

**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM
DALI**

**Danışman
Doç.Dr.Rahim KUCUR**

**S.Ü.TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI KLİNİĞİNE 1986-1993
YILLARI ARASINDA BAŞVURAN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİNİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr.Ali Savaş ÇİLLİ

KONYA - 1994

İÇİNDEKİLER:

Önsöz.....	1
Giriş ve Amaç.....	2
Genel Bilgiler.....	7
Gereç ve Yöntem.....	34
Bulgular.....	40
Tartışma ve Sonuç.....	63
Özet.....	77
Kaynaklar.....	78

ÖNSÖZ

Bu çalışmada S.Ü.T.F. psikiyatri kliniğine başvuran üniversite öğrencileri geriye dönük olarak incelenerek üniversite öğrencilerinin kliniğimize yansıyan psikiyatrik sorunları araştırılmış ve bazı değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Rahim Kucur'a, destek ve yardımlarını gördüğüm Sayın Prof. Dr. M. Kemal Aktan'a, çok faydalandığım tavsiye ve eleştirilerinden dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. İshak Özkan, Sayın Yrd. Doç. Dr. Rüstem Aşkın ve Sayın Uzm. Dr. Nazmiye Kaya'ya, ayrıca ihtisasım süresince gösterdikleri yakın ilgi ve müsamahalarından dolayı tüm hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Ali Savaş Çilli

KONYA-1994

GİRİŞ ve AMAÇ

20. asırda ve özellikle yaşamakta olduğumuz günlerde genel hekimlik, koruyucu yönü bakımından, birçok psikolojik ve sosyal sorunlarla yakından ilgilidir. Zamanımızda teknoloji büyük bir hızla dünyamızı çok değiştirmiş, artan nüfus yoğunlaşması dolayısıyla mesken ve tarım alanları daralmaya başlamıştır. Bundan ötürü psikolojik olaylar gibi sosyal problemler çoğalmakta ve daha kompleks olmaktadır. Bu ihtiyaçla *sosyal hekimlik* bir bilim dalı olarak yerini almıştır (1).

Hekimlik dalları içinde psikiyatri özellikle birey olarak insan ve toplulukların davranışları, birbirleriyle temasları, çevresel etkenleri ve bunların patolojileriyle uğraşan bir dal olarak bu geniş ölçüdeki sosyal değişiklikler itibariyle temel hekimlik disiplinleri arasında yer almış bulunmaktadır. Sosyal psikoloji ve psikiyatri, psikanaliz, medikal psikoloji ve psikosomatik bölümleri arasında bu nedenlerle özel bir yere sahiptir (1).

Sosyal psikiyatri, klinik psikiyatrinin çeşitli hastalıkların sosyal nedenleriyle ilgilenen özel bir dalıdır. Sosyal psikiyatrinin epidemiyolojik çalışmalar, ferдин ruh sağlığı ve hastalıklarına etkileri bakımından sosyal faktörlerin incelenmesi, grup dinamiği, mental sağlık ve psiko-hijyen, psikiyatrik bakım-destek ve rehabilitasyon, kültür-antropoloji ve sosyal tıp yönleri vardır. Söz konusu gruplar bir bölgeyi, semti yahut göçmenler, sürgünler, esirler, cezaevi hükümlüleri, kronik akıl hastaları gibi özel ortak kader birliği gösteren insanları, yahut da belirli bir yaş dönemindekileri (okul çocukları, yaşlılar gibi) içine alabilir (1).

Sosyal psikiyatri, çeşitli dalların, teknik disiplinlerin yardımcı olarak katıldığı ortak bir takım çalışması gerektirmektedir. Sosyal psikiyatrinin gelişmesi ile birlikte psikiyatrik tedavi yaklaşımlarında da değişiklikler olmuştur. Genel hastanelerde psikiyatri servisleri kurulmuş, koloni tip akıl hastanelerinden açık kapı sistemine geçilmiş, özel bakıcı aile yanında bakım, bakım yurtları gibi alternatif yataklı kurumlar oluşmuştur. Dispanserler, gündüz kliniği, meşguliyet tedavi merkezleri, rehabilitasyon merkezleri ve yarı yol evleri, gece kliniği, ruh sağlığı merkezleri gibi hastane dışı yeni

kuruluşlara yönelmiş, yardımcı rehabilitasyon ve resosyalizasyon kurumları gelişmiştir (1).

Gençlik, hemen her insanın zihninde birbirinden oldukça farklı görüşlerin yer aldığı, halk arasında, sanat alanında, tıpta ve psikiyatride çok değişik tarif ve tanımlamaların yapıldığı bir kavramdır. Ergenlik ve gençlik çağı psikiyatride *adolesan* dönemi olarak bilinmekte ve psikiyatrinin anladığı gençlik çağı ile halkın anladığı gençlik devresi önemli farklılıklar göstermektedir (2).

Adolesans-ergenlik dönemi, insanın gelişimindeki en karmaşık, şaşırtıcı, en hızlı değişen bir devresidir. Bu devrenin değişiklikleri kişinin bireysel ve sosyal problemlerini gelecekte bütün bir hayat süreci için etkiler, gerek biyolojik, bedensel ve zihni yapısını ve gerek karakter eğilimlerini ve kalitelerini tayin eder. Özellikle gelişmiş kültürlerde ayrı bir alt gurup olma özelliği gösteren gençlik; hareketi, tavrı, konuşma stili, kendine has lügati, giyim ve takıları, özentileri, değer yargıları, kendine has kültür anlayışı, kendine has müziği ve gençlik için özelleşmiş çarşısı, oyun ve eğlence yerleri ile toplum içinde adeta ikinci bir toplum oluşturacak ve ana kitlenin kültürel eğilimlerini de etkileyecek kadar etkinlik ve güç kazanır (2).

Amerikan Psikiyatri Cemiyetinin psikiyatri sözlüğünde adolesans, fizik ve emosyonel değişikliklerle başlayan, gerek seksüel, gerek psikososyal olgunluğa erişinceye kadar devam eden bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Dörtlan Medikal Sözlüğünde ise, puberte ile başlayan ve maturasyona kadar devam eden süreç olarak tanımlanmıştır. Buçağın kızlarda adetler, erkeklerde seminal boşalımın görülmesi ile başladığı kabul edilir. Araştırmacılar gençliğin başlama devresinde hemfikir oldukları halde bitiminin hangi yaşlar içinde olduğu konusunda kararsızdırlar. Adolesan döneminin bitim tarihi için 22-25 arasında değişik yaşlar tarif edilmiştir. Gençliğin bitiminin kız çocuklarında evliliğe giriş olarak kabul edilirken bu sınır erkek çocuklarında, müstakil bir yerde yaşama, kendi başına bir kazanç sağlayabilme, bir iş sahibi olma ve kendi iradesi ile geleceğini planlayabilmenin mümkün olduğu yaşların gençliğin bitiş yaşı olarak ifade edildiği görülmektedir (2).

Ülkenin geleceği, kalkınması ve çağdaş ülkeler seviyesine ulaşması herşeyden önce, yeterli eğitilmiş, seçtikleri meslek kollarını benimsemiş, idealist, çalışkan, dürüst ve inançlı üniversite gençliğinin çalışmalarına bağlıdır. Yıllardan beri üniversite gençliğinin değişik alanlardaki sorunları bilinir, zaman zaman dile getirilir, bazı temennilerde bulunulur (3).

Ergenlik dönemi, ruh hastalıkları riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Bu dönemde genç cinsel, toplumsal ve mesleki açıdan olgunlaşmanın ciddi sıkıntılarını yaşamaktadır. Bu sıkıntılar içerisinde aileden uzaklaşma, farklı ortamlarda farklı koşullarda yaşama, bağımsız davranma zorunluluğu gibi yeni sorunlarla üniversiteye başlayan genç insan için oldukça çalkantılı bir dönem başlamıştır (4,5).

18-26 yaş arası üniversite gençliği, sosyolojik ergenlik ve psikolojik yetişkinlik dönemidir. Olgun olan bireye bu dönemde yetişkinlik statüsü sunulmamıştır. Üniversite yaşamı içinde bireylerin farklı değer sistemleri içinde de yaşadıklarını ve beklentilerinin aksine iyilerin ödüllendirilmediğini fark ederler. Üniversite çevresinde geleneksel ahlak düzeni bulamamışlardır ve bu nedenle güvensizdirler (6). Üniversite öğrencileri geniş ölçüde problemleri olan bir gurup teşkil ederler (7-10).

Gençlerin olumsuz ruhsal yaşantılarını yalnız üniversite eğitim ve öğretim ortamının sorunlarına bağlamak imkansızdır (11). Çünkü onların ruhsal yaşantılarını etkileyen pekçok olumsuz faktörler söz konusudur (3,4,6,12-22)

Psikiyatrik bozukluklar akademik yaşam ve ders başarısında da en önemli etkenler arasındadır. Okulu bırakanlarda emosyonel problemlerin daha fazla olduğu (23) ve diğer öğrencilere göre 4 kat daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur (24). Üniversiteyi terk edenlerde en sık neden akademik başarısızlık ve bunun da en önemli nedeni psikiyatrik hastalıklar ve kızlarda gebelik olduğu gösterilmiştir (25). Emosyonel ve mental hastalık gösterenlerde sınav notları düşük olmakta (26), depresyonla fakülteyi terk ve düşük akademik başarı arasında önemli ilişki bulunduğu (27,28) ve başarıyı etkileyen en önemli faktörler arasında emosyonel faktörlerin fazla olduğu belirtilmiştir (29). Üniversite öğrencilerinde gerginliğin

erişkinlere göre daha fazla, daha genç adolesanlara göre ise şeklinin değişik olduğu ifade edilmiştir (30).

Bu yaş gurubundaki emosyonel problemlilerin tedaviye genellikle istekli oldukları ve iyi cevap verdikleri düşünülürse, üniversite tarafından mental sağlık servisi açılmasının, akademik hayattaki aksamaları azaltabileceği, entellektüel ve emosyonel olgunluğu arttırabileceği ve sonraki mental hastalıklardan korunmada yardımcı olacağı söylenebilir (31).

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinde psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve epidemiyolojik özelliklerinin saptanması amaçlandı. Bu geniş konuyu daraltmak için S.Ü.Tıp Fak. Psikiyatri Kliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatan üniversite öğrencilerinin servis ve poliklinik kayıtlarında, yatış dosyaları ve poliklinik kartlarında tespit edilebilen bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Öğrencilerin fakülte hastanesi psikiyatri kliniğine başvurma sıklıkları ve nedenleri incelenerek üniversite öğrencilerinin psikolojik uyum ve psikiyatrik durumları, karşılaştıkları psikolojik sorunlar hakkında bilgi edinilmeye çalışıldı. Yoğun psikiyatrik sorunları olan üniversite gençliğinin tıp fak. hastanesi psikiyatri kliniğine yansıyan problemlerinin tespiti ile sonuçta kliniğimizin üniversite öğrencilerine karşı tutumları ve verdiği hizmet değerlendirildi.

GENEL BİLGİLER

Üniversitede geç adolesan ve genç erişkinler bulunduğundan, hasta öğrencilerin geliş şikayetlerini genel psikiyatrik terimlerle ifade etmek zordur. Erişkin yaşama yönelen bireyde, emosyonel karışıklığın belirsiz ve gözden kaçabilen semptomları sık, mizaç oynamaları, anksiyete, depresif durumlar yaygındır. Muhakeme sapmaları, ilkel isteklere kayma, majik düşünme gibi psikoza yakın durumlar görülebilir (31).

Klinisyen, problemlili bir öğrenciyle karşılaştığında, problemin strese bağlı beklenen bir reaksiyon mu, yoksa nevrotik veya psikotik bir durumun erken işaretleri mi olduğuna dikkat etmelidir. Erik Erikson gibi teorisyenlerin ileri sürdüğü, bu yaş gurubuyla ilgili pekçok gelişimsel vazifenin dikkate alınması, altta yatan şaşırtıcı klinik durumun anlaşılmasında yardımcı olur (31).

Anna Freud, gençlik devresinde görülen bir kısım değişikliklerin gerçekte patolojik olmaktan çok, biyolojik ve kaçınılmaz bir süreç olduğunu ileri sürmüştür. Bu araştırmacı, gençlerde görülen sıkıntının, umutsuzluğun, kendisini yalnız hissetme halinin, soyut ve filozofik eğilimlerin, hür ve bağımsız olma özleminin, kendisini baskı altında hissetme duygusunun, sınırı iyi tayin edilmemiş öfkelerin, erotik patlamaların, homoseksüel ve heteroseksüel eğilim ve girişimlerin bu kaçınılmaz sürecin normal beklentileri olduğunu iddia etmiştir. Son yılların çalışmaları bu görüşleri doğrulamamış ve yukarıda belirtilen değişikliklerin normal bir gelişim içinde kabul edilemeyeceğini ortaya koymuştur. Araştırmacılar, normal gelişim gösteren gençlerde belirgin bir patolojinin görülmediğini tespit etmişlerdir (2).

Klinisyenler ve psikiyatrik tedavi ile uğraşanlar gençliğin ne zaman yardım ve tedaviye muhtaç olduğu konusunda kararsızdırlar. Bütün mesele, öncelikle gençlerde görülen bir değişkenlik epizodunun normal bir gelişim olayı mı, yoksa bir hastalık hali mi olduğuna karar vermektir. Bu sebeple gençlerde görülen ruhi bunalımlar ve hastalıklar konusunda son derece dikkatli olmak ve meseleye soğukkanlıkla ve akılcı yoldan yaklaşmak mecburiyeti vardır (2).

ERGENLİK:

Adolescence, latince gelişmek veya olgunlaşmak anlamına gelen "adolescere" sözcüğünden gelmektedir. Adolesans, çocukluğun bittiğini belirleyen ve erişkinliğe geçişi oluşturan, değişik başlangıç ve süresi olan bir periyottur. Biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç yönde gelişim görülür. Bunların hepsi birbirleriyle ilişki içerisindedir (32).

Biyolojik olarak başlama, kemik gelişiminde son hızlanma ve seksüel gelişmenin başlamasıyla belli olur. Psikolojik olarak, bilişsel gelişmede hızlanma ve kişilik şekillenmesiyle; sosyal olarak ise yakında gelecek genç erişkinliğin rolüne istemli olarak hazırlanmayla karakterizedir. Aslında bu periyodun sonlanması, adolesanın erişkinin bütün yeteneklerine uyum gösterdiğinde olur. Zamanlama ve süresi toplumlara göre değişir (32).

Genç erişkin ilk kez yaptığı işlerde sakarca hareketlerde bulunabilir, hatalı başlayabilir, emin bir sonuç almadan vazgeçer ve olgunlaşmak için çabası beceriksizce olabilir. Bütün bu gürültü ve karmaşıklığın nedeni adolesanın bağımsız bir birey olarak kendisini kabul ettirme girişimidir. Önceden sessiz, iyi huylu olan bireyler (8-12 yaş), asi, isyankar, küstah, agresif olabilir. Önceden çalışkan, dürüst olan bir öğrenci çalışmayı bırakabilir, hatta derslerden kaçabilir. Nazik ve saygılı öğrenci, kaba ve alaycı olabilir. Doğru ve açık sözlü bir çocuk, yalancı ve uğraşlarını gizleyici olabilir(33).

Adolesan çağı, erken (11-14 yaş), orta (14-17 yaş), geç (17-20 yaş) olmak üzere üç döneme ayrılabilir (32). Bazı kaynaklar adolesan dönemini 12-20 (33), 12-22 (14) yaşları arasında ele almış, bazı yazarlar ise gençlikle adolesansı aynı anlamda kullanarak ergenlikle başlayıp 22-25 yaşlarına kadar sürdüğünü ifade etmişlerdir. Adolesan dönemi erken ve geç olmak üzere iki döneme ayıran yazarlar da vardır (34-37).

Erken Adolesan Çağ (11-14): Pubertede oluşan biyolojik değişiklikler, gonadal, adrenal sistemler ve hipotalamik-hipofizer aksın kompleks etkileşimleriyle gelişir ve kontrol edilir. Hormonların aktivitesiyle pubertenin klinik görünümü oluşur

(primer ve sekonder seks karakterleri). Primer özellikler, üreme organları ve eksternal genital organlarla ilgili alanlar; sekonder karakteristikler ise göğüs, kalça, ses, saç gelişimindeki değişikliklerdir. Her iki sekste de 16 yaşında erişkin hormon seviyelerine ulaşılır. Fakat kızlar ortalama 11, erkekler 13 yaşında puberteye girerler. Karakteristik boy ve kilo artışı da kızlarda erkeklerden daha önce olur ve 11 yaşında kızlar erkeklerden hem daha uzun hem de ağırdırlar (32).

Büyümenin erken olması veya gecikmesi, akne, obezite, erkeklerde memelerde aşırı büyüme, kızlarda eşitsiz veya aşırı meme büyümesi bazı olgunlaşma sapmalarıdır. Tıbben çok önemli olmamalarına rağmen, sıklıkla psikolojik hasara neden olurlar. Bu dönemde adolesanda gerçek veya hayal edilen bir gelişim sapması, aşağılık duygusuna, düşük benlik saygısına ve güven duygusunun kaybına neden olabilir.

Kızlar puberteye erkeklerden 2 yaş daha erken girdiklerinden erken seksüel ilgi ve ilişkileri olabilmektedir. A.B.D.' de her yıl onlu yaşlarda 300.000 legal abortus olmakta ve 600.000 bebek doğmaktadır. Erkek adolesan sıklıkla libidinal enerjisini, seksüel impulsları doyurmada güvenli bir yol olarak gördüğü masturbasyona vermektedir.

Adolesan erken dönemde hala ailesine bağımlıdır. Ödipal hisler ve hatta karşı cins anne-babaya karşı seksüel fantaziler olabilmektedir. Genellikle bu düşünce ve hisler baskılanır ve adolesanın seksüelliği dışarıya yönelir. Hayranlıklar, tapılırcasına sevilen kahramanlar, sinema ve müzik yıldızlarının idealleştirilmesi bu dönemin özelliklerindedir. Okul ve okul uğraşları da aileden ayrılma sürecini hızlandırır. Gerçek dünya okul olur ve en önemli ilişkiler benzer yaş ve ilgilerin paylaşıldığı bu kişilerle olur (32).

Orta Adolesan Dönemi (14-17): Bu dönemde iki önemli biyolojik olay görülür. Erkekler boy ve kiloda kızları yakalarlar ve kızlarda menarş olayı önemli yer tutar. Seksüalite, vücut imajı, gebelik, erkek ve kızlık rolleri, popüler olma bu dönemin konu ve problemlerini oluşturur.

Bu dönemde değişik şekillerde seksüel davranış ve denemeler yaygındır Karşı cinse, sıklıkla yaşıit veya daha yaşlılara karşı tutkular sıklaşır. Homoseksüel denemeler de görülebilir. Fakat genellikle geçicidir.

A.B.D.'de ve Avrupa ülkelerinde çoğu adolesan, erken dönemde seksüel denemelerde bulunduğundan, her iki cinste de ortalama ilk seksüel ilişki yaşı 16 civarıdır. Bu yaşıin giderek daha erkene kayma eğilimi vardır. Halen 19 yaşına kadar erkeklerin %80' i, kızların %70' i cinsel ilişki yaşamışlardır (32).

Geç Adolesan Dönem (17-20): Belli başlı gelişme soyut ve mantıklı düşünmede olur. Bu gelişme süreci 11-12 yaşlarında başlar ve geç adolesan dönemde pik yapar. Geç adolesan dönemde nöral gelişme tamamlanmıştır ve kişi çevreye uyum gösterebilir hale gelir.

Çoğu kimse için geç adolesan ve genç erişkinliğin asıl başarısı iyi gelişmiş ve tanımlanmış bir ahlak duygusudur. Ahlak, toplumun paylaşılan standartlarına, doğrularına ve sorumluklarına uyma olarak tanımlanır (32).

Bağımlılık ve Kimlik Çözümlemesi: Adolesanın psikolojik durumu genellikle şu iki görevi yerine getirmesi olarak yorumlanır.

1. Bağımlılıktan bağımsız bir kişi haline geçme.
2. Bir kişilik gelişimini kurma.

Her iki görev de adolesan dönemde olur, erişkinliğe de yayılır. Bağımsız bir hüviyete geçmede ilk çabalar sıklıkla kurulan seks rolü ve kimliğinin konuları etrafındadır. Çocuęun eskiden seperasyonla başetmek için kullandığı tekniklere dönülebilir. Negativizm ortaya çıkar ("Hayır", "ben kendim yapabilirim, bana saçımın ne kadar olacağını söyleme" gibi). Bu negativizm, ailesine ve dünyaya karşı yetişen kişinin de kendi aklı olduğunu anlatma çabasıdır. Aileyle adolesan, arkadaşları, gurubu, okul, kurs veya düşünce noktalarında ve etik konularda tartışabilir (33).

