....
4. Medeni durumunuz nedir?
 - 1) Bekar
 - 2) Evli
 - 3) Boşanmış
 - 4) Dul
5. Anne ve babanız için uygun seçeneği işaretleyiniz.
 - 1) İkisi de sağ ve birlikte
 - 2) İkisi de sağ, ayrı
 - 3) Biri öldü
 - 4) İkisi de öldü
6. Aile yapınız nasıldır?
 - 1) Çekirdek aile (anne,baba ve çocuklar)
 - 2) Geniş aile (anne, baba, çocuk ve aile büyükleri)
7. Annenizin öğrenim durumu nedir?
 - 1) Okur-yazar değil
 - 2) Okur-yazar
 - 3) İlkokul mezunu
 - 4) Ortaokul mezunu
 - 5) Lise mezunu
 - 6) Üniversite/yüksek okul mezunu
8. Babanızın öğrenim durumu nedir?
 - 1) Okur-yazar değil
 - 2) Okur-yazar
 - 3) İlkokul mezunu
 - 4) Ortaokul mezunu
 - 5) Lise mezunu
 - 6) Üniversite/yüksek okul mezunu
9. Ailenizin geliri sizce nasıl?
 - 1) Çok kötü
 - 2) Kötü
 - 3) Orta
 - 4) İyi
 - 5) Çok iyi
10. Sizin aylık geliriniz ortalama ne kadar? (aileniz tarafından verilen, burslar, bir işte çalışıyorsanız maaşınız...vb dahil)
11. Giderinizi karşılamak için bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
12. Şu anda nerede kalıyorsunuz?
 - 1) Evde, yalnız
 - 2) Evde, arkadaşlarla
 - 3) Evde, ailemle veya aileden biriyle
 - 4) Evde, akrabalarla
 - 5) Yurtta
 - 6) Diğer, belirtiniz.....
13. Okulda başarı durumunuz nedir?
 - 1) İyi
 - 2) Orta
 - 3) Kötü
14. Okuduğunuz bölümden memnun musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
15. Okuduğunuz şehirden memnun musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
16. Sigara kullanıyor musunuz?
 - 1) Hayır
 - 2) Kullanıyordum, bıraktım
 - 3) Ara sıra kullanıyorum
 - 4) Düzenli (günde en az 1 adet) kullanıyorum
17. Alkol kullanıyor musunuz?
 - 1) Hayır, kullanmıyorum
 - 2) Evet, ayda 1 den az
 - 3) Evet, ayda 1-3 gün
 - 4) Evet, haftada 1 gün
 - 5) Evet, haftada 2-6 gün
 - 6) Evet hergün
18. Uyuşturucu madde kullanma durumunuz nedir?
 - 1) Denemedim
 - 2) Denedim, kullanmıyorum
 - 3) Kullanıyorum
19. Psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
20. Ailenizde psikiyatrist tarafından tanısı konmuş ruhsal hastalığı olan var mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
21. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
22. Son 1 yılda aşağıdaki fiziksel şiddet türlerinden hangilerine maruz kaldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?
 - 1) Tokat atılma
 - 2) Canınızı yakacak şekilde bir şey fırlatılma
 - 3) İtilme, tartaklanma
 - 4) Saçınızın çekilmesi
 - 5) Yumruklanma
 - 6) Canınızı yakacak şekilde bir şeyle vurulma
 - 7) Tekmelenme, sürüklenme, dövülme
 - 8) Boğazınızın sıkılması, bir yerinizin yakılması
 - 9) Bıçak silah gibi aletlerle tehdit edilme ya da bunların kullanılması
 - 10) Herhangi bir fiziksel şiddete maruz kalmadım

23. Herhangi bir fiziksel şiddete maruz kaldıysanız bu kim ya da kimler tarafından gerçekleşti? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Arkadaşım
- 2) Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri
- 3) Tanımadığım biri
- 4) Duygusal bağım olan kişi (sevgili, eş...vb)
- 5) Aileden biri
- 6) Diğer.....
- 7) Herhangi bir fiziksel şiddete maruz kalmadım

24. Son 1 yılda aşağıdaki duygusal şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- 1) Üzülmeye neden olacak hakaret ya da küfür
- 2) Aşağılanma, küçük düşürülme
- 3) İsim takılması
- 4) Tehdit edilme
- 5) İletişiminizin kısıtlanması
- 6) Herhangi bir duygusal şiddete maruz kalmadım

25. Herhangi bir duygusal şiddete maruz kaldıysanız bu kim ya da kimler tarafından gerçekleşti? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Arkadaşım
- 2) Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri
- 3) Tanımadığım biri
- 4) Duygusal bağım olan kişi(sevgili, eş...vb)
- 5) Aileden biri
- 6) Diğer.....
- 7) Herhangi bir duygusal şiddete maruz kalmadım