Aileden ayrılma, fiziksel ayrılma ve bir değer sisteminden diğerine geçiş, öğrencinin kurulu bir düşünce ve davranış sistemini güçlendirmesi veya aynı zamanda yeni bir sistemle identifikasyonunun kabulünü gerektirir. Öğrenci, kendine ve yeni tanıdığı kimselere ve kendisinin edineceği becerilere güvenmeli ve saygı göstermelidir.

Kurulu bağımlılık rollerinin yeni otoritelere karşı yeniden yöneltmesi gereklidir. Bütün bunlar, utangaç genç adolesanlarda büyük anksiyeteye neden olabilir.

Eğer bağımlı olma ihtiyacı çok büyükse veya kabul edilen yeni değerler veya yeni kimlik, ebeveynlerin dışlanması biçiminde görünüyorsa, sonuç, ayrılma anksiyetesi veya depresyon olabilir. Seksüel davranışlar, intihar jestleri, aşırı yeme, ilaç ve alkol kullanımı, obsesif-kompulsif davranışlar ve başarıda düşme bağımlılıktan kaynaklanan şiddetli çatışmaların regresif görüntüleri olabilir. Eğer öğrencinin egosu ailesinden birisinin egosunun uzantısı olarak patolojik tarzda çalışıyorsa veya ailesine bağlılığı çok fazlaysa üniversite yaşamı bir psikotik reaksiyonu presipite edebilir (31).

Zamanla adolesan değişik kaynaklı değerleri kendi var olan değerleriyle karıştırır. Yeni bir şuur ve süpereo kurulur. Yaşam boyunca yeni yaşam koşulları oluştuğu süpereo değişebilmeli ve uyum gösterebilmelidir. Adolesan kendisini ailesinden bağımsız hissettikçe 3-6 yıl öncesinin sorusu tekrar sorulur, " ben kimim? ".

Erikson' un kimlik rol dağılımı dönemi (11-20): Erikson' un tarif ettiği bu dönemin ana görevi, kimlik duygusunun gelişmesidir. Kimlik kişinin kim olduğunu ve nereye gittiğini bilmesi olarak tanımlanır (33). Kimlik, kişinin kendisinin değişik özdeşimlerini bütünleştirme yeteneğinin bir sonucudur. Yakın zamanda ortaya çıkan seksüel dürtüler, entelektüel ve emosyonel kazanç ve sosyal rollerle birlikte özellikle ebeveynlerinin her ikisiyle özdeşimine bağlıdır (31). Adolesan dönemi sonunda kimlik krizi gelişebilir. Erikson bu krizi normal görür. Fakat bu dönemde başarısızlık anormallikle sonuçlanır ve bireyin belli bir kimliğe sahip olamamasına neden olur (33). Puberte ile başlayan kimliğin algılanmasındaki bütünleşme süreci üniversite yıllarında hızlanır ve sonuçlanır. *Kimlik dağılması*, yani zayıf kendilik bütünleşmesi birey değişik identifikasyonlarını gerekli aşamalara bütünleştiremediğinde görülür. Örneğin kariyer veya seksüel seçimini yapamadığında anksiyete, depresyon, uzaklaşma-soğuma veya yalnızlık hissi ve hatta psikozlar görülebilir.

Üniversite yıllarında değişik kimlikler ve aktiviteler prova edilir. Örneğin aşk maceraları veya ailesinin değerlerine karşı savaşma gibi. Eğer ego bütünleştirme yeteneğinde yetersiz kalırsa, çocukluk identifikasyonları ambivalan ise veya içsel

impluslardan ya da çevreden gelen baskılar aşırı derecede ise kimlik dağılması görülebilir (31).

Sıkı dostluk veya yalnızlık: Bu yıllarda öğrenci, aile bireyleriyle, diğer yakın arkadaşlık ilişkilerinin yerini değiştirmeyi öğrenir. İyi bir dostluk için önceden, diğer kişiye yakın olmasını sağlayacak, bir fikri benimsemeye veya bir uyarı, kendisini kaybetme korkusu olmaksızın veya aşırı ezilme hissine kapılmaksızın kabul ve ifade edecek kuvvetli bir ego kimlik hissi gereklidir. Başkalarına yakın olma, pregenital seksüel uygulamalara regresyon gibi nevrotik zorlukları veya şizoid savunma izolasyonunu uyarabilir (31).

Mesleki seçim: Adolesan, öğretmenleri, arkadaşları tarafından ve şuur altı kuvvetlerle bir meslek seçimine yönelir. Okulu devam ettiremeyen adolesanlar yeterli mesleki kimliğe sahip olmada engelle karşılaşırlar. Çoğu ekonomik zorluklarla depresyona girerler (32).

TEDAVİYİ GEREKTİREN ADOLESAN PROBLEMLERİ:

Adolesanlarda görülen zararlı davranışlar, zamanla değişme ve düzelme eğilimi gösterirler. Davranışı kendine ve başkalarına zarar verme eğilimi gösterdiğinde, tekrarladığında veya kronikleştiğinde (birkaç saat veya gün yerine günler ve haftalar boyu sürdüğünde) bir uzmana başvurulması konusu ciddi olarak düşünülmelidir. Bireyin yaşamını önemli derecede etkilemeyen, başkalarına zarar vermeyen, geçici ve sık olmayan davranış bozukluklarında, anlayışlı aile ortamında çözüm sağlanabilir ve uzmana başvurulmasına gerek kalmayabilir.

Uzman tarafından değerlendirilmesi gereken bazı problemler şunlardır:

1. Tekrarlayan suçlar: Hırsızlık, kişisel saldırı, tecavüz, sık ve aşırı alkol ve ilaç kullanma v.b.
2. Sosyal ve legal problemlere neden olabilen hamilelik, homoseksüellik, cinsel sapıklık gibi tekrarlayıcı ve aşırı seksüel davranışlar.
3. Sürekli okul başarısızlığı (kapasitesi normal olduğu halde).

4. Gerçek depresyon, üzüntü, ağlama, uykusuzluk, iştah kaybı, günlük uğraşları yerine getirmeme, intihar düşünceleri, mutsuzluk duygusu gibi uzayan ve tekrarlayıcı duygulanım bozuklukları.

5. Üretkenlikte azalma, zayıf okul başarısı, sosyal aktivitelere karşı ilgide azalma, yalnız geçirdiği vakitlerde artma veya aşırı hayalcilik ve gündüz rüyalarıyla birlikte aile ve arkadaşlarından uzun süreli ve tekrarlayıcı kaçma ve uzak durma.

6. Halüsinasyon, hezeyan, referans fikirler gibi mental belirtilerin olması.

Eğer bu semptomlar varsa veya adolesan kendisi yardım arıyorsa, ilk adımda aile doktoru ve okul psikoloğuna danışmak uygundur. Eğer onlar adolesanın davranışının normal sınırların dışında olduğunu düşünürlerse, kendileri tedaviye başlayabilir veya psikiyatriste gönderebilirler. Adolesanların problemleriyle başetmede, aile doktoru, psikolog veya sosyal çalışmacının etkili olması; problemin süresi ve ciddiyeti, adolesanlarla ilgili tecrübeleri, sabırlı ve anlayışlı olmaları, adolesanla yakın ve rahat ilişkiye girebilme kabiliyeti gibi pekçok faktöre bağlıdır. Eğer zorlanırsa veya 3-6 görüşmeden sonra bir ilerleme görmezse bu sahada uzmanlaşmış bir psikiyatriste göndermesi gerekli olur (33).

Adolesanda Problem Oluşturabilen Yağın Etkenler:

1. *Çocukluktan vazgeçme (Bağımlılık- korunma)*: Daha yaşlı kimseler tarafından korunma ve gözetilmede çok zevk ve haz vardır. Çocuk kalmayla büyük olma isteği arasında çabalayan adolesanın destek gerektiren bir çatışmasıdır.

2. *Bağımsızlık kurma (Aile ve diğer otorite figürlerine karşı isyan, başkaldırma)*: Kendine ve dünyaya karşı, artık gerçek otonom bir birey olduğunu ispatlamak için, adolesan genellikle abartılmış, bazen antisosyal hatta kendine zarar verici veya anlamsız davranışlarla bağımsızlığını gösterme yolları arar. Bu davranışları, onu ailesiyle ve diğer toplum otoriteleriyle tekrarlayan zorluklarla karşılaştırır. Bu tip davranış örnekleri, aileyle sık tartışmalar, eve geç gelme, okuldan kaçma, alkol kullanımı, marihuana v.b. toksik maddeler kullanma ve okul işlerinde başarısız olmadır. İlerlemiş kişisel saldırı, tecavüz gibi daha ciddi ve patolojik davranışlar da olabilir.

3. *Seks ve agresyona yönelme*: Bu emosyonel yönelmeler de endokrinolojik ve fiziksel gelişmenin getirdiği zorlamalardandır. Adolesan, artık seksüel ve agresif davranışlarını gerçekleştirecek hale gelmiştir. Bu yeni güçlerini denemek ister, fakat hamile kalma, veneryal hastalıklar, yaralanma, ölüm gibi muhtemel sonuçlardan da sakınır, ihtiyatlı davranır. Seksüel tabular kültürlerle belirlenmiştir. Adolesan yönelimlerini kültürel normlara uydurmak zorundadır.

4. *Boyun eğme ve başarılı olma yönünde baskılar*: Adolesan, akademik, sosyal ve ekonomik alanda başarılı olma baskılarıyla, kendi baş kaldırma ve boyun eğme arzuları arasında kalır.

5. *Yaşlıları tarafından kabul edilme ve onay alma baskıları*: Etraflarında kabul edilmek için antisosyal davranışlara girebilirler. Gurupların belli standartlarına (uzun saç, özel giysiler, hippice davranışlar gibi) uyarak kendilerini kabul ettirmeye çalışabilirler.

6. *Kimlik krizi (Hayattaki rolü, yaşama amacı, hedefi)*: Geç adolesan dönemde hayattaki rolü ve yaşamanın anlamı konularında filozofik sorularla kafası meşgul olur. Hayatını daha iyi bir dünya için sanat, din, ilim- irfana mı adayacağına karar vermek zorundadır. Ölüm ve anlamı hakkında düşünceleri olur. Seksüel rolünün aktif mi, pasif mi, heteroseksüel mi, homoseksüel mi olduğu belirlenmelidir. Bunların yanında, kızlarda, ev kadınlığı, annelik, iş kadını veya bunların kombinasyonu şeklinde mi rol benimsiyeceklerine karar verme gibi problemler olur. Diğer problemler; erkeklerle yarışma, akademik veya düşünsel konularda başarı ihtiyacı, erkeklerle olan ilişkilerinde kabul veya dışlanma, kadınların seksüel rolünün aktif mi, pasif mi olacağı gibi sorunlardır.

7. *Askerliğe yönelme (Muhtemel ölüme yönelme)*: Askerlik, yarım öleceğiz şeklindeki düşünce alışkanlığını veya fiziksel yeterliliği, kuvveti ve cesareti konularındaki şüphelerini ortaya çıkarabilir. Askerlik yaşamı, bazı gençleri daha kabullenmeye hazır olmadan erişkinliğe iter (evden ayrılma, seksüel aktivitede serbestlik gibi) ve sorun çıkarmadan kendi emirlerini kabul ettirmeyi uman üstleriyle sıkı temasta olmasını temin ederek otorite figürleriyle olan çatışmasını arttırabilir. Diğer taraftan, yiyecek,

giysiler gibi herşeyin korunduğu bir bağımlı atmosfer ortamı içinde güvenlik ve emniyet temin eder. Homoseksüellikle ilgili çatışmaları olan genç üzerinde kışla yaşamı büyük strese neden olabilir.

8. Seksüel davranış, alkol ve ilaçla ilk tanışma: Adolesanın fiziksel olgunluğu daha önce tamamlanabilmekle birlikte psikolojik gelişmesi geri kalır. Kadınlarda ilk seksüel ilişkide bulunma oldukça korkutucu olabilir. Kuvvetli seksüel dürtüleri ve merakı vardır fakat bu duygularını henüz bir bütün olarak ve kendisinin normal bir parçası olarak kabul etmeye ve seksüel davranışını ahlak, değerler ve süperego taleplerine göre adapte etmeye hazır değildir. Alkol ve ilaçlarla ilk tanışma da, arzular ve meraklılık arasında çatışma ve yasaklanmış olması nedeniyle sıkıntı vericidir.

Pek çok öğrenci mutaassıp, katı sınırlamalar koyan aile ortamından gelmektedir. Nedeni araştırıldığında bu tip kısıtlamaların aşağılık hissi veya moral olarak kısıtlanmış zeminle ilişkili olduğu anlaşılır. Öğrenci üniversite ortamında yalnız ailevi kısıtlamalardan ve gözetim altında olmadan serbest kalmamış, aynı zamanda serbestleşmiş davranışlarla birlikte her türlü seksin görüldüğü bir ortam içine dalmış olabilir. Seksüel davranış ciddi süperego çatışmaları ve ağır suçluluk veya isyankarlık duygularını doğurabilir.

9. Yeni öğrencinin problemleri: Üniversiteye yeni başlayan öğrenci, ailesindekilerle çatışan geniş bir değişkenlikteki yeni değerler, tutumlar, adetlerle ilk olarak karşılaşır olabilir. Bu çatışma, kendisi tarafından aile bağılılığına karşı bir bireyselleşme olarak anlaşılabilir ve bireyselleşmenin doğal seyri, ailesini dışladığı ve değerini düşürdüğü şeklindeki suçluluk dalgularını körükleyebilir.

Çocukların üniversiteye girişi sıklıkla aile tarafından erişkin sorumluluklarının kabulü olarak değerlendirilir. Fakat, bütün genç insanlar rahat, bağımlı durumlarından vazgeçmeye hazırlanmamışlar veya bunu şuur altından arzulamamaktadırlar. Ailelerinin kendilerini terk ettiklerini hissedebilirler. Aynı zamanda aile öğrencinin eve getirdiği yeni değerlere karşı toleranslı olmayabilir.

Yeni başlayan öğrencinin ilk şikayeti, başarı seviyesinde isteneni yakalayamamanın getirdiği depresyondur. Orta eğitimde, okulunda gözde iken,

üniversitede, kendisini eşit yetenekte olan diğerleriyle yarışma içinde bulur. Kendisinin kimliğinin temelini yeniden inşa etmeli ve sosyal ve akademik alanda kuvvetli yarışmaları tolere etmelidir. Çoğu yeni öğrencilerin kendisini kabul ettirmek için bazı özel ilgileri vardır ve bu alanda başarıyla yarışır.

Evden uzakta ailesine karşı oldukça ambivalan duygular içinde olan öğrenci, ailesi şuurlanmaya başladıkça, bundan önceki süprese negatif duygularıyla yüz yüze gelebilir. Suçluluk, anksiyete ve kendini küçük görme, bu duygulara eşlik edebilir.

Nevrotik aile ilişkilerinin parçası olan öğrenci, üniversite şartlarını tolere edemeyebilir. Eğer ayrılığın kendisi ve ailesi için zor olduğuna inanırsa, bağımsızlığı tolere edemeyecek ve sıkça eve dönerek hiç bir şey olmadığı konusunda güven temin edecektir. Ailesi de öğrencinin emniyeti için aynı şekilde tedirgin olabilir.

Eğer kötü bir evliliğin üyeleri olan eşler, ayrılmak veya boşanmak için öğrencinin üniversiteye gelmesini bekliyorlarsa, öğrenci, kendi yokluğundan dolayı ailesinin parçalandığını hissedebilir. Eğer öğrenciyle anne-babadan birisi arasında sembiyotik bağlar varsa, ayrılık bu kişinin yıkılmasını sembolize edebilir ve ekstrem olarak bir psikotik reaksiyona neden olabilir.

10. Nakil öğrenciler: Nakil yapan öğrenci, nakil kararını, kariyer seçimindeki değişikliğe, karakter ve üniversitenin birbirine uymamasına, maddi problemler veya evlilik gibi değişen yaşam koşullarına bağlayabilir. Sosyal ve akademik zorluğu olan öğrencilerin pek çoğu, birinden diğerine anlamsız nakiller yaparak problemlerini çözmeye yollar ararlar. Yeni yerinde problemlerden kopamadığının farkına vardığında, kişisel zorluklarını tanıyarak ve onlar için tedavi arayarak daha iyi pozisyona gelebilir. Şizofrenik öğrencilerin daha sık nakil yaptığını dair bulgular vardır (31).

Tanı Kategorileri ve Semptom Kompleksleri:

1. *Adolesansa uyum reaksiyonu:* Bu, çalkantılı, impulsif, emosyonel ve bağımsızlık çabalarının ifadeleri olan geçici uyum reaksiyonlarını içerir. Antisosyal, pasif-dirençli ve ihmalkar davranış, anksiyete, akademik ve disiplinle ilgili okul problemleri, hipokondriyak şikayetler, ajitasyon ve konfüzyonlu telaş durumları ve

intihar jestleri gibi değişik belirtiler olabilir. En önemli özelliği genellikle saatler veya günler içinde geçmesi, kalıcı olmamasıdır. Psikoz ve psikonevrozlar gibi altta yatan daha ciddi ve uzun süreli bozukluklardan ayrılması için, dikkatli değerlendirme gerekmektedir. Güncel semptomlar, çok şiddetli ve ciddi olabilir, fakat geçicidir. Sıklıkla semptomları presipite eden; aileyle tartışma, arkadaş kaybı, çete-dernekten çıkarılma, disiplin cezası, arkadaşlarının gözünden düşme gibi dış nedenler vardır. Bu gibi belirtiler, presipite eden olaylar üzerinde duran ve adolesanın duygularını rahatlatan anlayışlı bir doktor veya psikolog, sosyal çalışma uzmanı, rehber danışman gibi uzman çalışmacılar tarafından yardıma iyi cevap verirler.

2. *Sık rastlanan psikonevrozlar* (Anksiyete, konversiyon, obsesif-kompulsif reaksiyon): Belirtiler erişkinlerdeki gibidir. Aylar, yıllar boyu sürme eğilimi gösterirler. Sıklıkla, presipite eden faktör gösterilemez. Bununla birlikte, travmatik bir durumla karşılaşıldığında ağırlaşabilir. Belirtiler zaman içinde dereceli olarak başlar ve ilerleyicidir. Şiddetlerinde dalgalanmalar olabilir, fakat hiçbir zaman tamamen geçmezler. Anksiyete, kasılma, ağlama, depresif konuşma gibi belirtiler aile tarafından fark edilebilir ancak uykusuzluk gibi belirtiler hastanın sorgulanmasıyla tespit edilebilir. Hafif şikayetler adolesanın normal yaşamını etkilemez ve tedaviye ihtiyaç göstermeyebilir, ancak orta ve ağır derecede psikonevrozlar bir psikiyatrist tarafından tedavi edilmelidir. Tedavi edilmezse adolesanda kronik depresif durumlar, genç erişkinlikte ciddi nevrozlar gelişebilir. Psikonevrotik bireyler, erken evlilik, okuldan ayrılma, impulsif meslek seçimi gibi önemli kararları verirken daha çok yanılabilirler.

3. *Sık fonksiyonel psikozlar* (Şizofreni ve PMD): Erişkinlerdeki halüsinasyon, hezeyan, referans fikirleri, düşünce bozuklukları, aşırı hareketlilik, hızlı konuşma gibi belirtiler vardır. En önemli ayırıcı tanı, adolesanın uyum reaksiyonunun gürültülü tablosuyla yapılmalıdır. Akut gürültülü uyum reaksiyonunun belirtileri akut şizofrenik psikoza çok benzer olabilir. Kontrol etmek için hastaneye yatırılması gerekebilir. Bu psikozlar erişkinlerde olduğu gibi psikiyatrik tedavi ve akut safhada hospitalizasyon gerektirirler. Yatıştıklarında, psikolog ve psikiyatrist gözetiminde çalışan sosyal

çalışmacı gibi yetişmiş klinik personel tarafından takip tedavisi faydalı olur. Ataktan sonra psikiyatrist tarafından yapılan uzun bir psikoterapi tekrarlama sıklığını azaltabilir.

4. *Kşilik bozuklukları (Antisosyal, pasif-agresif kişilik vb.):* Tekrarlayan antisosyal, vandalizm, suç davranışları göstermesi halinde bu tanılar konur. Belirtiler izole olaylardan ziyade bireyin karakteristik davranış şeklidir. Doğru-yanlış arasındaki farkı anlar, fakat bu davranışını etkilemez. Antisosyal davranışı için sıkıntı, rahatsızlık ve suçluluk hissetmez ve cezalandırılmayla caymaz. Genellikle okul disiplin görevlileri, rehber danışman ve koğuş çalışanlarının dikkatini çekerler. Psikiyatrist tarafından değerlendirme, psikolojik testlerin kullanılması tanı koymada ve psikoz ve psikonevrozdan ayırmada yardımcı olur. Bariz anksiyetesi ve yardım arama motivasyonu varsa bazıları psikoterapiye cevap verebilirler. Çoğu psikoterapiye uygun değildir. En iyi şekilde yataklı kliniklerde, bu vakalarda tecrübeli ve eğitilmiş elemanları olan sosyal kurumlarda takip edilebilirler. Suçlarını tekrarlama eğilimi yüksektir. Kanunla ciddi problemleri olmasından korunabilirlerse bu başarı sayılmalıdır.

5. *Toksik ve organik psikozlar:* Konfüzyon, disoryantasyon, hafıza kusurları, deliryum, toksik ve organik psikozların belirgin semptomlarıdır. Erken veya hafif vakaların gözden kaçmaması için dikkat edilmelidir. Tedavi, mümkünse toksik ajanın eliminasyonuna ve mental kapasitenin ciddi olarak yetersiz olduğu durumlarda bireyi güçlüklerden korumaya yöneltilir.

6. *Psikofizyolojik hastalıklar:* Adolesanlarda peptik ülser, ülseratif kolit, astım, migren gibi psikosomatik hastalıklar görülebilir. Etkili uzun süreli tedaviler için kombine medikal ve psikolojik tedavi gereklidir. Medikal tedavi yalnız başına epizodu tedavi edebilir. Psikoterapi ve psikanaliz tekrarlama azaltmaya yardım edebilir.

7. *Mental yetersizlik:* Mental yetersizlik en kısa zamanda psikolojik testlerle tespit edilerek görüşme ve tedaviye başlanmalıdır. Mental retarde adolesan kendi kabiliyetleri doğrultusunda aktivitelere ve okul faaliyetlerine yöneltilmelidir. Başa çıkamayacağı görevlerin getireceği zorlanmalardan, mümkünse başkalarının alaylarından korunmalıdır ve elden geldiğince kendisine güvenme ve kendisinden

ümidi olma duygusu kazandırılmalıdır. Bunlar daha çok özel okul ve sosyal kurumlarda gerçekleştirilir.

8. *Adolesansta intihar*: İntihar daha çok geç adolesan dönemde siktir. Adolesan dönemde intihar jestleri, teşebbüsler, tehditler veya intiharla ilgili düşünceler olabilir. İntihar düşünceleri ve teşebbüsler nevrotik veya psikotik depresyona bağı veya histiriyonik kişilikte ve dikkat çekmek amacıyla olabilir. İntihar jestleri ve teşebbüsler yardım için başvuru olan bir iletişim mesajı olarak değerlendirilmeli ve mesajın anlaşılmasına çalışılmalıdır. Bu sadece adolesanın alaycı filozofik bir düşüncesi mi, bazı ufak sürtüşmelere ve uyumsuzluklara karşı abartılmış cevap mı, dikkat çekmek için başvuru olan bir yol mu, yoksa ağır bir depresyonu veya kederi gösteren daha ciddi bir sorun mu?

Sıklıkla intihar jestini veya teşebbüsü ilk farkedenden aile olur ve bir uzmandan yardım arayıp aramayacağına karar vermek durumunda kalır. Eğer depresyonun bariz işaretleri varsa (üzüntü, ağlama, sosyal ilişkilerden kaçma, ders ve çalışmaya ilgi kaybı, uykusuzluk, iştah kaybı, kendini küçük görme, kendini suçlama gibi) uzmana danışmak gereklidir. Daha önce mizaç dalgalanmaları olmayan bir gençte depresyon, intihar açısından daha ciddi değerlendirilmelidir.

Birkaç aspirin tableti alma, bileğini hafifçe kesme gibi durumlar intihar jesti kabul edilir. Ateşli silah, arter ve tendonların derin kesisi, büyük miktarda aşırı doz uyku hapi alınması, zehir veya genelde ölümcül olarak bilinen materyaller, tehlikeli yükseklikten atlama, ası, gaz inhalasyonu gibi gerçek intihar girişimleri ciddi karşılanmalıdır. Rahatsız edilmeyecek bir zaman ve yerde intihar teşebbüsü veya arkada not bırakmaması ciddiyeti artırır. Göz çıkarma, kastrasyon gibi anlamsız ve garip teşebbüsler, genellikle şizofreni veya psikotik depresyon gibi psikotik durumları gösterir.

Eğer gerçekten bir intihar olasılığı varsa psikiyatrik yardım gereklidir. Ailesi ilk olarak aile doktorunu arayabilir. Eğer o da intihar olasılığını düşünürse hastayı psikiyatriste göndermelidir.

9. *Depresyon*: Gençlik döneminde görülen depresif duygu ve belirtilerin sistematik ve uzun süreli olmayıp genellikle kısa süreli, geçici ve duruma bağlı olduğu izlenir. Gerçek depresyonu olanlarla geçici depresyonu olanlar ayırmalıdır. Bu dönemde depresyonların teşhisinde depresif bulguların yoğunluğu, süresi, ortaya çıkaran mantıksal sebep olmasına göre tanı koyma ve tedavi gerekliliği vurgulanmaktadır. Depresyon süresi uzadıkça intihar düşüncesi ve girişimindeki artışla birlikte daha yüksek oranda ölüm görülme riski de artmaktadır (38). İlgili ve çalışma kapasitesinde azalma genci kişisel ve sosyal aktivitelerden uzaklaştırarak yalnızlıkla şizofreni tanısını düşündürebilir (39).

ÜNİVERSİTE SIRASINDAKİ PROBLEMLER

A. Akademik performans problemleri: Öğrenci hastaların en sık şikayetleri çalışmada zorluktur. Kitaplarını bırakmayan öğrenciler de görülür fakat nadirdir.

1. *Entellektüel yetersizlikler*: Okuma problemleri, organik defisitler ve entellektüel defisitler genellikle erken yaşta ortaya çıkmalarına rağmen bazen üniversitede dikkati çekebilir. Bu öğrencilerin özel yardıma ihtiyaçları vardır. Yetersizlik duygularıyla gelen, depresyondaki öğrenciye yardım için psikiyatrist gerekebilir.

2. *Konsantrasyon güçlüğü*: Bazı öğrenciler saatlerce masa başında otururlar fakat düşüncelerini ödevlerine yöneltemezler. Öğrenci muhtemelen dersleriyle aile ve veya sosyal ilgilerini yer değiştirmiştir veya obsesif düşünceler, seksüel dalgınlıklar veya suçluluk hisleriyle çalışması engelleniyordur. Dalgınlık kaynağının açığa kavuşturulması ve altta yatan probleme yönelmek çalışma blokunu kırmak için gereklidir.

3. *Çalışma iktidarsızlığı*: Öğrenciler bazen müfredat dışı konularda başarılı olurlar fakat akademik çalışma yapamazlar. Bunun nedeni, bazen basit olarak yeni sosyal olaylara uyumun, akademik görevlerinden daha ilgi çekici olması olabilir. Bazen kendine yetme ve kendine güvende özel bir yetersizlik onu amaçsız bırakabilir ve ona, ne yapacağını söyleyecek, ailesinin yerini alacak yeni bir otoriteyi celbedeceği

düşüncesiyle başarısızlıkta ümidi olabilir. Bazen de ödipal kaynaklı şuur altı çatışmalar, kızgın yarışmacı baba tarafından misillenme korkusuyla çalışma ve öğrenmeyi etkileyebilir.

Şuur altı kuvvetlerin çalışmayı ve akademik başarıyı etkilediği durumlarda, içgörü oryantasyonlu tedavi en değerli fakat istenildiği kadar yeterli olmayan terapi yöntemidir. Dinamik oryantasyonlu terapi ve sınırlı amaçlı içgörü terapisi bu gruptaki pek çok öğrencinin acil problemlerini yatıştırır.

4. *Düşünce bozuklukları*: Genel olarak uyumları zayıf olan borderline şizofrenik ve psikotik öğrenciler üniversite çalışmalarında büyük zorluklar yaşarlar. Üniversitede olmanın stresi egoyu dekompanseasyona doğru kaydırır. Bazı çalışmalar için gerekli olan organizasyon ve özetleme yerine, donuk düşünme ve konfüzyon olabilir. Ciddi olarak sarsılmış egolar bazen başkalarının yazdıklarını okuduklarında onlarda kişilik kaybı hislerini presipite edebilir ve anksiyete uyandırabilir.

B. Seksüel Kaygılar:

1. *Bakirelik*: Üniversite öğrencilerinde, her iki cinste de bakirelik hakkında kaygılar sık çatışma kaynaklarındandır. Bakirelik üzerindeki çatışma derin psikolojik bir seksüellik korkusuna, diğerlerine yakın olma korkusuna veya çözülmemiş seksüel kimlik çatışmasına neden olabilir.

2. *Sevişme, cinsel ilişki kurma ve kurallar*: Başkalarıyla sevişme kaygıları bir çatışma değeri veya seksüel kimlik problemleri, preödipal ve ödipal çatışmalar gibi daha derin kaygıları ifade eder.

3. *Seksüel karmaşıklık*: Bu terim sıklıkla tek karşılaşmalı cinsel ilişkide bulunmak şeklinde, genellikle kadın cinsel davranışı için kullanılmıştır. Genellikle orgazma ulaşılmamaktadır. Üniversiteli kadınlarda seksüel karmaşıklık ve mental bozukluklar arasında doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. Bu davranış sıklıkla, bağımlılık ve sevilme, bakılma ihtiyacı üzerindeki ağır çatışmaları ifade eder. Öğrenci, olgun arkadaşlıklar içinde doğru bir ilişki yoluyla sevgiyi elde edememekte, sık ve sevgiyi kısa süreli seksüel ilişkilerin anlık hazlarında aramaktadır. Suçluluk duygusu ve sosyallikten izole olma duygusuyla sonuçlanan bu durum, onun yalnızlığını ve düşük

benlik saygısını arttırmaktadır. Karmaşık seksüel davranış borderline psikotik bir kadının psikoza doğru dekompanseasyonunun sonucu da olabilir.

Depresyon, hamile kalma ve veneryal hastalıklar geliştiğinde karmaşık seksüel ilişkilerde bulunan bu üniversiteli kadınları tedaviye getirir. Uzman, bu hastaların seksüel davranışının emosyonel önemi konusunda bilinçli olmalıdır. Karmaşık seksüel ilişkilerde bulunan bir erkek şuur altındaki homoseksüel hislerine karşı kendisini savunmak için daha yakın ve daha matür bir ilişkiye kaçıyor olabilir veya Don Juan rolü oynuyordur.

4. *Gebe kalma ve korunma:* Evlenmemiş öğrencilerin seksüel serbestliği, hamile kalana kadar ona bir zorluk çıkarmayabilir. Hamile kaldığında ise genellikle şok olur, ciddi anksiyete, suçluluk ve utanç duyar. Hamilelik okul hayatını ve ailesiyle ilişkisini bozar. Psikiyatrist, anne-babasıyla temas kurmasında, alternatifleri beraber görüşerek ne şekilde davranacağına karar vermesinde yardımcı olabilir. Evlenmemiş genç bayanlar için korunma metodlarının tavsiye edilmesi moral ve legal yönlü bazı komplikasyonları getirir. Üniversite yönetimi bu bilgileri içeren broşürler dağıtmış olabilir. Hastanın sağlığı primer amaç olmalıdır. Karmaşık seksüel ilişkilerde bulunan bir kızın tedavisinde, patolojik seksüel davranışı duruncaya kadar, hamile kalmasını engellemek için her çaba yapılmalıdır. Diğer taraftan, doğum kontroll hapı tavsiye edilmesi öğrenciler tarafından daha geniş seksüel aktivite için müsamaha olarak anlaşılmakta ve bu da başka sorunlar doğurmaktadır.

5. *Mastürbasyon:* Mastürbasyon sonrası suçluluk duygusu sıklıkla dini duygular veya mastürbasyona eşlik eden fantazilerden kaynaklanır. Mastürbasyonun, fizik veya mental zarara neden olduğu konusunda yaygın kanaat vardır ancak hala bilgilendirilmeye ihtiyaç vardır. Çoğu öğrencide mastürbasyonun, yapılamayan seksüel ilişkinin yerine geçtiği kabul edilir. Bir günde pek çok kez, kompulsif bir şekilde, çok zevk alınmadan yapılan aşırı mastürbasyon, anksiyete ve diğer yaşam olaylarıyla başa çıkma veya seksüel zihin meşguliyetinin bir ifadesi olabilir. Psikoza doğru gidişin bir sinyali de olabilir.

6. *Homoseksüel panik*: Bazı panik atakları şuur altı homoseksüel hislerden kaynaklanmaktadır. Bu ataklar, yurt yatakhanelerindeki yakın yaşam koşullarından, sporcuların soyunma odalarında birine şuur altından ilgi, bir yakın arkadaşlık şeklinde veya bir homoseksüel tarafından sarkıntılıktan sonra olabilir. Daha az olmakla birlikte kız öğrencilerde de homoseksüel panik görülebilir. Homoseksüel hislerin bazı derecelerde şuurlu olması beklenebilir. Bu durumda ikna edilme genellikle yararlı olur. Diğer durumlarda hazırlayıcı terapi olmaksızın yorumdan kaçınılmalıdır. Bu ataklar bağımlılık veya pasiflik üzerindeki daha derin çatışmaların seksüalize yüzeyel ifadesi olabilir. Bu gibi durumlarda etiketlemek ve bireye homoseksüellik problemi var şeklinde davranmak asıl problemi tedavi etmeyecektir. Yine homoseksüel paniğin, paranoid gelişimin işaretlerinden biri olabileceğini unutmamak gerekir.

7. *Homoseksüellik*: Homoseksüel erkek öğrenci, ilk olarak bu seksüel seçimi ortaya koyduğunda nasihat etmek, yönetim ve kanuni otoritelerle sürtüşmelerden kaçınmak için bu seksüel davranışını kontrol etmesine destek vermek gerekir. Homoseksüel olmayan erkeklere sarkıntılık girişimi yapmaması için tembihlemek uygundur. Hasta genellikle seksüel seçimini değiştirmek arzusunda değildir. Homoseksüel impluslar, fantaziler veya davranışlar üzerinde çatışma içinde olan öğrenci, erkeksi kimliğin gelişmesinde bloğun açığa çıkarılması için araştırıcı terapiye alınmalıdır. Heteroseksüel uyum, özellikle biseksüel bir ilgi varsa olasıdır. Eğer terapist, homoseksüel seçimin değiştirilemeyeceğini hissederse, anlayışlı olma, kabul etme ve destekleme, hastanın toplum dışına itilme duygularının dengelenmesinde ve kendi özsaygısının korunmasında yardımcı olur.

C. İnsanlar Arası İlişkilerde Zorluklar: İnsanlar arası ilişkilerde zorluk şikayeti çok değişik durumlara işaret edebilir. Öğrenci hiç arkadaşı olmadığı için kendi isteğiyle yardım arıyor veya psikiyatriste tavsiye sonucu veya arkadaşları, okul doktoru veya başka birinin göndermesiyle gelmiş olabilir.

1. *Dışlanmış öğrenci*: Öğrencilerin bazıları üniversite şartlarına apati, can sıkıntısı, mutsuzlukla karakterize bir davranışla cevap verirler. Yasak ilaçlar kullanma

ve anlamsız seksüel davranışlar sık uğraşlardır. Bu gibi öğrencilerin çoğu şizoid ve depresedir, fakat diğer tanı kategorileri de olabilir.

2. *Histerik dışlanmış öğrenci:* Histerik öğrenciler dışlanma dahil bütün durumlara dramatik şekilde tepki verirler. Bozulan bir arkadaşlık, bir kötü not veya bir söz, panik oluşturabilir. Ağlama, impulsif davranış hatta intihar gösterileri olabilir. Füg, disosiyatif durumlar ve nöbetler görülebilir. Bu olaylar dramatik bir şekilde, devamlı, arkadaşlar, üniversite yöneticileri, bazen polise karşı olur. Tedavisiz veya bir saatlik bir görüşme ile dramatik düzelmeler olur. Bazı vakalarda trankilizan verilmesi veya revirde bir gece kalması gerekir. Takip görüşmeleri, altta yatan daha ciddi patolojik durumları göstermede değer taşır. Heyecanlarının farkında değildirler. Premorbid kişilikleri tespit edilmeli ve daha ileri tedavi planlanmalıdır.

3. *Deprese öğrenci:* Çoğu vakada deprese öğrenci kolayca tanınır. Depresyonun genel semptomları; iştahsızlık, uyku bozuklukları, değersizlik duyguları ve genel mutsuzluk onları doktora getirir. Çoğu da üniversite yöneticileri tarafından tanınır. Somatik şikayetler okul doktorunu uyarabilir. İzolasyon, çekilme veya depresif görünüm öğretmenin veya koğu gözlemcisinin dikkatini çekebilir.

Depresyon reaktif veya endojen olabilir. Anne-babadan birinin ölümü, üniversite öğrencisi için özellikle zor bir emosyonel problemdir. Biten bir aşk macerası, zayıf notlar veya ailevi problemler de depresif reaksiyonlar geliştirebilir. Endojen depresyonlar özellikle tehlikelidir ve dikkatle takip edilmelidir. İntihar, mutsuzluktan kurtulmada kolay bir çözüm olarak planlanabilir. İntihar sıklığı aynı yaş gurubuna göre üniversite öğrencilerinde daha fazladır. Çoğu vakada öğrenci hiç veya az ikaz verir. İntiharla kültürel yetişme ve akademik durum ilişkisi hakkında belirgin korelasyon yoktur. Üniversite öğrencisinde depresyon tedavisi genel popülasyonda olduğu gibidir. Çabuk yardım ve destek, bu yaş gurubunda sıklıkla çabuk etki etmekte ve ağır depresif reaksiyona gidişi engellemektedir.

4. *Borderlayn veya psikotik öğrenciler:* Bu öğrenciler kronik psikoz semptomlu ve akut psikotik reaksiyonla ortaya çıkanlar olmak üzere ikiye bölünebilir.

Kronik borderlayn veya hafif şizofrenik öğrenciler diğer öğrenciler gibi aynı problemleri gösterebilirler. Konsantrasyondaki güçlük şikayetleri, anlamsız düşüncelerin zorlamasından da olabilir. Şaşkınlık, sersemlik veya korkunç gece kabuslarından şikayet edebilirler. Davranışının ne kadar acayip ve anlamsız olduğunu kavramayabilir. Uygunsuz işaretler, sözler ve diğer yazılı materyallerle sınıfta veya sınav esnasında dikkati kendine çekebilir. Herhangi bir durumsal baskı, paranoya, mani ve diğer psikotik reaksiyonları uyarabilir. Bu öğrenciler sağlık servislerince hassas, destekleyici ve devamlı ilişki gerektirirler. Trankilizanlar son derece yardımcı olabilir. Zor bir dersi veya bir süre için okulu bırakma gerekli olabilir.

Akut psikotik reaksiyon, psikiyatrik acil bir sorundur. Erken ve dikkatli bakım, uzun süreli yararlı etkiler sağlayabilir. Çoğu psikotik öğrencilerle çalışmak zor değildir, ancak paranoid epizodların cinayet içeriği olabilir ve hastayı göz altına almak gerekebilir. Anne- baba ve diğer görevliler bilgilendirilmelidir. Hastaneye yatırılması ve okuldan ayrılması konusunda aileyle kooperasyon gereklidir.

5. *İlaç kötüye kullanımı ve alkol*: Alkolizm üniversite öğrencilerinde seyrekdir. Arasına olan kısa reaktif alkolizm periyodları olabilir ve destrüktif davranışa işaret eder. Eğer okul düzenlemeleri katıysa, içme problemleri genellikle üniversite yöneticileri tarafından takip edilir.

Çoğu ülkede halüsinojen ve diğer ilaçların geniş kullanımı büyük ciddilik taşıyan bir problemdir. Halen kullanılan droglar marihuana, dekstroamfetamin, barbütirat, metamfetamin, LSD, ve bu drogların karışımları ve analoglarıdır. İlaç kötüye kullanımını, sosyal, nevrotik ve psikotik olmak üzere değerlendirmek yararlı olur. Sosyal kategori; merakın getirdiği denemeleri ve akranlarından oluşan gurupta kalma çabasını içerir. Öğrencilerden azı legal veya medikal riskleri hesaba katarlar.