26. Son 1 yılda aşağıdaki cinsel şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- 1) Tecavüz veya tecavüze teşebbüs edilmesi
- 2) Karşı koyamayacak durumdayken (ilaç/alkol etkisi altında) cinsel ilişki veya teşebbüs edilmesi
- 3) İstemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlanma (korku, tehdit...vb nedenle)
- 4) Cinsel olarak aşağılayıcı ya da küçük düşürücü bulduğunuz bir şeyi yapmaya zorlanma
- 5) Elle veya sözle sarkıntılık
- 6) Herhangi bir cinsel şiddete maruz kalmadım

27. Herhangi bir cinsel şiddete maruz kaldıysanız bu kim ya da kimler tarafından gerçekleşti? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Arkadaşım
- 2) Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri
- 3) Tanımadığım biri
- 4) Duygusal bağım olan kişi(sevgili, eş...vb)
- 5) Aileden biri
- 6) Diğer.....
- 7) Herhangi bir cinsel şiddete maruz kalmadım

28. Son 1 yılda ısrarlı takip türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

Güvenliğinizden korku duymanıza neden olacak şekilde tekrar eden, kasıtlı ve tehditkâr bir şekilde;

- 1) Telefonla aranma, mesaj, mektup ve/veya e-posta gönderilme,
- 2) Sosyal medya aracılığıyla iletişim kurulması ve takip edilme,
- 3) İzlenme, takip edilme
- 4) Çiçek vb. hediyeler ya da tuhaf, korkutucu eşyalar gönderilmesi,
- 5) Görüşmezseniz kendisine, size ya da çevrenize zarar vereceği ile tehdit edilme,
- 6) Herhangi bir ısrarlı takip davranışına maruz kalmadım

29. Herhangi ısrarlı takip şekline maruz kaldıysanız bu kim ya da kimler tarafından gerçekleşti? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Arkadaşım
- 2) Tanıdığım fakat arkadaşım olmayan biri
- 3) Tanımadığım biri
- 4) Duygusal bağım olan kişi(sevgili, eş...vb)
- 5) Aileden biri
- 6) Diğer.....
- 7) Herhangi bir ısrarlı takip davranışına maruz kalmadım

30. Çocukluğunuzda hiç fiziksel şiddete uğradınız mı?(dayak, iteleme, tokat, tekme vb.)

- 1) Hayır
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Çok sık

31. Çocukluğunuzda aile içi fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?

- 1) Hayır
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Çok sık

32. Çocukluğunuzda hiç duygusal şiddete uğradınız mı?(hakaret, aşağılanma, alay edilme vb.)

- 1) Hayır
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Çok sık

33. Çocukluğunuzda aile içi duygusal şiddete tanık oldunuz mu?

- 1) Hayır
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Çok sık

34. Çocukluğunuzda hiç cinsel şiddete uğradınız mı?(taciz, tecavüz vb)

- 1) Evet
- 2) Hayır

35. Çocukluğunuzda aile içi cinsel şiddete tanık oldunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

36. Herhangi bir şiddet nedeniyle tedavi olmanızı gerektirecek kadar yaralandınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

37. Şiddet nedeniyle herhangi bir kurum başvurunuz oldu mu? Varsa nereye olduğunu belirtiniz.

- 1) Evet,.....
- 2) Hayır

Aşağıdaki maddeler son bir 1 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yöneliktir. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretleyiniz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişimin başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan 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 biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım için kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarım için her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay kızıyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Eskiden beni sinirlendiren şeyler şimdi sinirlendirmiyor.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Birşeyler yapmak için gayret göstermem gerekiyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
 (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
 (2) Her şey beni yoruyor.
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.
 (1) Eskisinden daha iştahsızım.
 (2) İştahım çok azaldı.
 (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
 (1) 2 kilodan fazla verdim.
 (2) 4 kilodan fazla verdim.
 (3) 6 kilodan fazla verdim.

19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
 (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
 (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
 (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20. (0) Cinsel konulara ilimde herhangi bir değişiklik yok.
 (1) İlgim eskisine oranla az.
 (2) İlgim eskisine oranla çok daha az.
 (3) İlgimi tamamen kaybettim.

21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 (1) Cezalandırılabilirliğimi seziyorum.
 (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Aşağıdaki cümleleri okuyunuz. Sizin durumunuzu en iyi karşılayan puanın altındaki kutuya çarpı atınız.

(1: kesinlikle hayır.....7: kesinlikle evet)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

Katıldığınız için teşekkür ederim

EK-2: Etik Kurul Onay Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/27-21	Tarih:20.10.2016
	Prof.Dr.Türkan GÜNAY'ın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesi'nde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde Şiddetin Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞI.U	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>katlanmadı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>katlanmadı</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>katlanmadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>M. Güntekin</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>katlanmadı</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>katlanmadı</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet</i>