Nevrotik ilaç kullanıcıları, devamlı hoşnutsuzluklarından kurtulmayı temin için aldıklarından bağımlılık riski taşırlar. Devamlı metamfetamin kullanımı 7-10 günde toksik psikoz oluşturabilir. Süregen, aylarca aşırı marihuana kullanımı emosyonel bağımlılık oluşturabilir, aynı zamanda gerçeği algılamada azalma olur ve bu öğrenciler, argoda "afyon kafalı" tabir edilen, etraflarındaki dünya ile ilgide kaybolma

tanımlarlar. Kognitif ve yaratıcı yetenekler azalır, duygulanım fakirleşir. Psikodinamik terimlerle bu ilaçların kullanımı depresyon, kimlik problemleri, güvensizlik ve kompulsif düşüncelerle başa çıkma çabası olarak gözükmektedir. Şüphesiz bu ilaçların kullanılması onların güçlüklerini daha da arttırmaktadır. İlaç kullananlar benzer kişilerden oluşan guruplara ait olma ile güven bulurlar, ancak izole bir sosyal tabaka ile identifikasyon geliştirirler ve genel güvensizlikleri çözülmemiş kalır.

Psikotik ilaç kullanıcıları; bir ilacı kullanarak gerçekten uzaklaşmalarını arttırabilirler veya bunları kronik olarak almaları intihar eşdeğeri olabilir. Benzer şekilde marihuana veya herhangi bir psikotrop bileşik bu kişilerde akut psikoza doğru dakompansasyonu geliştirebilir.

Narkotik, trankilizan, barbitürat ve amfetaminlere karşı gerçek bağımlılık üniversitede nadir görülür. Bunların kesilme semptomları ve tedavileri için hospitalizasyon gerekir. İlaç kullanan öğrencilerde, tanı ve altta yatan bozukluğun tedavisinin yanında, psikiyatrist bu alanda eğitici olarak da gerekli servisi oluşturabilir. Öğrencilerin ilaç kötüye kullanımının fiziksel, emosyonel ve legal riskleri hakkında bilgilendirilmesi kontrolün sağlanmasında en etkili yoldur. Böylece öğrencinin kendi düşüncesini oluşturması sağlanır.

LSD ve amfetamin psikozları diğer psikotik reaksiyonlar gibi tedavi edilir. Klorpromazin 50-100 mg IM, LSD kullananlarda kötü bir seyahati sonlandırabilir. İçgörü oryantasyonlu ve destekleyici tedavi, anksiyete ve depresyonla daha doğal yollarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir.

D. Mezuniyetle İlgili Endişeler: Son yıllarına geldiklerinde öğrencilerin çoğu kariyer, askerlik, mezuniyet sonrası eğitim ve evlilikle ilgili son kararlarını vermeye yüz yüze gelirler. Eğer üniversite bağımlılığı uzatma görevi gördüyse, bu durumun getirdiği karmaşıklık, genellikle yetersiz bilgi zemininde ağır çatışmalar doğurabilir. Basit anksiyeteden psikotik reaksiyonlara kadar her tip reaksiyon bu stresin sonucu olarak oluşabilir. Üniversitenin getirdiği emosyonel işlevlerin araştırılması ve geleceğe yönelik olası tutumların tartışılması terapinin odak noktasını oluşturur.

E. Okuldan Ayrılma: Depresif veya psikotik reaksiyon gelişen öğrenci, eğer bozukluk bütün stresli aktivitelerden uzaklaşmayı gerektirecek kadar ciddi ise, okulu bırakmak zorundadır. Eğer okul, rutin uygulamalarda değişikliğe izin vermede yeterince esnek değilse daha hafif problemleri olan diğer öğrenciler de bırakmak zorunda kalırlar. Örneğin bazı öğrenciler gece hastası olduklarında okula devam edebilirler, yakın bir hastanede kalır ve gündüz derse gelebilirler veya daha yakın ilgi gösterilip akademik sorumlulukları hafifletilebilir.

Anksiyöz ve ajite bazı öğrencilere okulda kalmaları halinde okulun gerektirdiği çatışmaları açan terapiyle yardım edilebilir. Şuur altından anne-babasından intikam almak veya mazohistik zevk kazanmak için dersinde başarısız olabilir veya ilgilenmemeye başlayabilir. Bu öğrencinin problemi, özellikle bu, altta yatan karakter bozukluğunun göstergesi ise kısa psikoterapiye az cevap verir.

Öğrencilerin bir kısmı da impulsif tarzda veya bir panik sırasında okuldan ayrılırlar. Bu nedenle ne okulda ne de psikiyatrist tarafından yapılacak görüşme ve yardımları imkansız kılarlar.

F. Mezun Öğrencinin Problemleri: Mezun öğrenci çatışmalarını daha semptomatik bir yolla ve gelişmiş emosyonel yapısı sayesinde atlatabilir. Evlilikle ilgili problemler için yardım arayabilir. Mezun öğrencilerin pekçok karakteristik güçlükleri vardır. Büyük maddi baskılar altında kalabilir veya anne-babasına, okuluna ve karısına karşı uzamış bağlılığıyla alakalı depresyon ve baskılanmış öfkeyle uğraşıyor olabilir (31).

ADOLESANDA EMOSYONEL PROBLEMLERİN TEDAVİSİ

Gönderilme yolları: Emosyonel problemleri olan adölesanlar genellikle aile, okul yetkilileri tarafından ilk olarak tanınırlar. Daha az sıklıkta polis ve yatakhane yöneticilerinin dikkatini çekerler. Eğer okulda problemleri olan bir adölesan tespit edilirse, genellikle dekan, öğretmen, rehber danışman, psikolog veya konsultan psikiyatrist tarafından gönderilir.

Adölesanı idare ve tedavi edecek uzman: Adölesan başa çıkılması güç bir bireydir. Bu nedenle psikiyatristin bu yaş gurubu için özel eğitimi ve tecrübesi

olmalıdır. Onların özel problemleriyle ilgilenmelidir. Onların bakış açısından bakmalı, anlayışlı olmalı, manipüle edilmeyecek kadar sıcak, ama tercih edilen, yürüyen bir arkadaşlık kurabilecek kadar sıcak kanlı olmalıdır. Eğer terapistte bu özellikler varsa, spesifik uzmanlık durumuna bağlı olmadan çoğu adolesan problemleriyle çalışabilir. Yakında olan ve bilinen bir dış kaynaklı neden varsa veya yalnız kriz boyunca destek ve yardım gerektiği düşünülüyorsa, zamanı ve deneyimi olan bir aile doktoru, okul psikoloğu veya rehber danışman, psikolojik eğitim görmüş din görevlisi veya psikiyatrik sosyal çalışmacı tarafından sahiplenilebilir. Hem tanı konulması hem psikoterapi ihtiyacının gösterilmesi için en iyisi psikiyatrist tarafından değerlendirilmesidir.

Emosyonel problemlerinin uzun süreceği, orta veya ağır şiddette olduğu, geleceğe yönelik ciddi sorunlar taşıdığı (psikotik, borderlayn psikotik, orta ve ağır kronik psikonevrotik, psikosomatik hastalık, kişilik bozuklukları gibi) kanaatine varıldığında seçim, tercihen konuda uzman, en azından ilgili bir psikiyatrist olmalıdır. Bazen psikiyatrist olmayan, klinik psikolog veya psikiyatrik sosyal çalışmacı gibi bir bireysel terapist, ciddi adolesan problemlerinde başarılı olabilir. Bununla birlikte yoğun ve uzun bir terapi indike ise, seçilecek uzman kişi psikiyatrist olmalıdır. Kısa süreli (1-12 görüşme) ve destekleyici tip terapi psikiyatrist olmayanlar tarafından yapılabilir.

Adolesanların psikiyatrik tedavisinde terapist: Terapist her hastanın emosyonel seviyesine göre hitap etmelidir. Hasta, anlayışlı, orta derecede katı, tehdit etmeyen ve eleştiri yapmayan, hastayı bir birey olarak kabul eden, tutarlı olan bir anne-baba figürü aramaktadır. Hasta terapisti kabul etmede ve güvenmede zorlanacaktır. Bundan dolayı terapist, hastanın gönlünü kazanmalı, hastaya olan ilgisini ispat etmeli ve konuşmalarda erişkinlerde beklenenden daha aktif olmalıdır. Genç adolesanlarda, hastayla aynı cins olan bir terapist, sıklıkla erkek veya kadın modeli olarak kullanılacağından arzu edilebilir. Geç adolesanlarda temel seks identifikasyonları yerleştiğinden terapistin cinsi o kadar önemli değildir.

Adolesanın tedavisinde kullanılan tedavi tipleri:

A. Bireysel Psikoterapi:

1. *Destekleyici psikoterapi:* Bu tip terapi adolesan uyum reaksiyonlarında, hafif psikonevrotik bozukluklarda, hafif depresyon, postpsikotik adaptasyon reaksiyonlarında ve dışarıdan presipite eden bir sebebin asıl rol oynadığı düşünülen durumlarda indikedir. Yoğun psikoterapinin mümkün olmadığı, hastanın az motive olduğu, kavrayamadığı veya psikolojik olarak içgörü terapisini kabul edemediği daha ciddi bozukluklarda da kullanılabilir. Bazı borderline psikotik bireyler yoğun psikoterapi ile daha bozulabilirler. Savunma mekanizmaları nevrotik özellikte olan bazı hastalar, travmatik bir olay görülene kadar iyi idare ederler. Bu gibi kişiler, mevcut savunma mekanizmalarını destekleyici terapiye daha iyi cevap verirler. Destekleyici terapi, yalnızca eğitimli kişiler tarafından yapılmalıdır (Psikiyatrist, psikolog ve iyi eğitim görmüş, süpervize edilen psikiyatrik sosyal çalışmacı gibi).

Destekleyici tedavinin fonksiyonu, dinleyerek, cesaret vererek, aydınlatarak, sorulara cevap vererek ve yardım olmaksızın dış ve iç problemlerle hastanın başa çıkabileceği zamana kadar stresli dönemde telkin yaparak, anlayışlı ve sempatik fakat güçlü bir şekilde hastayı hazırlamaktır. Tedavi seansları haftada ve ayda bir arasında değişebilir, hatta "gerektiğinde" diye tasarlanabilir. Haftalar ve aylar sürebilir.

2. *Kısa süreli psikoterapi:* Kısa süreden maksat belki 15 görüşmelik bir üst sınır veya okul süresince haftada bir kadar görüşmeyi amaçlamaktadır. Üniversitelerin mental sağlık merkezlerine gelen öğrencilerin çoğu, iki veya üç görüşmeye devam ederler. Bu gurup bütün tanısal kategorileri içerdiğinden mental sağlık merkezleri pekçok durumsal problemle uğraşırlar.

Üniversite öğrencileri, kısmen direktif olan ve dinamik oryantasyonu sürdüren bir terapistte fevkalade iyi cevap verirler. Terapistte onunla konuşmak için gelirler fakat yalnız bununla kalmaz, terapisti gerçek bir insan örneği olarak gözlemlerler.

Normal bir öğrencinin pek çok ilgi ve aktivitesi vardır, akut hoşnutsuzluklardan kurtulduktan sonra uzun süreli medikal veya psikiyatrik tedaviyi

istememez. Asıl çatışmanın ortaya çıkarılması ve açıklığa kavuşturulması sıklıkla yeterli olur. Böylece gelişimi normal olarak devam edebilir (31).

3. *Yoğun, derin veya içgörü psikoterapisi:* Bu tip terapi orta ve ağır şiddette psikonevroz, fonksiyonel psikoz, kişilik bozuklukları (hastada tedavi için motivasyon oluşturacak yeterli anksiyete veya suçluluk hissi olduğunda) ve psikosomatik bozukluklarda (hasta düzelmek için yeterli şekilde motive olduğunda) indikedir. Bu terapi dinamik psikoterapik teknik veya psikanaliz eğitimi olan psikiyatrist tarafından yapılmalıdır.

Yoğun psikoterapinin esası; iç görü kazanmasında veya iç veya dış strese karşı yaptıklarında, niçin reaksiyon verdiğini anlamasında hastaya yardım etmek ve bu iç görüyü günlük yaşamında uygun durumlarda yararlı kılmaktır. Geçmişteki tecrübe ve emosyonel durumlarını, özel bir stresin ve ona karşı olan reaksiyonun altta yatan anlamını, hastanın kendi terimleriyle anlamaya çalışmakla yapılır. Aynı zamanda terapist destekleyici bir rol oynayabilir. Bu seansların sıklığı haftada bir, birkaç defa olabilir ve tedavinin iki üç yıl sürmesi gerekebilir (33).

Pahalı olması ve uzun süre gerektirmesi nedeniyle psikanaliz genel olarak üniversite öğrencileri için uygun değildir. Üniversite öğrencilerinde nevroz ve kişilik bozuklukları gibi yerleşmiş bozukluklardan ziyade geçici bozukluklar ön plandadır. Böyle bozukluklar olduğunda yoğun dinamik oryantasyonlu terapi daha faydalı olacaktır.

B. Gurup tedavisi:

Sosyal olarak beceriksiz ve çekingen öğrenciler için gurup tedavisi; koruyucu bir ortamda, sosyal girişken yaşlıları tarafından gelen, güven ve birbirlerini desteklemeleri öğelerini gösterir. Uzun süreli bireysel tedaviler için uzman bulunması zordur. Diğer taraftan gurup tedavisi bireyin kendi kendisine yetebilir olmasını garanti etmez ve eğer gurup değişik fakülte öğrencilerinden oluşuyorsa değişik eğitim ve akademik uğraşlar gurubun devamlılığını etkiler (31).

Gurup tedavisi adolesanın pekçok bozukluğunda kullanılabilir (psikoz, psikonevroz, bağımlılık, kişilik bozuklukları gibi). Gurup, benzer hastalıkları veya aile

bireylerini kapsayabilir. Gurup tedavisi, hastanın, başkalarının da benzer problemlerinin olduğunu görmesini, onların bu problemler karşısındaki düşünce ve hislerinin neler olduklarını bilmesini, guruptaki bireylerle dinamik etkileşime girerek kendi reaksiyonlarına iç görü kazanmasını sağlar. Bu tip terapiler, bu teknikte eğitilmiş psikiyatrist, psikolog veya psikiyatrik sosyal çalışmacı tarafından yapılabilir. Gurup tedavisi yalnız veya bireysel psikoterapiyle birlikte yapılabilir. Gurup seanslarının sıklığı haftada bir-iki veya hafta aşırı olabilir, süresi birkaç ay, bir yıl veya daha fazla olabilir.

C. Danışma: Bazı ülkelerde, çoğu üniversitede değişik seviyede uzman çalışmacıların oluşturduğu danışma servisleri bulunur. Bu bölümlerin hüner ve yeterlilikleri büyük ölçüde uğraşabilecekleri problem tiplerini belirler. Danışma servislerinin aktiviteleri çalışma ve kariyer problemleriyle sınırlıdır ve ikincil olarak problemlili öğrencileri dinleyen bir kulak görevi görürler. Bu servisler genellikle takip etmedikleri problemleri havale etmek için psikolojik test ve teknikleri içerirler.

Kampüsteki diğer ilgililer öğrencinin emosyonel problemlerinde yardımcı olabilirler. Problemlili öğrenci, psikoloji bölümünün bir üyesinden, okul din görevlisinden, dekan, müdür veya diğer fakülte elemanlarından yardım ve destek arayabilir. Eğer böyle bir öğrenci, tıp dışı fakülte elemanı ile yakın ve destekleyici bir ilişki içine girmişse, psikiyatrist sıklıkla bu ilişki içinde yardımcı rol görmelidir. Fakülte üyesiyle öğrencinin bilgisi dahilinde olmak üzere konsültatif ve süpervizyon görevini alabilir veya öğrenciye tedavi önerir ve diğerleriyle olan ilişkisinin yardımın ana kaynaklarından biri olarak kalmasına izin verir. Eğer öğretmen, öğrencinin problemleriyle daha fazla başa çıkamayacağını hissederse öğrenciye söylenmeli. Belki psikiyatriste isteyerek gidebilir veya okulda kalması için bu şart olarak konulabilir. Fakülte üyesinin bir öğrencinin güven ve sır olarak ricası için gerçekçi temele dayanan bakışını kaybetmesiyle trajediler ortaya çıkabilir. Örneğin öğrenci başkasına kendi zorluklarıyla ilgili bir şey söylediğinde zarar verici bir şey yapmakla korkutabilir. Bu gibi durumlarda alternatif ihtimali intihar olduğunda, öğretmen önce aklı selimle

öğrencinin itirazının hakkından gelmeli, kendi sınırlamalarını kabul ettirmeye çalışmalı ve öğrenci için yardım aramanın gerçekçi tutumunu almalıdır (31).

Bu tip yaklaşımlar, adolesanın bazı uyum problemleri, bazı kişilik bozuklukları, bilinen sebeplere bağlı durumlar ve hafif-orta akademik ve disiplin problemleri gibi basit veya geçici bozukluklarda indikedir. Destekleyici ve nasihat verici ölçütleri içermekle birlikte, adolesanın duygularını anlayışlı ve sabırlı bir erişkine anlatarak rahatlama fırsatını ve iyi bir erişkinle identifikasyon imkanını tanır. Danışmanın özel eğitimi ve adolesanla ilgili olması gerekir. Bununla birlikte yoğun terapi kadar geniş bir eğitime ihtiyacı yoktur. Danışmanlık, eğitim görmüş bir doktor, psikiyatrik sosyal çalışmacı, psikolog, rehber danışman, din görevlisi veya bu yaş gurubuyla çalışan özel eğitimli öğretmen ve yöneticiler tarafından yapılabilir.

D. Çevresel değişiklik: Çevresel değişiklikler, mental bozuklukları tedavi etmez, fakat halen stres altındaki bir kişilik sistemini çevresel baskıdan kurtarmak sıklıkla tedaviye yardımcı önemli bir etkidir.

Çevrenin problemi oluşturan önemli bir faktör olduğu ve mevcut çevrenin düzelme için uygun olmadığı anlaşıldığında (bariz psikotik, tekrarlayıcı fiziksel ve seksüel özellikte istirmarcı bozuk aile, suçlu kimselerle sık arkadaşlık, aşırı yoksulluk ve evde aşırı kalabalık gibi) indikedir. Özel okullar, organize yapılandırılmış aktiviteler (atletizm takımları, çalışma gurupları gibi) ve bakım evleri adolesanlar için genel bazı çevre değişiklikleri örnekleridir.

Kampüsteki değişiklikler: Çalışmayla ilgili problemi olan öğrenciler için daha hafif ders yükü başarısızlıktan daha iyidir. Kapasiteyle uyumlu bir yol tutulursa, eğitimini bitirmesi uzun sürse bile daha iyi bir şansı olur. Oda değişiklikleri, insanlar arası ilişkelerde problemleri olan öğrencilerin çoğunu kurtarabilir. Bazı öğrenciler, oda arkadaşlarını ve yatakhane yaşamını tolere edemezler. Utangaç, şizoid, çekingen öğrenciler sosyal guruplara katılarak yalnızlık ve izolasyonlarını kırılmasında yardıma ihtiyac duyabilirler.

Kampüs veya yakınında hospitalizasyonun avantajları çoktur. Durumsal bir reaksiyon için kısa süreli, psikotik reaksiyon için uzun süreli hospitalizasyon gereklidir.

Öğrencinin okulla bağlantısını devam ettirmesi regresif eğilimlerini önleyebilir ve belki de kronikleşmeden semptomların önlenmesine yardım edebilir. Hospitalizasyon uygulamaları, gündüz ve gece programlarını, hafta sonu ve tatil periyodlarını, özel ders alma, grup terapisi, takip çalışmaları ve aralıklı kısa kalmaları içerecek şekilde genişletilmelidir.

Kampüs dışı değişiklikler: Okuldan ayrılmanın bazı öğrenciler için yararlı ve gerekli olması konusu tartışılmaktadır. Öğrenci ve idareci arasındaki suçluluk ve başarısızlık duygusuna itibar edilmemelidir. Okuldan uzakta veya öğrencinin evine yakın bir yerde hospitalizasyon bazen terapötik sonuçlar için uygundur veya kaçınılmaz olabilir.

E. İlaçlar: Üniversite psikiyatrisinde ilaç tedavisinin yeri sınırlıdır. Psikotik reaksiyonlarda fenotiyazinler önerilebilir, benzodiyazepinler gibi diğer sedatifler kısa süreli panik ve akut anksiyete reaksiyonları için kullanılabilir. Çoğu öğrenci çatışmalarını alkol ve psikoaktif ilaçlarla çözmeye çalıştıktan sonra gelmiş olabilir. Doktorun temel görevi, problemleriyle başa çıkma ve daha gerçekçi metodlar bulmada yardımcı olmaktır (31).

Vücut ölçütleri erişkinlere yakın olduğundan trankilize edici ve antidepresif ilaçlar erişkinlerle aynı dozlarda verilebilir. Hiperaktivite, bariz anksiyete, depresyon ve psikozlarda ilaç tedavisi gereklidir. Psikoterapi ek olarak kullanılabilir. Madde ve alkol bağımlılığında kesilme sırasında da ilaç kullanılabilir. Psikozların tedavisinde erişkinde olduğu gibi hospitalizasyon, psikoterapi, ilaçlar ve ECT gibi somatik tedaviler kullanılabilir (33). Üniversite öğrencilerinde diğer somatik tedaviler ve özellikle ECT oldukça sınırlı kullanım alanına sahiptir. Yalnız hastane ortamında kullanılır. ECT tedavisi alan öğrenci okuluna rahat devam edemez. ECT, psikoterapi ve antidepresan tedavisine cevap vermeyen, özellikle intihar şüphesi olan depresyonda yapılabilir (31).

F. Liyezon psikiyatrisi: Üniversitedeki psikiyatrik konsültan veya psikiyatrik liyezon uygulaması hala gelişme döneminde. Liyezon psikiyatristi, mental bozukluğu olan öğrencinin tedavisiyle primer olarak ilgilenmemektedir. O, çatışmaları ve anksiyeteyi

uyaran ve geliştiren sosyal olaylarla veya müessesedeki üyeler arasındaki intrapsişik bozuklukları arttıran organizasyon bozukluklarıyla ilgilenir.

Adolesanın emosyonel bozukluklarında prognozun değeriendirilmesi:

Çoğu adolesan gelişmenin bu çok zor dönemini yardım olmadan geçirir. Sonuçta temel dürtülerini kontrol edebilen ve onlarla başedebilen stabil genç erişkinler olurlar. Bununla birlikte belirtilen patolojileri gösteren adolesanlar tedavi görmezlerse, problemler erişkinlikte de devam edebilir. Sonuçta ciddi emosyonel bozukluğu ve emosyonel olgunsuzluğu olan bir erişkin olur. Adolesanın kişilik yapısı daha fleksibil olduğu ve hala gelişme sürecinde olduğu için, benzer bozukluğu olan erişkine göre düzelmesi daha kolay olur.

Prognozu iyileştirici faktörler:

Ciddi olsa bile başlangıcı akut semptomlar ve tanımlanabilen dış kaynaklı bir presipitan faktörün olması, çevresel şartların değiştirilebilmesinin mümkün olması (yakın kişiler, yaşam koşulları, stresler gibi) olumlu faktörlerdir. Anne-baba, diğer akrabalar, başka bir ergen veya bir yaşıtıyla orta süreli, yakın ve olumlu bir arkadaşlık kurarsa, diğer bir tabirle adolesan başka biri tarafından sevildiğini hissederse prognoz daha iyidir.

Prognozu kötüleştirici faktörler:

Semptomların dereceli başlaması, uzun sürmesi, aşırı yatak ıslatma, gece korkuları, barsak eğitim problemleri gibi çocuklukta ciddi ve çok sayıda semptomların olması, anne-baba veya kardeşlerle problemler, ailenin dağılması, anne-baba kaybı gibi bozuk ailesel özellikler, dıştan bir sebebin tespit edilememesi, yakın ve olumlu bir arkadaşlık olmaması olumsuz prognostik faktörlerdir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 'nda 1992-93 yıllarında yapıldı. Anabilim Dalımız, halen dört öğretim görevlisi, bir uzman ve beş araştırma görevlisi, bir hemşire, üç personel kadrosuyla 20 yataklı açık servis ve bir genel poliklinikle hizmet veren kliniğe sahiptir. Çalışma kapsamına giren önceki yıllarda, eleman sayıları, kliniğin kurulduğu ilk yıllara doğru, oldukça azalmaktadır.

Çalışmamızın hazırlık aşamasında üniversite kampüsünde görevli doktorla görüşüldü ve kayıtlarının düzenli ve sağlıklı olmadığı öğrenildi. Acil servis kayıtlarında, hastaların mesleklerinin ve öğrenci olanların belirtilmemesi ve konsültasyonların servisimizce kayda geçirilmemesi nedeniyle acil olarak gelen öğrenciler çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya konu olarak, fakültemiz psikiyatri servisine ilk hasta yatışı olan Mayıs 1983 tarihinden Ekim 1993 tarihine kadar polikliniğimize başvuran ve kliniğimizde yatan, kayıtlı önlisans ve lisans eğitimi yapan üniversite öğrencileri alındı. Poliklinik kartları ve yatan öğrencilerin yatış dosyaları, arşivden temin edilerek retrospektif olarak incelendi. Mayıs 1983 tarihinden 1986 tarihine kadar dönemdeki poliklinik kayıtları bulunamadığı ve aynı yıllarda 2 bayan ve 2 erkek olmak üzere yalnızca 4 öğrenci yattığı için, 1983-1986 yılları arası ihmal edilerek çalışma dışı bırakıldı. Karşılaştırmalar, *Ekim 1985 - Ekim 1993* tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve kliniğimizde yatan 264 'ü bayan (%40.62), 386 'sı erkek (%59.38), toplam 650 öğrenci üzerinde yapıldı. Olgular yatarak tedavi edilenler (YATAN) ve yalnız ayaktan tedavi görenler (AYAKTAN) olmak üzere ayrılarak değerlendirildi. Tekrar başvurular göz önünde bulunduruldu.

Kayıtlar, bir veri tabanı programı olan D.base-IV programında, poliklinik ve yatan hastalar için ayrı dosyalar ve alan isimleri oluşturularak bilgisayara girildi.

Poliklinik kartlarındaki olguların, cinsiyet, yaş, başvurma tarihi (yıl ve ay), fakültesi, sınıfı, kaldığı yer, memleketi, şikayeti, tanısı ve kontrole gelme sayıları,

bilgisayarda her öğrenci için ayrı kayıt numarasıyla oluşturulan sayısal ve sözel değişken alanlarına kaydedildi.

Poliklinik Kartları İçin Tarama Formu:

1. Ad, Soyad:
2. Cinsiyet:
3. Yaş:
4. Başvurma yılı:
5. Başvurma ayı:
6. Geldiği yer:
7. Fakültesi:
8. Sınıfı:
9. Halen kaldığı yer:
10. Şikayetleri:
11. İfade edilen stres:*
12. Tanı:
13. Tedavi: (İlaç 1, doz 1; ilaç 2, doz 2; ilaç 3, doz 3)*
14. Kontrole gelme sayısı:

* İşaretli olanlar bu çalışmada değerlendirilmeye alınmadı.

Geldiği yer, fakülteye başlamadan önce yaşadığı il olarak kaydedildi, coğrafi bölgelere göre gruplanarak karşılaştırmalarda ve tabloda gösterildi. Ekim ayı ile başlayıp bir yıl sonra ekim ayına kadar olan dönem akademik yıl olarak alındı.

Halen kaldığı yer, şikayetleri ve tanıları, önce poliklinik kartında yazılan şekliyle kaydedildi, sonradan aşağıdaki şekillerde tasnif edildi ve sayısal değer verilerek yeni bir alana kaydedildi:

Halen Kaldığı Yer:

1. Evde (ailesiyle).
2. Evde (Arkadaşlarıyla)
3. Devlet Yurdu.
4. Özel Yurt.
5. Bilinmeyen.

Şikayeti:

1. Anksiyete (Sıkıntı, bunaltı, daralma).
2. Uykusuzluk.
3. Baş ağrısı.
4. Akademik ve bilişsel şikayetler (Ders çalışmama, ders dinleyememe, dalgınlık, konsantrasyon güçlüğü).
5. Güvensizlik.
6. Somatik şikayetler. *
 - 6-1. Gastrointestinal (Kusma, karın ağrısı, bulantı, diyare, şişkinlik, yiyeceklere intolerans).
 - 6-2. Ağrı (Ekstremitelerde, sırt, eklem, idrar yaparken, diğer-baş ağrısı hariç).
 - 6-3. Kardiyopulmoner (Nefes alma darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi).
 - 6-4. Menstrüasyonla ilgili şikayetler.
 - 6-5. Konversif şikayetler.
 - 6-6. Ürolojik şikayetler.
 - 6-7. Diğer somatik şikayetler.
7. Aneji (Halsizlik ,dermansızlık, bitkinlik, yorgunluk).
8. Sinirlilik.
9. Unutkanlık.
10. Suisid teşebbüsü.
11. Suisid düşünceleri.
12. Cinsel şikayetler.
13. Saplantılı-rahatsız edici düşünce.

* Somatik şikayetler DSM-III-R, somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerine göre değerlendirildi.

Tanı:

1. Psikotik Bozukluk: 1-1. Disosiyatif sendrom/şizofreni. 1-2. Psikoz/psikotik reak./atipik psikoz/diğer.	5. Somatoform Bozukluk: 5-1. Konversiyon. 5-2. Hipokondriyazis. 5-3. Somatizasyon. 5-4. Psikojenik baş ağrısı. 5-5. Somatoform ağrı. 5-6. Vücut dismorfik bozukluğu. 5-7. Diğer.
2. Bipolar Bozukluk: 2-1. PMD. 2-2. Manik atak. 2-3. Depresif atak.	6. Disosiyatif Bozukluk: 6-1. Disosiyatif reak/bozukluk.
3. Depresif Bozukluk: 3-1. Depresyon/depresif reak. 3-2. Nevrotik depresyon. 3-3. Reaktif depresyon. 3-4. Distimik bozukluk. 3-5. Nevrasteni. 3-4. Diğer depresyonlar.	7. Uyum bozukluğu: 7-1. Uyum bozukluğu. 7-2. Stres reaksiyonu. 7-3. Post travmatik stress reaksiyonu.
4. Anksiyete bozukluğu: 4-1. Anksiyete. 4-2. Obsesif-kompulsif bozukluk. 4-3. Fobik nevroz. 4-4. Sosyal fobi. 4-5. Panik bozukluk. 4-6. Diğer.	8. Kişilik bozukluğu: 9. Psikosomatik bozukluk. 10. Temporal epilepsi: 11. Diğer:(uykusuzluk,kekemelik, masturbasyon, tik, organik bozuk.v.s.). 12. Bilinmeyen:

Tanılar DSM-III-R 'ye göre sınıflandırılmaya çalışıldı. Kayıtlardaki tanıları değiştirilmeden, benzer tanı kategorileri yukarıda gösterildiği şekilde gruplandırıldı. Yukarıdaki alt guruplar, kayıtlarda görülen tanıların değiştirilmeden yazılmasından oluştu.

Yatan Hasta Dosyaları İçin Tarama Formu:

1. Ad, Soyad:	21. İfade edilen stres faktörü:*
2. Cinsiyet	22. Aile tipi:*
3. Yaş:	23. Anne-baba ilişkisi:*
4. Yatış yılı:	24. Anne ile ilgili özellikler (Yaş, meslek, kişilik özelliği, ölüm?):*
5. Yatış ayı:	25. Baba ile ilgili özellikler (Yaş, meslek, kişilik özelliği, ölüm?):*
6. Yatış süresi:	26. Sigara kullanma:*
7. Yatış adedi:	27. Alkol kullanma:*
8. Çıkış durumu:	28. Patolojik laboratuvar bulguları:*
9. Geldiği yer:	29. EEG:
10. Fakültesi:	30. BBT:
11. Sınıfı:	31. Tedavi (İlaç 1, doz 1; ilaç 2, doz 2; ilaç 3, doz 3):*
12. Halen kaldığı yer:	32. Rapor-istirahat durumu:*
13. Şikayetleri:	33. Hastalık özgeçmişi:*
14. Dosya tanısı:	34. Rutinlaboratuvar tetkikleri(Eritrosit, lökosit, hematokrit, sedimantasyon):
15. Poliklinik tanısı:	35. Konsültasyon:
16. Kontrole gelme sayısı:	36. Hastalık soygeçmişi:*
17. Okuduğu lise ili:*	
18. Okuduğu lise türü:*	
19. Ders başarı durumu:*	
20. Çalıştığı iş:*	

* İşaretili olanlar kayıtlardan yeterli bilgi edinilememesi, güvenli olmaması gibi nedenlerle çalışmaya alınmadı.

Yatan öğrencilerin yatış dosyalarındaki bilgiler, yukarıdaki başlıklar altında bilgisayara kaydedildi. Gerekli görülen ve kullanılacak bilgiler gruplandırıldı. Halen kaldığı yer, şikayetleri ve tanıları, poliklinik kayıtları için yukarıda gösterildiği şekilde sınıflandırıldı. Dosyalarda bulunamayan veriler "bilinmeyen " adı altında tablolarda gösterildi. Önceden öneminden dolayı çalışmaya dahil edilen ve yukarıda " * " işaretiyle gösterilen bilgilerin bir kısmı, dosyada bulunmaması veya güvenilir olmaması nedeniyle çalışmaya alınmadı. Bazı bilgiler ise çalışma kapsamını sınırlı tutmak amacıyla bu çalışmada değerlendirilmedi. Çıkış durumları aşağıdaki şekilde sınıflandırılarak tablolarda gösterildi.

Çıkış durumu:

1. Şifa:			
2. Salah:			
3. Sosyal salah:			
3-1. Sosyal salah	3-2. Kısmi salah	3-3. Sosyal şifa	
4. Haliyle:			
4-1. Haliyle	4-3. Kendi steğiyle	4-2. Yakınlarının isteğiyle	
5. Vefat:			
6. Fırar:			
6-1. Fırar	6-2. İzinden dönmeme		
7. Sevk:			
7-1. Diğer kliniğe	7-2. Başka hastaneye		
8. Diğer:			
9. Bilinmeyen:			

Üniversite Genel Mevcudu ile İlgili Veriler:

Üniversitemiz rektörlük öğrenci işleri ve kütüphanelerinde araştırma yapılarak yıllık faaliyet raporları temin edildi (40-45). Üniversite tarafından hazırlanmış ve basılmış olun bu faaliyet raporlarından yıllara göre üniversite genel mevcudu, fakültelerin mevcudu ve sınıflara göre öğrenci mevcudu tespit edildi ve psikiyatri polikliniğine gelen üniversite öğrencileriyle karşılaştırmalarda kullanıldı. Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre dağılımları yalnız 1992-93 akademik dönemi için bulunabildiğinden cinsiyete göre polikliniğe başvurma oranı bu yıl için yapıldı.

Psikiyatri Kliniğine Yatan Tüm Hastalarla İlgili Veriler:

Kuruluşundan 1993 Ekim ayına kadarki dönemde psikiyatri kliniğinde yatan tüm hastaların cinsiyet, yaş, yatış süresi, yatış yılı ve ayı, tanıları, çıkış durumları servis poliklinik kayıtları esas alınarak tespit edildi ve karşılaştırmalarda kullanıldı.

İstatistikler bilgisayarda, minitab (46) programıyla ki-kare ve varyans analizi istatistik yöntemi kullanılarak yapıldı (47).

BULGULAR

Çalışmada daha önce belirtilen metodla saptanan bulgular belirli bir sıra içinde sunulacaktır. Önce incelenen olguların sayısı ve polikliniğe başvuran diğer hastalarla ve tüm üniversite öğrencileriyle karşılaştırmaları, sonra olguların demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili verileri tablolar halinde, bazı veriler ise bilgi cümleleri halinde gösterilecektir.

Tablo 1. Olguların Psikiyatriye Başvuran Diğer Hastalarla Karşılaştırılması

	YATAN		AYAKTAN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olgular	73	5,52	577	6,03	650	5,97
Diğer hastalar	1250	94,48	8995	93,97	10245	94,03
TOPLAM	1323	100	9572	100	10895	100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 0.53$

Tablo 1. 'de olguların ve psikiyatriye başvuran diğer hastaların karşılaştırılması gösterilmektedir. Çalışmanın yapıldığı Ekim 1985 - Ekim 1993 tarihleri arasında 264 (%40.62) kız, 386 (%59.38) erkek toplam 650 üniversite öğrencisi kliniğimize kendiliğinden başvurdu. Aynı dönemde üniversite öğrencileri polikliniğimize başvuran toplam 10895 hastanın %5.96 'sını oluştururken, yatan toplam 1323 hastanın %5.51 'ini oluşturdu. Polikliniğe gelen tüm hastaların %12.4 'ü yatırılırken üniversite öğrencilerinin %11.23 'ü yatırıldı. Üniversite öğrencileriyle diğer hastalar karşılaştırıldığında yatırılma oranlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 2. Yatan Olguların Hastalıklarının Yatan Tüm Hastalarinkilerle Karşılaştırılması

Hastalık	Olgular				Tüm Hastalar			
	Erkek		Kız		Erkek		Kız	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Psikotik b.	19	45,24	5	16,13	232	37,18	147	27,17
Bipolar b.	5	11,90	2	6,45	61	9,78	50	9,24
Depresif b.	4	9,52	8	25,81	118	18,91	133	24,59
Nevrotik b.	7	16,67	12	38,71	96	15,38	160	29,57
Diğer	7	16,67	4	12,90	117	18,75	51	9,43
TOPLAM	42	100	31	100	624	100	541	100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 1.36$

Tablo 2. 'de yatan olgularla yatan tüm hastaların hastalık yönünden karşılaştırmaları görülmektedir. Her iki cins için de olgularla tüm hastalar arasında hastalık dağılımında anlamlı fark gözlenmedi ($p > 0.05$).

Tablo 3. Olguların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

	YATAN		AYAKTAN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ERKEK	42	% 10.88	344	% 89.12	386	% 59.38
KIZ	31	% 11.74	233	% 88.26	264	% 40.62
TOPLAM	73	% 11.23	577	% 88.77	650	%100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 0.11$

Tablo 3. 'de olguların cinsiyetlerine göre dağılımı gösterilmektedir. Kız olguların 233 (%88.26) 'üne ayaktan tedavi verilirken 31 (%11.74) 'i yatırıldı. Erkek olguların ise 344 (%89.12) 'üne ayaktan tedavi verildi ve 42 (%10.88) 'si yatırıldı.

Böylece polikliniğe başvuran tüm üniversite öğrencilerinin 577 (%88.77) 'si ayakta tedavi görürken 73 (%11.23) ' ü yatarak tedavi gördü. Cinsiyetle yatılma oranı arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 4. Olguların Yatış Süreleri Ortalamalarının Tüm Hastalarınkilerle Karşılaştırılması

	OLGULAR (a) (Yatış süresi ortalaması / gün)	TÜM HASTALAR (Yatış süresi ortalaması / gün)
ERKEK (b)	18.65	18.50
KIZ (a)	10.07	17.09
TOPLAM (b)	15.12	17.84

a. $p < 0.001$

b. $p > 0.05$

Tablo 4. 'te yatan olguların yatış sürelerinin tüm hastaların yatış süreleri ortalamalarıyla karşılaştırması gösterildi. Yatış süresi ortalaması kız olgularda 10.07, erkek olgularda 18.65, genelde 15.12 gün; yatan tüm hastaların ise bayanlarda 17.09, erkeklerde 18.50 ve genelde 17.84 gün bulundu. Kız olguların erkek olgulara ve yatan diğer kadın hastalara göre oldukça anlamlı derecede daha kısa süre yattıkları görüldü ($p<0.001$). Erkek olgularla yatan diğer erkek hastaların yatış süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 5. Olguların Fakültelere Göre Başvurma Oranları

FAKÜLTE	Olgular (Yılda ortalama)	Tüm Ün. Öğr. (Yılda ortalama)	Başvurma Oranı %
Fen-Edebiyat.	16	2481	0,64
Eğitim	15	2615	0,57
Müh-Mim.	8	1916	0,42
Ziraat	5	910	0,55
İkt.-İd.Bil.	3	664	0,45
Tıp	7	1031	0,68
Diş Hek.	1	136	0,74
Hukuk	6	825	0,73
Veteriner	2	442	0,45
İlahiyat	8	952	0,84
Mes.Yük.Ok. (a)	10	4318	0,23
TOPLAM	81	16290	0.50

a. $p < 0.05$ $\chi^2 = 6.87$

Tablo 5. 'te olguların ve tüm üniversite öğrencilerinin fakültelerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışma kapsamındaki yıllarda, üniversitemiz öğrencilerinin her yıl ortalama %0.50 'si psikiyatri polikliniğine başvurdu. Yalnız lisans öğrencileri değerlendirildiğinde tüm lisans öğrencisi mevcudunun %0.62 'si başvururken, şehir merkezinde bulunan fakültelerde okuyan öğrencilerin %0.56 'sı psikiyatri polikliniğine başvurdu. En yüksek oranda ilahiyat fakültesi öğrencileri (%0.84 'ü), en düşük oranda meslek yüksek okulu (MYO) öğrencileri (%0.23) başvurdu. MYO öğrencilerinin diğer okullara göre anlamlı derecede az oranda başvurduğu ($p < 0.01$), diğer fakültelerin başvurma oranlarında anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 6. 1992-93 Akademik Döneminde Tüm Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre Başvurma Oranları.

	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Başvuran	72	0,62	43	0,66	115	0,63
Başvurmayan	11626	99,38	6477	99,34	18103	99,37
TOPLAM	11698	100	6520	100	18218	100

$$p > 0.05 \quad \chi^2 = 0.12$$

Tablo 6. 'da 1992-93 akademik döneminde tüm üniversite öğrencilerinin cinsiyetlerine göre psikiyatriye başvurma oranları gösterildi. Bu akademik dönemde üniversitemizde 6520 bayan (%35.8), 11698 erkek (%64.2) olmak üzere toplam 18218 üniversite öğrencisi öğrenim gördü. Öğrencilerin genel olarak %0.63 'ü, kızların %0.66 'sı, erkeklerin ise %0.62 'si psikiyatri polikliniğine başvurdu. Cinsiyete göre başvurma durumlarında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 7. 'de olguların yatan, ayaktan ve cinsiyet itibariyle fakültelerine göre dağılımı gösterildi. Fen-Edebiyat ve Eğitim Fakültesi öğrencileri %17.23 ve %16.46 oranlarıyla polikliniğimize en sık başvuran öğrenciler oldular. Olguların %8.00 'inin okuduğu fakülteler kayıtlarda bulunamadı. Fakültele göre yatış oranı genelde %11 iken, Selçuk Üniversitesinden başka üniversitelerden başvuran öğrencilerin anlamlı derecede daha fazla yatırıldığı ($p < 0.05$), diğer fakültelerin yatış oranlarında anlamlı farklılık olmadığı bulundu. Okudukları fakültelerle cinsiyetleri arasında genelde anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.01$). Bu farkın eğitim fakültesi ve dış hekimliği fakültesinde kız öğrencilerin ($p < 0.05$), ilahiyat fakültesinde ise erkek öğrencilerin daha fazla ($p < 0.001$) başvurmasından kaynaklandığı görüldü.

TABLO 7. Olguların Fakültelelere Göre Dağılımı

FAKÜLTE	YATAN			AYAKTAN			TOPLAM											
	E SAYI	K % SAYI	T % SAYI	E % SAYI	K % SAYI	T % SAYI	E % SAYI	K % SAYI	T % SAYI									
Fen-Edebiyat	2	4,76	0	0,00	2	2,74	56	16,28	54	23,18	110	19,06	58	15,03	54	20,45	112	17,23
Eğitim (b)	7	16,67	11	35,48	18	24,66	42	12,21	47	20,17	89	15,42	49	12,69	58	21,97	107	16,46
Müh-Mim.	6	14,29	4	12,90	10	13,70	35	10,17	14	6,01	49	8,49	41	10,62	18	6,82	59	9,08
Ziraat	1	2,38	3	9,68	4	5,48	22	6,40	11	4,72	33	5,72	23	5,96	14	5,30	37	5,69
İkt.-İd.Bil.	1	2,38	1	3,23	2	2,74	13	3,78	8	3,43	21	3,64	14	3,63	9	3,41	23	3,54
Tip	3	7,14	3	9,68	6	8,22	25	7,27	17	7,30	42	7,28	28	7,25	20	7,58	48	7,39
Diş Hek. (a)	0	0,00	2	6,45	2	2,74	2	0,58	4	1,72	6	1,04	2	0,52	6	2,27	8	1,23
Hukuk	2	4,76	1	3,23	3	4,11	21	6,10	15	6,44	36	6,24	23	5,96	16	6,06	39	6,00
Veteriner	1	2,38	0	0,00	1	1,37	11	3,20	4	1,72	15	2,60	12	3,11	4	1,52	16	2,46
İlahiyat (c)	4	9,52	0	0,00	4	5,48	44	12,79	7	3,00	51	8,84	48	12,44	7	2,65	55	8,46
Mes. Yük.Ok.	2	4,76	4	12,90	6	8,22	37	10,76	27	11,59	64	11,09	39	10,10	31	11,74	70	10,77
Diğer Üniversite (d)	7	16,67	0	0,00	7	9,58	13	3,78	4	1,72	17	2,95	20	5,18	4	1,52	24	3,69
Bilimyen	6	14,29	2	6,45	8	10,96	23	6,68	21	9,01	44	7,63	29	7,51	23	8,71	52	8,00
TOPLAM	42	100,00	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütunlara göre alındı. İstatistiksel hesaplamada "bilimyenler" dışlandı.

Cinsiyet itibarıyla: Yatırıma itibarıyla:

a. $p < 0.05$

b. $p < 0.01$

c. $p < 0.001$

d. $p < 0.05$

Tablo 8. 'de olguların sınıflarına göre dağılımı gösterildi. Olguların %18.62 'si 1., %19.54 'ü 2., %16.31 'i 3. ve %18.92 'si 4-5-6. sınıflarda okumaktaydı. Olguların %26.62 'sinin ise okumakta oldukları sınıfları kayıtlarda bulunamadı. Okumakta olduğu sınıfları bilinmeyenler dışlanarak incelendiğinde olguların okudukları sınıflarıyla cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 9. Olguların ve Tüm Üniversite Öğrencilerinin Sınıflarına Göre Dağılımı.

	1. sınıf	2.sınıf	3. sınıf	4-5-6.sınıf
Tüm Ün. Öğrencileri	% 24.32	% 22.62	% 21.50	% 31.56
Olgular	% 24.94	% 24.42	% 22.07	% 28.57

$p > 0.05$ $\chi^2 = 0.21$

Tablo 9. 'da olguların ve tüm öğrencilerin sınıflarına göre dağılım yüzdeleri gösterildi. Ortalama olarak her yıl tüm üniversitemiz öğrencilerinin %24.32 'si birinci, %22.62 'si ikinci, %21.50 'si üçüncü, %31.56 'sının dört ve daha yukarı sınıflarda okuduğu; buna karşın polikliniğe başvuran lisans öğrencilerinin %24.94 'ünün birinci, %24.42 'sinin ikinci, %22.07 'sinin üçüncü, %28.57 'sinin dört ve daha yukarı sınıflarda okuduğu tespit edildi. Psikiyatri polikliniğine başvurma sıklığında sınıfın istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 8. Olguların Sınıflara Göre Dağılımı

SINIF (b)	YATAN			AYAKTAN			TOPLAM (a)			
	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI	%
1.Sınıf	8	19,05	13	56	16,28	108	64	16,58	121	18,62
2.Sınıf	9	21,43	20	66	19,19	107	75	19,43	127	19,54
3.Sınıf	8	19,05	14	51	14,83	92	59	15,29	106	16,31
4-5-6.Sınıflar	9	21,42	13	73	21,22	110	82	21,24	123	18,92
Bilinmeyen	8	19,05	13	98	28,48	160	106	27,46	173	26,61
TOPLAM	42	100	73	344	100	577	386	100	650	100

% ler sütunlara göre alındı. İstatistiksel hesaplamada "bilinmeyenler" dışlandı.

Cinsiyet itibarıyla: Yatırılma itibarıyla:

a. $p < 0.05$ $\chi^2 = 5.31$

b. $p < 0.05$ $\chi^2 = 0.02$

Tablo 10. 1992-93 Yılında Başvuran Olguların ve Tüm Öğrencilerin Sınıf ve Cinsiyete Göre Dağılımı.

	Cinsiyet	1. sınıf (a)	2.sınıf (b)	3. sınıf (b)	4-5-6.sınıf (a)
Tüm Ün. Öğrencileri	Erkek (a)	% 63.17	% 64.96	% 62.82	% 67.30
	Kız (b)	% 36.83	% 35.04	% 37.18	% 32.70
Olgular	Erkek	% 48.14	% 57.14	% 68.43	% 82.60
	Kız	% 51.86	% 42.86	% 31.17	% 17.40

% ler sınıflar içinde cinsiyete göre alınmıştır.

a. $p < 0.05$

b. $p > 0.05$

Tablo 10. 'da 1992-93 akademik yılında başvuran olguların ve tüm öğrencilerin sınıflarına göre dağılım yüzdeleri gösterildi. Bu dönemde kız öğrencilerin %36.83 'sı 1. sınıf ,%35.04 'si 2. sınıf, %37.18 'i 3. sınıf , %32.70 'i 4-5-6. sınıfta; erkeklerin ise, %63.17 'si 1. sınıf ,%64.96 'sı 2. sınıf, %62.82 'si 3. sınıf , %67.30 'u 4-5-6. sınıfta öğrenim gördü. Buna karşın aynı dönemde kız olguların, %51.86 'sı 1. sınıf, %42.86 'sı 2. sınıf, %31.16 'sı 3. sınıf, %17.40 'ı 4-5-6. sınıfta; erkek olguların ise, %48.14 'ü 1. sınıf, %57.14 'ü 2. sınıf, %68.42 'si 3. sınıf, %82.66 'sı 4-5-6. sınıfta okumaktaydı. 1. sınıfta kız olguların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla sıklıkta psikiyatri polikliniğine başvurduğu ($p < 0.05$), 2 ve 3. sınıfta okuyan olgularda anlamlı bir farkın olmadığı ($p > 0.05$) ve son sınıflarda okuyan olgulardan erkeklerin kızlardan anlamlı ölçüde daha fazla sıklıkta başvurduğu görüldü ($p < 0.05$). Erkek öğrencilerin, okuduğu sınıfın ilerlemesine paralel olarak, psikiyatri polikliniğine başvurma sıklığında anlamlı derecede artma ($p < 0.05$) görülürken kız öğrencilerde sınıflar ilerledikçe başvurma sıklığının azaldığı ancak bunun istatistiksel anlamda önemli olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Tablo 11. 'de olguların kaldıkları yerlere göre dağılımı gösterildi. Olguların %34.00 'ü evde ve ailesiyle, %7.08 'i evde arkadaşlarıyla ve %27.54 'ü resmi veya özel yurtlarda kalmaktaydı. %31.38 'inin kaldıkları yer kayıtlarda bulunamadı. Kaldıkları yerler bilinmeyenler dışlanarak incelendiğinde kız olguların erkeklere göre anlamlı derecede daha çok yurtlarda kaldığı görüldü ($p<0.01$). Ayaktan tedavi görenlerde bu farkın daha anlamlı olduğu ($p<0.001$) yatırılanlar arasında ise kaldıkları yerle cinsiyet arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı görüldü ($p>0.05$). Ailesiyle kalan olgular diğerlerine göre daha düşük oranda yatırıldı ($p<0.001$). Kız olgular içinde ailesiyle kalanların erkeklere göre anlamlı derecede az olduğu ($p<0.001$), bunun ayaktan tedavi edilen kız olgular için de böyle olduğu ancak yatırılanlarda kaldıkları yerle cinsiyet arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 12. 'de olguların geldikleri bölgelere göre dağılımı gösterildi. Olguların %30.00 'unun Konya merkez ve ilçelerinden geldiği, %14.92 'sinin İçanadolu bölgesinin diğer illerinden, %12.46 'sının Akdeniz ve %10.31 'inin Ege bölgesinden geldiği görüldü. Ayrıca olguların 12 'si (%1.85) yurt dışından gelirken %13.23 'ünün geldikleri yerler kayıtlarda bulunamadı. Geldikleri yerler bilinmeyenler dışlanarak Konya ilinden gelenler ve diğerleri karşılaştırıldığında geldikleri yerlerle yatırılma oranlarında anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.05$), Konya 'dan gelen olgular içinde kızların erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulundu ($p<0.01$).

Tablo 13. 'te olguların yaşlarına göre dağılımı gösterildi. Olguların %39.54 'ünün 20-21, %80.77 'sinin 18-23 yaşları arasında olduğu görüldü; %2.31 'inin yaşları kayıtlarda bulunamadı. Yaşları bilinmeyenler dışlanarak incelendiğinde başvurma yaşıyla cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.001$). Bu ilişkinin 17-19 arasındaki erken yaşlarda kızların ($p<0.001$), bunun tersine 22 ve üstündeki yaşlarda erkeklerin daha fazla ($p<0.001$) başvurmuş olmasından kaynaklandığı görüldü. 20-21 yaşları arasındaki başvuran olgularda cinsiyete göre anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$).

TABLO 11. Olguların Kaldıkları Yere Göre Dağılımı

KALDIKLARI YER (d)	YATAN (a)			AYAKTAN (b)			TOPLAM (c)											
	E SAYI	K % SAYI	T % SAYI	E % SAYI	K % SAYI	T % SAYI	E % SAYI	K % SAYI	T % SAYI									
Evde ailesiyle	9	21,43	11	35,48	20	27,40	136	39,53	65	27,90	201	34,84	145	37,56	76	28,79	221	34,00
Evde arkadaşıyla	7	16,67	3	9,68	10	13,70	19	5,52	17	7,30	36	6,24	26	6,74	20	7,58	46	7,08
Resmi yurt	14	33,33	6	19,35	20	27,40	55	15,99	79	33,90	134	23,22	69	17,88	85	32,20	154	23,69
Özel yurt	3	7,14	3	9,68	6	8,24	12	3,49	7	3,00	19	3,29	15	3,89	10	3,78	25	3,85
Bilinmeyen	9	21,43	8	25,81	17	23,29	122	35,47	65	27,90	187	32,41	131	33,94	73	27,65	204	31,38
TOPLAM	42	100	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütünlara göre alındı. İstatistiksel hesaplamada "bilinmeyenler" dışlandı.

Cinsiyet itibarıyla:

a. $p > 0.05$ $\chi^2 = 3.32$

b. $p < 0.001$ $\chi^2 = 23.78$

c. $p < 0.01$ $\chi^2 = 16.13$

Yaşınla itibarıyla:

d. $p < 0.05$ $\chi^2 = 9.06$

Tablo 12. Olguların Geldikleri Yerlere Göre Dağılımı

GELDIKLERİ YER (d)	YATAN (c)			AYAKTAN (b)			TOPLAM (a)											
	E SAYI	% SAYI	T SAYI	E SAYI	% SAYI	T SAYI	E SAYI	% SAYI	T SAYI	K SAYI	% SAYI							
Konya(Merkez)	6	14,29	5	16,13	11	15,07	44	12,79	27	11,59	71	12,31	50	12,95	32	12,12	82	12,62
Konya (İlçeler)	12	28,57	3	9,68	15	20,55	69	20,06	29	12,45	98	16,98	81	20,98	32	12,12	113	17,38
Marmara	0	0,00	2	6,45	2	2,74	4	1,16	9	3,86	13	2,25	4	1,04	11	4,17	15	2,31
Ege	4	9,53	2	6,45	6	8,22	33	9,59	28	12,02	61	10,57	37	9,59	30	11,36	67	10,31
Akdeniz	5	11,90	4	12,90	9	12,32	36	10,47	36	15,45	72	12,48	41	10,62	40	15,15	81	12,46
İçanadolu	7	16,67	3	9,68	10	13,70	51	14,83	36	15,45	87	15,08	58	15,03	39	14,77	97	14,92
D. Anadolu	2	4,76	1	3,23	3	4,11	20	5,81	7	3,00	27	4,68	22	5,70	8	3,03	30	4,64
G. D. Anadolu	1	2,38	4	12,90	5	6,85	14	4,07	10	4,28	24	4,16	15	3,89	14	5,30	29	4,46
Karadeniz	0	0,00	3	9,68	3	4,11	20	5,81	15	6,44	35	6,07	20	5,18	18	6,83	38	5,85
Yurt dışı	0	0,00	1	3,22	1	1,37	5	1,45	6	2,58	11	1,91	5	1,30	7	2,65	12	1,85
Bilinmeyen	5	11,90	3	9,68	8	10,96	48	13,96	30	12,88	78	13,51	53	13,72	33	12,50	86	13,23
TOPLAM	42	100	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütunlara göre alındı. İstatistiksel hesaplamalar "bilinmeyenler" dışlanarak Konya (merkez, ilçeler) ve diğerleri olarak yapıldı.

Cinsiyet itibarıyla: Yatırımla itibarıyla:

a. $p < 0.01$ $\chi^2 = 8.16$

b. $p < 0.05$ $\chi^2 = 4.99$

c. $p > 0.05$ $\chi^2 = 3.72$

d. $p > 0.05$ $\chi^2 = 0.74$

Tablo 13. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ	YATAN				AYAKTAN (a)				TOPLAM (a)									
	E SAYI	%	K SAYI	%	T SAYI	%	E SAYI	%	K SAYI	%	T SAYI	%	E SAYI	%	K SAYI	%	T SAYI	%
17 ve aşağısı (a)	1	2,38	1	3,23	2	2,74	2	0,58	15	6,44	17	2,95	3	0,79	16	6,06	19	2,92
18-19 (a)	5	11,90	10	32,26	15	20,55	55	15,99	72	30,90	127	22,01	60	15,54	82	31,06	142	21,85
20-21 (b)	16	38,10	13	41,94	29	39,72	129	37,50	99	42,48	228	39,51	145	37,56	112	42,42	257	39,54
22-23 (a)	12	28,57	4	12,90	16	21,92	84	24,42	26	11,16	110	19,06	96	24,87	30	11,36	126	19,38
24 ve üstü (a)	8	19,05	2	6,45	10	13,70	65	18,90	16	6,87	81	14,04	73	18,91	18	6,83	91	14,00
Bilinmeyen	0	0,00	1	3,22	1	1,37	9	2,61	5	2,15	14	2,43	9	2,33	6	2,27	15	2,31
TOPLAM	42	100	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütunlara göre alındı. İstatistiksel hesaplamada "bilinmeyenler" dışlandı.

Cinsiyet itibarıyla: Yatırılma itibarıyla:

a. $p < 0.001$

b. $p > 0.05$

c. $p > 0.05$

Tablo 14. 'te olguların tanularına göre dağılımı gösterildi. Olguların sırasıyla %30.15 'ine anksiyete bozukluğu, %17.38 'ine depresif bozukluk, %9.54 'üne somatoform bozukluk, %6.77 'sine psikotik bozukluk, %6.46 'sına uyum bozukluğu, %3.23 'üne psikosomatik bozukluk, %2.15 'ine bipolar bozukluk, %1.69 'una disosiyatif bozukluk, %1.69 'una psikomotor epilepsi veya temporal epilepsi, %1.38 'ine kişilik bozukluğu tanuları kondu; %6.15 'ine diğer tanılar konurken %13.38 'inin tanuları kayıtlarda bulunamadı.

Hastalıkların cinsiyetlere göre ilişkisi araştırıldığında erkeklerde anlamlı derecede daha fazla psikotik bozukluk tanısı konulurken ($p<0.01$), somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu tanılarının kızlarda daha fazla olduğu ($p<0.01$ ve $p<0.05$) buna karşın diğer tanıların cinsiyetle anlamlı bir ilişkisi olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 15. 'te olguların kontrole gelme sıklıklarına göre dağılımı gösterildi. Kızların %80.68 'inin, erkeklerin %67.10 'unun, genelde %72.62 'sinin yalnızca bir defa başvurduğu görüldü. Yatan ve ayaktan tedavi edilen olguların içinde erkeklerin kızlara göre anlamlı derecede daha fazla ($p<0.001$), yatırılanların ayaktan tedavi görenlere göre anlamlı ölçüde daha çok kontrole geldiği görüldü ($p<0.001$).

Tablo 16. 'da olguların geliş yıllarına göre dağılımı gösterildi. 1985-86 akademik yılında 38, 1988-89 'da 85, 1992-93 'te 115 öğrencinin başvurduğu ve yıllara göre oldukça anlamlı derecede bir artış olduğu görüldü ($p<0.001$).

Tablo 14. Olguların Hastalıklara Göre Dağılımı

HASTALIK	YATAN				AYAKTAN				TOPLAM									
	E SAYI	%	K SAYI	%	T SAYI	%	E SAYI	%	T SAYI	%	K SAYI	%	T SAYI	%				
Psikotik Boz. (c)	19	45,24	5	16,13	24	32,88	17	4,94	3	1,29	20	3,47	36	9,33	8	3,03	44	6,77
Depresif Boz.	4	9,52	8	25,81	12	16,44	60	17,44	41	17,60	101	17,50	64	16,58	49	18,56	113	17,38
Bipolar Boz.	5	11,90	2	6,45	7	9,59	6	1,74	1	0,43	7	1,21	11	2,85	3	1,14	14	2,15
Anksiyete Boz.	7	16,67	1	3,23	8	10,96	111	32,27	77	33,05	188	32,58	118	30,57	78	29,55	196	30,15
Somatoform Boz. (b)	0	0,00	9	29,03	9	12,33	25	7,27	28	12,02	53	9,19	25	6,48	37	14,02	62	9,54
Disosiyatif b.	0	0,00	2	6,45	2	2,74	5	1,46	4	1,72	9	1,56	5	1,30	6	2,27	11	1,69
Uyum Boz. (a)	4	9,53	3	9,68	7	9,59	14	4,07	21	9,01	35	6,07	18	4,66	24	9,09	42	6,46
Kişilik Boz.	1	2,38	0	0,00	1	1,37	5	1,45	3	1,29	8	1,39	6	1,55	3	1,14	9	1,38
P.motor epilepsi	1	2,38	0	0,00	1	1,37	5	1,45	5	2,13	10	1,73	6	1,55	5	1,89	11	1,68
Psikosomatik Boz.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	4,07	7	3,00	21	3,64	14	3,62	7	2,65	21	3,23
Diğer	0	0,00	0	0,00	0	0,00	26	7,56	14	6,01	40	6,93	26	6,74	14	5,30	40	6,15
Bilinmeyen	1	2,38	1	3,22	2	2,74	56	16,28	29	12,45	85	14,73	57	14,77	30	11,36	87	13,38
TOPLAM	42	100	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütünlara göre alındı.

Cinsiyet itibarıyla:

a. $p < 0.05$

b. $p < 0.01$

c. $p < 0.001$

Diğerleri. $p > 0.05$

Tablo 15. Olguların Kontrolle Gelme Sıklığına Göre Dağılımı

KONTROLE GELME SIKLIĞI (d)	YATAN (c)			AYAKTAN (b)			TOPLAM (a)									
	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI							
Gelmeyen	15	35,71	37	50,68	244	70,92	191	81,97	435	75,39	259	67,10	213	80,68	472	72,62
1 Kontrol	2	4,76	5	6,85	39	11,34	22	9,44	61	10,57	41	10,62	25	9,47	66	10,15
2 Kontrol	4	9,53	6	8,22	24	6,98	9	3,86	33	5,72	28	7,25	11	4,17	39	6,00
3 Kontrol	5	11,90	6	8,22	10	2,91	4	1,73	14	2,43	15	3,89	5	1,89	20	3,08
4 ve Üzeri kontrol	16	38,10	19	26,03	27	7,85	7	3,00	34	5,89	43	11,14	10	3,79	53	8,15
TOPLAM	42	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütünlara göre alındı.

Cinsiyet itibarıyla:

a. $p < 0.001$ $\chi^2 = 24.16$

b. $p < 0.05$ $\chi^2 = 11.41$

c. $p > 0.05$ $\chi^2 = 6.86$

Yatırılma itibarıyla:

d. $p < 0.001$ $\chi^2 = 46.29$

Tablo 16. Olguların Geliş Yıllarına Göre Dağılımı

AKADEMİK YIL (b)	YATAN			AYAKTAN			TOPLAM (a)									
	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI	E SAYI	%	T SAYI							
85-86	1	2,39	3	4,11	22	6,40	13	5,58	35	6,07	23	5,98	15	5,68	38	5,85
86-87	4	9,52	11	15,07	34	9,88	31	13,30	65	11,27	38	9,84	38	14,39	76	11,69
87-88	3	7,14	6	8,22	35	10,17	16	6,87	51	8,84	38	9,84	19	7,20	57	8,77
88-89	3	7,14	6	8,22	30	8,73	25	10,73	55	9,53	33	8,55	28	10,61	61	9,38
88-90	6	14,29	9	12,32	43	12,50	33	14,16	76	13,17	49	12,69	36	13,64	85	13,08
90-91	2	4,76	5	6,85	59	17,15	44	18,89	103	17,85	61	15,80	47	17,80	108	16,62
91-92	11	26,19	16	21,92	61	17,73	33	14,16	94	16,29	72	18,65	38	14,39	110	16,92
92-93	12	28,57	17	23,29	60	17,44	38	16,31	98	16,98	72	18,65	43	16,29	115	17,69
TOPLAM	42	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütunlara göre alındı.

Yıllar itibarıyla:

a. $p < 0.001$ $\chi^2 = 69.03$

Yatırılma itibarıyla:

b. $p > 0.05$ $\chi^2 = 8.79$

Tablo 17. Olguların ve Tüm Üniversite Öğrencilerinin Yıllara Göre Karşılaştırması.

Akademik Dönem	Olgu Sayısı	Tüm Ün. Öğrencileri	Başvurma Oranları (%)
1987-88	57	13704	0.41
1988-89	61	14997	0.40
1989-90	85	16659	0.51
1990-91	108	18045	0.59
1991-92	110	19038	0.57
1992-93	115	18218	0.63

$p < 0.01$ $\chi^2 = 16.66$

Tablo 17. 'de yıllara göre üniversite genel mevcudu ve başvuran olgular gösterildi. Yıllara göre başvurma oranında anlamlı artış olduğu görüldü ($p < 0.01$).

Tablo 18. 'de olguların geliş aylarına göre dağılımı gösterildi. Olguların %35.54 'ünün ekim-kasım-aralık aylarında, %31.08 'inin mart-nisan-mayıs aylarında geldiği, ocak-şubat aylarında nispeten daha az ve yaz aylarında oldukça az başvurdukları görüldü. Mart-nisan-mayıs ve ekim-kasım-aralık aylarında başvurma sıklıkları diğer aylara göre anlamlı derecede fazla bulundu ($p < 0.001$). Aylara göre başvurma sıklıklarının cinsiyetleriyle ilişkisi olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Tablo 19. 'da olguların geliş şikayetlerine göre dağılımı gösterildi. Olguların en sık ifade ettikleri ilk üç şikayete bakıldığında bütün olguların %37.08 'inin somatik, %33.08 'inin anksiyete ve %25.23 'ünün uykuya ilgili şikayetleri olduğu, erkeklerin %33.16 'sının anksiyete, %31.35 'inin somatik ve %25.91 'inin uykuya ilgili, kızların ise, %45.45 'inin somatik, %32.95 'inin anksiyete ve %24.24 'ünün uykuya ilgili şikayetleri olduğu görüldü. Olguların %16.77 'sinde sinirlilik, %13.85 'inde baş ağrısı, %14.15 'inde ders başarısı ve çalışmasıyla ilgili akademik şikayetler, %11.54 'ünde

Tablo 18. Olguların Geliş Aylarına Göre Dağılımı

AY (d)	YATAN				AYAKTAN (c)				TOPLAM (a,b)									
	E SAYI	% SAYI	K SAYI	% SAYI	T SAYI	% SAYI	E SAYI	% SAYI	K SAYI	% SAYI	T SAYI	% SAYI	E SAYI	% SAYI	K SAYI	% SAYI	T SAYI	% SAYI
Ocak	2	4,76	3	9,68	5	6,85	20	5,81	16	6,87	36	6,24	22	5,70	19	7,20	41	6,31
Şubat	1	2,38	2	6,45	3	4,11	27	7,85	24	10,30	51	8,84	28	7,23	26	9,85	54	8,31
Mart	4	9,52	4	12,90	8	10,96	33	9,59	28	12,02	61	10,57	37	9,59	32	12,12	69	10,62
Nisan	5	11,90	4	12,90	9	12,32	43	12,50	18	7,73	61	10,57	48	12,44	22	8,33	70	10,77
Mayıs	7	16,67	1	3,22	8	10,96	30	8,72	25	10,73	55	9,53	37	9,59	26	9,85	63	9,69
Haziran	2	4,78	2	6,45	4	5,48	12	3,49	14	6,01	26	4,51	14	3,63	16	6,06	30	4,62
Temmuz	3	7,14	0	0,00	3	4,11	18	5,23	10	4,29	28	4,85	21	5,44	10	3,79	31	4,77
Ağustos	1	2,38	1	3,23	2	2,74	17	4,94	8	3,43	25	4,33	18	4,66	9	3,41	27	4,15
Eylül	3	7,14	2	6,45	5	6,85	22	6,40	7	3,00	29	5,03	25	6,48	9	3,41	34	5,22
Ekim	4	9,52	1	3,23	5	6,85	53	15,41	22	9,44	75	13,00	57	14,77	23	8,71	80	12,31
Kasım	2	4,76	8	25,81	10	13,70	41	11,92	30	12,88	71	12,31	43	11,14	38	14,39	81	12,46
Aralık	8	19,05	3	9,68	11	15,07	28	8,14	31	13,30	59	10,22	36	9,33	34	12,88	70	10,77
TOPLAM	42	100	31	100	73	100	344	100	233	100	577	100	386	100	264	100	650	100

% ler sütünlara göre alındı.

Aylar itibarıyla:

a. $p < 0.001$ $\chi^2 = 45.49$

Cinsiyet itibarıyla:

b. $p > 0.05$ $\chi^2 = 19.40$

c. $p > 0.05$ $\chi^2 = 19.10$

Yatırılma itibarıyla:

d. $p > 0.05$ $\chi^2 = 6.63$

Tablo 19. Olguların Geliş Şikayetlerine Göre Dağılımı

ŞİKAYET	YATAN				AYAKTAN				TOPLAM									
	E SAYI	%	K SAYI	T SAYI	E SAYI	%	K SAYI	T SAYI	E SAYI	%	K SAYI	T SAYI	E SAYI	%	K SAYI	T SAYI		
Anksiyete	8	19,05	7	22,58	15	20,55	120	34,88	80	34,33	200	34,66	128	33,16	87	32,95	215	33,08
Uykuyla ilgili	13	30,95	7	22,58	20	27,40	87	25,29	57	24,46	144	24,96	100	25,91	64	24,24	164	25,23
Baş ağrısı	2	4,76	4	12,90	6	8,22	43	12,50	41	17,60	84	14,56	45	11,66	45	17,05	90	13,85
Akademik (b)	3	7,14	1	3,23	4	5,48	67	19,48	21	9,01	88	15,25	70	18,13	22	8,33	92	14,15
Güvensizlik	3	7,14	0	0,00	3	4,11	6	1,74	9	3,86	15	2,60	9	2,33	9	3,41	18	2,77
Somatik (b)	5	11,90	9	29,03	14	19,18	116	33,72	111	47,64	227	39,34	121	31,35	120	45,45	241	37,08
Anerji	3	7,14	10	32,26	13	17,81	33	9,59	29	12,45	62	10,75	36	9,33	39	14,77	75	11,54
Sinirlilik (a)	4	9,52	6	19,35	10	13,70	46	13,37	53	22,75	99	17,16	50	12,95	59	22,35	109	16,77
Unutkanlık	1	2,38	1	3,23	2	2,74	25	7,27	13	5,58	38	6,59	26	6,74	14	5,30	40	6,15
Suisid girişimi	0	0,00	2	6,45	2	2,74	3	0,87	4	1,72	7	1,21	3	0,78	6	2,27	9	1,38
Suisid düşünceleri	1	2,38	1	3,23	2	2,74	3	0,87	7	3,00	10	1,73	4	1,04	8	3,03	12	1,85
Cinsel (a)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	2,33	0	0,00	8	1,39	8	2,07	0	0,00	8	1,23
Saplanırlı düşünce (a)	7	16,67	1	3,23	8	10,96	24	6,98	10	4,29	34	5,89	31	8,03	11	4,17	42	6,46

% ler her karakter için ayrı alındı.

Cinsiyet itibarıyla:

a. $p < 0.05$

b. $p < 0.01$

Diğerleri. $p > 0.05$

halsizlik, yorgunluk, bitkinlik (aneri), %6.46 'sında saplantılı ve rahatsız edici düşünce şikayetleri, %6.15 'inde unutkanlık, %2.77 'sinde güvensizlik şikayetleri olduğu görüldü. Akademik, cinsel ve saplantılı-rahatsız edici düşüncelerle ilgili şikayetlerin erkeklerde, somatik, sinirlilik ve aneri ile ilişkili şikayetlerin kızlarda erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla ifade edildiği görüldü ($p < 0.05$).

Tablo 20. Olguların Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.

Yatış sayısı	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tek	32	76,19	27	87,10	59	80,82
2 kez	6	14,29	4	12,90	10	13,70
3 kez	2	4,76	0	0,00	2	2,74
4 kez ve üstü	2	4,76	0	0,00	2	2,74
TOPLAM	42	100	31	100	73	100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 1.36$

Tablo 20. 'de olguların yatış sayılarına göre dağılımı gösterildi. Olguların %80.84 'ünün tek kez, %19.16 'sının mükerrer yatış yaptığı görüldü. Mükerrer yatış sıklığının cinsiyetle anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 21. Yatan Olguların Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı.

Kardeş Sayısı	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ve 2	4	9,52	4	12,90	8	10,96
3 ve 4	17	40,48	13	41,94	30	41,10
5 ve üstü	11	26,19	7	22,58	18	24,66
Bilinmeyen	10	23,81	7	22,58	17	23,28
TOPLAM	42	100	31	100	73	100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 0.28$

Tablo 21. 'de yatan olguların kardeş sayılarına göre dağılımı gösterildi. Olguların %88.04 'ünün 3 ve daha fazla kardeşinin olduğu görüldü. Yatan olgulardan sadece biri tek çocuktur. %23.29 'u hakkında kayıtlarda veri bulunamadı. Kayıtlarda kardeş sayıları bulunamayanlar dışlanarak incelendiğinde başvuran olguların kardeş sayılarıyla cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 22. Yatan Olguların Kardeş Sıralamasındaki Yerlerine Göre Dağılımı

Kardeş Sıralamasındaki Yeri	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk çocuk	12	28,58	9	29,03	21	28,77
Arada	14	33,33	7	22,58	21	28,77
Son çocuk	5	11,90	7	22,58	12	16,44
Bilinmeyen	11	26,19	8	25,81	19	26,02
TOPLAM	42	100	31	100	73	100

$p > 0.05$ $\chi^2 = 1.95$

Tablo 22. 'de yatan olguların kardeş sıralamasındaki yerlerine göre dağılımı gösterildi. Olguların %28.77 'sinin evin ilk çocuğu, %16.43 'ünün son çocuğu olduğu tespit edildi. %26.03 'ünün hakkında kayıtlarda veri bulunamadı. Kayıtlardan bulunamayanlar dışlanarak incelendiğinde, yatan olguların kardeşleri arasındaki yerleriyle cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 23. Yatan Olguların Çıkış Durumlarına Göre Dağılımı

Çıkış Durumu	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şifa	1	2,39	1	3,22	2	2,74
Salah	28	66,67	19	61,29	47	64,38
Sosyal salah	3	7,14	3	9,68	6	8,22
Haliyle	5	11,90	1	3,23	6	8,22
Firar	3	7,14	2	6,45	5	6,85
Sevk	0	0,00	2	6,45	2	2,74
Bilinmeyen	2	4,76	3	9,68	5	6,85
TOPLAM	42	100	31	100	73	100

Tablo 23. 'te yatan olguların çıkış durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Olguların çıkış durumları, %64,38 "salah" olarak kayıtlara geçmiştir. Vefat eden olmamıştır. Toplam 5 (%6.85) olgu "firar" etmiş veya izinden dönmemiştir. 6 (%8.22) olgu "haliyle" taburcu edilmiştir.

Yatan Olguların EEG, BBT Tetkikleri ve Konsültasyon Sonuçları:

Olguların 16 'sı erkek, 5 'i kız toplam 21 'ine (%28.77) EEG istendi. EEG istenen 21 olgudan 6 'sında (%28.57) değişik derecede bozukluk saptanırken diğerleri normal bulundu.

2 erkek 1 kız toplam 3 olguda BBT çekirildi ve hepsi normal bulundu.

11 'i erkek 8 ' i kız toplam 19 (%26.02) olguda değişik bilim dallarından konsültasyon istendi. 11 'inin (%15.06) konsültasyonları normal olarak değerlendirilirken 8 'ine (%10.95) değişik tanılar konularak tedavi verildi.

Yatan Olguların Rutin Kan Tetkikleri:

Yatan olguların 35 'inin (%47.94) rutin kan değerleri (eritrosit, lokosit, hematokrit) kayıtlarda bulunamadı. Eritrosit ortalama değerleri erkeklerde 4.410.000, kızlarda 4.040.000, ortalama 4.270.000 bulundu. Ortalama lökosit değerleri erkeklerde 6.960, kızlarda 6.050, ortalama 6.620; hematokrit ortalama değerleri ise erkeklerde %43.78, kızlarda %40, ortalama %42.42 olarak bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikiyatri polikliniğine kendiliğinden başvuran üniversite öğrencilerinden oluşan olgularımız tüm hastaların %5.97 'ini oluşturdu (Tablo 1). Üniversite öğrencilerinin tüm hastalara oranı 1987-88 akademik yılında %4.35, 1988-89 'da %4.66 iken 1992-93 yılında bu oran %7.34 oldu. Karadeniz Ün. Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran üniversite öğrencilerinde yapılan benzer bir çalışmada bu oran 1989-90 akademik yılında %11.19, 1987-88 yılında %6.18, 1988-89 yılında ise %7.14 olarak bildirilmiştir (48). Karadeniz Ün. Tıp Fak.'de ve kliniğimizde üniversite öğrencilerinin genel hasta potansiyeli içindeki payının ve getirdiği yükün arttığı görülmektedir. Nispeten yeni kurulmuş olan ve mediko-sosyal merkezleri olmayan, öğrencilerin psikolojik problemlerine genel poliklinik ve servis dahilinde hizmet vermeye çalışan kliniklerde üniversite öğrencilerinin giderek daha yüksek bir oranı oluşturmaya başladıkları anlaşılmaktadır. Problem alanları ve tedavi yaklaşımları diğer hastalara göre farklılıklar gösteren üniversite öğrencilerinin sorunlarıyla ilgilenmede "özel ilgi ihtiyacının" bu fakültelerde giderek artacak bir problem olacağı düşünülebilir.

Üniversite öğrencilerinin fakülte hastanelerine artan oranda başvurma nedenleri, toplumun genelinde görülen psikolojik sorunları daha rahat kabullenme ve psikiyatriste daha rahat açma eğiliminin öğrencilerde de olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca özellikle yeni olan üniversitelerde, açılan fakülte ve meslek yüksek okulları nedeniyle öğrenci mevcudu ve dolayısıyla psikiyatriye başvuran öğrenci sayısının giderek arttığı görülmektedir.

Yatırılan tüm hastalar içinde öğrenciler %5.52 'ile polikliniğe yakın bir oranda yer aldı. Öğrencilerle diğer hastaların yatırılma oranlarında anlamlı fark olmadığı görüldü.

Kliniğimizde daha önce yapılan bir çalışmayla belirlenen 10 yıllık bir dönemde yatırılan hastaların tanılarıyla yatırılan öğrencilerin tanıları karşılaştırıldığında hastalık oranlarının birbirlerine oldukça yakın olduğu ve hastalık dağılımında her iki cins için

de anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 2) (49). Bu bulgular üniversite öğrencilerinde yatırılmayı gerektirecek rahatsızlıkların diğer hastalarla yatırılma eşiği ve tanı dağılımı açısından paralellik gösterdiği şeklinde yorumlanmış ve yatan üniversite öğrencileriyle ilgilenmede herhangi bir psikiyatri kliniğinin yeterli olabileceği, adolesan döneminin ve ünivesitenin getirdiği ve daha önce ifade edilen bazı emosyonel, durumsal ve geçici problemlerin poliklinik aşamasında çözümlenebildiği ve bunların yatırılmasına genellikle gerek kalmadığı anlaşılmaktadır. Diğer kliniklerin bu açıdan ne durumda oldukları ve psikiyatriyle farkları bu çalışma kapsamına alınmadı. Ancak üniversite öğrencilerinde daha çok emosyonel problemlerin olduğu, somatik yakınmalarla gelen öğrencilerin büyük bir bölümünün altta yatan problemlerinin psikolojik olduğu düşünüldüğünde, psikiyatrinin daha ağır bir yük altında olduğu düşünülebilir.

Diğer hastalarla öğrencilerin yatış süresi ortalamaları karşılaştırıldığında genelde anlamlı farklılık olmamasına karşın cinsiyete göre değerlendirildiğinde kız öğrencilerin yatan diğer bayanlardan ve erkek öğrencilerden belirgin derecede daha kısa süre yattıkları tespit edildi (Tablo 4). Diğer hastalar içinde de kadınların erkeklerden daha kısa yattıkları ancak farkın öğrenciler yönünden oldukça arttığı ve istatistiki anlamlılık değerine ulaştığı görüldü. Daha uzun süre yatırılan psikotik bozuklukların erkeklerde, nispeten daha kısa süre yatırılan somatoform bozukluk ve uyum bozukluklarının kızlarda anlamlı derecede fazla olmasının bu farkı oluşturduğu, olgu sayısının artmasıyla farkın azalabileceği düşünülebilir. Ayrıca ailelerin genellikle kızlarını hastanede fazla tutmak istememelerinin de etkili olabileceği düşünülmelidir. Kız öğrencilerin daha kısa süre yatırılmasının hastalıklarının ve şiddetlerinin değişik olmasından veya uzun süre yatmalarını engelleyen bireysel, ailesel, sosyal veya kurum ve personelle ilgili nedenlerden kaynaklanabileceği ve bunun da başka bir çalışma ile araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Polikliniğimize daha çok erkek öğrenciler başvurular (%59.38). Yatan olgular içinde de cinsiyet oranı poliklinikteki orana yakındı ve cinsiyetle yatırılma oranı arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 3).

Öğrencilerin yılda ortalama %0.5 'i kendiliğinden psikiyatriye başvurdu (Tablo 5). İki yıllık önlisans öğrenimi veren meslek yüksek okulları (MYO) dışlandığında bu oran %0.62 olarak bulundu. Aynı oran Karadeniz Ün. Tıp Fakültesinde %1.2 (48), Tokyo Ün mental sağlık merkezine kendiliğinden başvuran öğrencilerde %0.6 (50) ve Ankara Ün. medikososyal merkezine (MSM) başvuran 1. sınıf öğrencilerinde %1.13 (15) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tespit edilen öğrencilerin kendiliğinden psikiyatriye başvurma oranı Tokyo Ün. 'deki oranla paralellik göstermekteyken, Karadeniz Ün. Tıp Fak. ve Ankara Ün. MSM 'nde tespit edilen oranların ise yarısı kadardır.

Öğrencilerin fakülte psikiyatri polikliniğine veya MSM 'ne psikiyatrik problemle kendiliğinden başvurma oranlarının %0.5-%1.2 arasında olduğu görülmektedir. Buna karşın anket ve semptom tarama çalışmalarında üniversite öğrencilerinde %11-15 (4), %9-12 (51) oranında ruhsal ve emosyonel bozukluk tespit edilmiştir. Saha çalışmalarında on kat gibi oldukça yüksek bir oran tespit edilmesi, ruhsal problemleri olan üniversite öğrencilerinin ancak az bir kısmının psikiyatriste başvurduğunu düşündürmektedir.

Öğrencilerin fakültelerine göre başvurma oranlarında meslek yüksek okullarının daha az oranda başvurması dışında anlamlı farklılık bulunmadı. Mevcutlarına göre en yüksek oranda ilahiyat fakültesi öğrencileri başvurdu. Genelde %0.5 olan başvurma oranı ilahiyat öğrencileri için %0.84 olarak gerçekleşti. Bu fakülte öğrencilerinin strese daha çok maruz kalma gibi herhangi bir predispozan faktör yönünden incelenmesi gerektiği düşünüldü. MYO 'ındaki öğrencilerin %0.23 gibi oldukça düşük bir oranda başvurduğu görüldü. Aynı oran Karadeniz Ün. 'de de %0.2 olarak düşük bulunmuştur (48). MYO 'larının daha uzak yerleşimli ve bazılarının şehir dışında oldukları göz önüne alındığında, yakın yerleşimli fakültelerdeki öğrencilerin daha rahat başvurabildikleri düşünülebilir. Nitekim çalışmamızda şehir dışındaki fakülteler dışlanarak başvurma oranı hesaplandığında %0.56 bulunmuştur. Ruhsal bozukluk sıklığında fakültelere göre anlamlı değişiklik gösteren literatür

bulgusu bulunamamıştır. Bir çalışmada depresyon oranının fakültelere göre değişmediği bulunmuştur (14).

Bu çalışmada diş hekimliği ve eğitim fakültesinden kız öğrencilerin, ilahiyat fakültesinden ise erkek öğrencilerin anlamlı derecede daha sık başvurdukları görülmüştür (Tablo 7). Ancak diş hekimliği ve eğitim fakültesinde kız öğrencilerin fazla olması, ilahiyat fakültesinde ise kız öğrencilerin alınmasında sınırlama konulmasının oluşturduğu fark göz önüne alındığında başvurma sıklığında okudukları fakülteyle cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı düşünülebilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin daha rahat başvurma imkanları olduğu ve yüksek oranda başvurabilecekleri tahmin edilmişti. Ancak tıp öğrencilerinin öğretim ve araştırma görevlileriyle daha çok özel olarak görüştikleri, sıklıkla polikliniğe kayıt olmayıp kart çıkarmadıkları düşünüldüğünde, bu nedenler oranın beklenen şekilde yüksek çıkmamasını açıklayabilir.

Rektörlük öğrenci işleri ve kütüphanesinde yapılan incelemelerde üniversite mevcudunun yalnız 1992-93 akademik yılı için cinsiyete göre dağılımları bulunabildiğinden cinsiyete ve sınıfa göre başvurma sıklığı yalnız bu dönem için değerlendirildi. Aynı yıl psikiyatriye başvuranlarla kıyaslandığında öğrencilerin her iki cins için de birbirine yakın oranlarda psikiyatri polikliniğine başvurduğu, arada anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 6).

Okudukları sınıflara göre değerlendirildiğinde kız öğrencilerin birinci sınıfta, erkek öğrencilerin ise son sınıflarda anlamlı derecede daha sık polikliniğimize başvurduğu görüldü (Tablo 8-9-10). Bazı çalışmalardaki üniversite öğrencilerinin problemlerin çoğuyla ilk yıl karşılaştıkları (26,52,53), üniversite öğrencilerinde ilk yılda ailesinden uzak olmalarıyla "yalnızlık" skorlarının ilişkili bulunması şeklindeki bulgularla paralellik göstermektedir (54). İlk sınıfta kızların psikiyatriye daha çok başvurmaları aileden uzaklaşma, üniversite yaşamına ayak uydurmadaki problemler ve getirdiği depresif ve uyum bozukluklarının kızlarda daha fazla olmasına bağlanabilir (55). Çalışmamızda uyum bozuklukları kızlarda anlamlı ölçüde fazla bulundu ve uyum bozukluklarının ilk sınıfta olması da beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Öğreniminin son yıllarında öğrencilerin gelecekle ilgili mesleki, askerlik, evlilik, maddi problemler, iş bulma gibi endişelerinin erkek öğrencilerde daha bariz olmak üzere arttığı ve mezuniyetle ilgili problemlerin ortaya çıktığından bahsedilmişti. Akademik tahsilin ilerlemesiyle ve tıp fakültesinde ileri sınıflara doğru depresyona olan meylin arttığı (11) şeklindeki bulgular son sınıflarda öğrencilerin fazla oranda başvurmasını açıklayabilir.

Olgularımızın %49.4 'ünün evde ve ailesiyle, %10.3 'ünün arkadaşlarıyla %39.3 'ünün yurttta kaldığı tespit edildi (Tablo 11). Yurttta kalanlar içinde kızlar erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulundu. Ancak tüm üniversite öğrencilerinin kaldıkları yerler bilinemediğinden olgularımız genel öğrenci sayıları ile karşılaştırılmadı ve daha geçerli sonuçlara ulaşılamadı. Yurttta kalan öğrenciler içinde kızların anlamlı ölçüdeki fazlalığı ayaktan tedavi edilen öğrenciler için söz konusu iken, yatan öğrenciler arasında bu farkın olmaması, yurttta kalan kız öğrencilerin yatırılmayı gerektirmeyen, hafif ve emosyonel problemler nedeniyle daha sık başvurduklarını düşündürebilir. Yine tersine ailesiyle kalanlar içinde kızların erkeklere göre anlamlı ölçüde daha az olması, yukarıdaki bulguları desteklemekte ve yurt yaşamının kız öğrenciler için predispozan bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bu düşüncenin örnekleme ve saha çalışmalarıyla açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Kaldığı yerle yatırılma oranının ilişkisi araştırıldığında, ailesiyle kalan öğrencilerin anlamlı ölçüde daha az yatırıldıkları görüldü (Tablo 11). Çalışmalarda ailesinden uzak olanlarda "yalnızlık" skorlarında yüksek sonuçlar alınmıştır (54). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada yalnızlıkla depresyon arasında pozitif ilişki olduğu (56), bir diğer çalışmada sosyal desteği olduğunu sezmeyle anksiyete arasında ters ilişki olduğu (57) bildirilmektedir. Yatakhane yaşamının alkol kullanma riskini arttırdığı (58), yurttta kalanların notlarının daha düşük olduğu (35), yurttta kalanlarda depresyonun psikotik boyutlara varma eğilimi gösterdiği (11) gibi bulgular birlikte değerlendirildiğinde, yurttta kalan öğrencilerin psikolojik sorunlara daha yatkın olduğu veya rahatsızlıklarının daha ağır seyrettiği, evde ailesiyle kalanların ise daha az psikolojik problemle karşılaştıkları, ailenin

öğrenciyi yatırmak istemediği, yurttaki kalanların ise yatma konusunda daha rahat davrandıkları gibi olasılıkları düşündürmekte ve bulgularımızı desteklemektedir.

Yurttaki kalmanın ve aileden uzak olmanın ne ölçüde risk oluşturduğu, bu riskin hangi problem alanlarından kaynaklandığı ve yoğunlaştığı, yurt yaşamının ne şekilde olumsuz etkileri olduğunun açıklığa kavuşturulması için uygun metodlarla ayrıca araştırılması gereklidir. Yurtlarda tecrübeli ve ilgili elemanlarca yürütülecek psikolojik danışmanlık hizmeti olmasının probleme bir ölçüde ışık tutabileceği düşünülebilir.

Olgularımızın geldikleri yerlerle yatırılma oranları arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 12). Konya 'dan gelenler içinde kızlar daha fazlaydı. Ailelerin özellikle kız çocukları için aynı şehirdeki okulları tercih etmeleri nedeniyle, bu, beklenen bir bulgu olarak değerlendirildi. Bir çalışmada evden uzaklıkla yatırılma arasında belirgin ilişki olduğu (59), İstanbul Ün. 'de yapılan bir çalışmada ise (60) Anadoludan gelen öğrencilerde nevroitik belirtilerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda tüm öğrencilerin geldikleri yerler bilinemediğinden geldikleri yerlerle başvurma sıklığı arasında karşılaştırma yapılamadı.

Olgularımızın %80.77 'sini 18-23 yaşlarındaki öğrenciler oluşturdu (Tablo 13). Erken yaşlarda kızların, geç yaşlarda ise erkeklerin anlamlı derecede daha sık başvurmaları yukarıda tartışılan ilk sınıfta kız, son sınıflarda ise erkek öğrencilerin daha fazla başvurmalarıyla paralellik göstermektedir. Karadeniz Ün.'de yapılan çalışmada başvuran öğrencilerin %93 'ü 17-24 yaş (48), üniversite öğrencilerinde semptom taraması şeklinde yapılan bir diğer çalışmada ise %93 'ü 18-24 (55) yaşları arasında bulunmuştur. Görüldüğü gibi üniversite öğrencilerinin hemen hepsi 17-24 yaşlarında ve geç adolasan-geç erişkinlik dönemindedir.

Olgulara en sık anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur (%30.15). Benzer bir çalışmada da tıp fak. hastanesine başvuran ün. öğrencilerinde %35.9 oranıyla en fazla anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur (48). İstanbul Ün. MSM 'ne başvuran 100 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada %17 ile ikinci sırada yer almış (61), Ankara Ün. MSM 'de yapılan bir çalışmada %14.8 oranında anksiyete ve geçici nevroitik reaksiyon tanısı konmuştur (8).

Çalışmamızda depresif bozukluklar %17.38 'lik oranla ikinci sıklıkta bulundu. Depresif bozukluk Ankara ÜN. MSM 'ne başvuran öğrencilerde %32 (14), İstanbul Ün. MSM 'nde ise %26 oranıyla başvurma nedenleri arasında birinci sırada bulunmuştur (61). Görüldüğü kadarıyla tıp fak. hastanelerinde üniversite öğrencilerine en sık anksiyete bozukluğu tanısı konulurken MSM 'lerinde en sık depresyon tanıları konmaktadır. Tarama çalışmalarında ise depresyon en sık rastlanan problemdir ve oldukça yüksek oranlar bildirilmektedir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir tarama çalışmasında %60 oranında depresyon tespit edilmiş (11), başka bir çalışmada bir yıl içinde depresyon görülme oranı %43.6 bulunmuş (62), 1. sınıf öğrencilerinde %69 subklinik, % 8.7 klinik depresyon görülmüştür. İsveç 'te 19-20 yaşlarındaki adolesanlarda yapılan geniş bir saha çalışmasında son bir yılda erkeklerde %8.1, kızlarda %17.3 depresyon oranları bildirilmiştir (63). Üniversite öğrencilerinde depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu bulunmuştur (55). Depresyon ve anksiyete sıklıkla birarada bulunmakta bu nedenle çalışmalarda zaman zaman depresyon, zaman zaman anksiyetenin ön planda bildirildiği görülmektedir.

Depresyonun ün. öğrencilerinde en sık görülen problem olduğu (11,14,55,61,62,64-66), akademik tahsilin ilerlemesiyle depresyona meylin arttığı (11), depresyonla üniversiteyi terk etme (27) ve akademik başarı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (28).

Olgularımızın %6.46 'sına uyum bozukluğu tanısı konmuştur. Tokyo Ün. mental sağlık merkezinde üniversite öğrencilerinde %80 oranında uyum bozukluğu ve nevroz (50), Ankara Ün. MSM 'nde %18 uyum bozukluğu ve psikosomatik yakınmalar tespit edilmiştir (8). Ailede çatışma olmasının öğrencinin uyumunu olumsuz yönde etkilediği, aile yapısıyla uyum arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (67). Problemlerinin çoğunun geçici, dönemsel ve üniversite ortamına uyum göstermede zorluktan kaynaklandığı ifade edilen üniversite öğrencilerinde uyum bozukluğu tanılarının daha sık konulması beklenirdi. Nitekim üniversite öğrencileriyle görüşüldüğünde şikayetlerinin sıklıkla sınav dönemleri, akademik dönem-tatil, hafta içi-hafta sonu, durumuna göre değişiklik gösterdiği veya kaybolduğu, ailelerinin

yanına gittiklerinde şikayetlerinin düzeldiği öğrenilmektedir. Ancak kliniğimizde tanı konulurken semptomatolojinin ön palanda değerlendirilerek öğrencinin şikayetleri doğrultusunda anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi tanılar konulduğu görülmektedir.

Çalışmamızda anksiyete boz., somatoform boz., disosiyatif boz. ve uyum bozukluğu toplamı nevrotik bozukluk olarak değerlendirildiğinde öğrencilerin %47.84 'ünde nevrotik bozukluk olduğu görülmektedir. İstanbul Ün. öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada erkeklerde %35.1 nevrotik, %2.8 çok kuvvetli nevrotik, kızlarda %37.7 nevrotik, %0.8 çok kuvvetli nevrotik bulgular olduğu (68), Tokyo Ün.'de öğrencilerin %80 'inin nevrotik ve uyum bozukluğu olduğu (50), Ankara Ün. MSM 'nde ise öğrencilerin %1 'den azının ciddi, kalanının psikonevrotik olduğu bildirilmiştir (15). Karadeniz Teknik Ün. 'de yapılan bir semptom tarama çalışmasında ise erkeklerin %61.13 'ü nevrotik, %2.3 'ü kuvvetli nevrotik, kızların %74.75 'i nevrotik, %2.02 'si kuvvetli nevrotik bulunmuştur (22). Görüldüğü gibi üniversite öğrencilerinde problemler daha çok nevrotik olarak değerlendirilmekte, daha ciddi rahatsızlıklara az oranda rastlanılmaktadır.

Olgularımızın %3.23' üne psikosomatik bozukluk tanısı konulmuştur. İstanbul Ün. MSM psikiyatriye başvuran öğrencilerde %3 migren, %4 ülseröz kolit (61), Ankara Ün. MSM 'nde %18 psikosomatik yakınma ve uyum güçlüğü (8) tespit edilmiştir. Bir tarama çalışmasında ise öğrencilerin %29 'unda hafif-orta şiddette ve tekrarlayıcı ağrı sıklığı olduğu ve bu ağrının depresyonla ilgili olduğu bulunmuştur (69). Somatik yakınmalarla dahiliye polikliniğine giden öğrencilerde dersle ilgili problemlerin sık olduğu belirtilmiştir (14). Çalışmamızda öğrencilerin en sık somatik şikayetle geldikleri görülmektedir.

Çalışmamızda psikotik bozukluk oranı %6.77 bulundu. Bu oran, Karadeniz Ün. Tıp Fak. 'nde %8.1, İstanbul MSM 'nde %9 (61), Ankara MSM 'nde %3.1 bulunan psikotik bozukluk oranlarına yakındır (8). Psikotik bozukluklar daha sık yatırılmakta ve kayıtları dondurulmaktadır. Son üç yılda 13 öğrenciye kayıt

dondurulması yönünde kliniğimizce rapor verilmiştir. Bu öğrencilerin hemen hepsi (%84.6) daha önce kliniğimizde yatmış psikotik öğrencilerdir.

Öğrencilerin %1.8 'ine kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. ABD 'nde yapılan geniş bir çalışmada tüm psikiyatri hastalarının %30 'unun adolesanlar olduğu, adolesanların %36 'sına dönemsel geçici kişilik bozukluğu tanısı konduğu ve bunlarda en sık pasif agresif ve sosyopatik kişilik bozukluğu olduğu bulunmuştur (70). Ankara MSM 'de %12.7 geçici borderlayn kişilik bozukluğu tanısı konmuştur (8). Adolesan dönemde kişilik gelişimi henüz tamamlanmadığı için klasik kişilik bozukluğundan çok geçici kişilik bozukluğu tanıları konulduğu görülmektedir.

Olgularımızın aldıkları tanılar cinsiyete göre değerlendirildiğinde psikotik bozuklukların erkeklerde, buna karşın somatoform bozukluk ve uyum bozukluklarının kızlarda anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur. Litaratürde kızlarda nevrotik bozuklukların (60,62,65,66,68), depresyonun (52,55,70), anksiyete bozukluğunun (61) ve bulimianın daha yüksek olduğu (72,73), buna karşın alkol ve madde kullanım bozukluğunun erkeklerde daha sık (58,74-76) olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda anksiyete bozukluğu erkek ve kızlarda aynı oranlarda bulunurken, depresif bozukluklar kızlarda daha fazla bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğuyla başvuran olgu olmamıştır. Dış kaynaklı yayınlarda alkol ve madde kullanım bozukluğuyla ilgili oldukça yüksek rakamlar verilmektedir. Ün. öğrencilerinde %16.2 alkol, %18-20 civarında madde kullanım bozukluğu (75,77) oranları görülmektedir. Karşılaştırmalı bir tarama çalışmasında düzenli alkol kullanma oranının İstanbul 'da %11.5, Burdur 'da %7.5, alkolle tanışma oranının İstanbul 'da %43.6 Burdur 'da %31.6 olduğu (78), İstanbul MSM 'ince yapılan bir tarama çalışmasında öğrencilerde %3.4 esrar, %1.4 oranında LSD (76) kullanımı olduğu, Trakya Ün.' de yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %0.1-1.9 'unun kendiliğinden ilaç kullandığı bildirilmektedir (74). Alkol ve madde kullanım bozukluğunun şehirden gelenlerde, yatakhane yaşamında, parçalanmış aileden gelenlerde ve erkeklerde fazla olduğu belirtilmektedir (58,75,76). Üniversitemizde alkol ve madde kulnanımıyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde nispeten

az oranda olduğunu tahmin ettiğimiz madde ve alkol kötüye kullanımı olan öğrenciler ya kendiliğinden başvurmamakta, veya başka şikayetlerle başvurmakta ve görüşmecinin özellikle sorgulamaması halinde de ifade etmemektedir. Kayıtlarımızda bu konuyla ilgili veriler oldukça yetersizdir. Üniversite öğrencilerinde alkol ve madde kullanım sıklığı, risk faktörleri ve çarelerinin öneminden dolayı özellikle araştırılmasının gerekli olduğu düşünüldü.

Olguların %72.62 'si tek başvuruda bulunmuştur (Tablo 15). Karadeniz Ün.'de bu oranın %78 olduğu bildirilmektedir (48). Beklenen şekilde yatan olguların anlamlı şekilde daha sık kontrollere geldiği, olguların kontrollere az oranda geldiği görülmektedir. Kanımızca adolesan dönemi ve üniversite öğrencileri konusunda ilgili ve tecrübeli elemanlarla öğrencilerle özel olarak ilgilenildiğinde kontrole gelme oranı artacaktır. Öğrenciler, diğer poliklinik hastalarıyla birlikte aynı poliklinikte muayene olduklarında, çok sıra beklediklerini, dersler ve sınavları nedeniyle kontrollere gelemediklerini ifade etmektedirler. Ayrıca üniversite kampüsünün tıp fakültesine göre ters yerleşimli ve uzak olması, diğer fakültelerin şehire dağılmış olması, ulaşımı zorlaştırmaktadır. Kampüste ve diğer fakültelerde medikososyal hizmeti verilememektedir. Halen kampüste yalnız bir pratisyen doktor görevlidir ve sorunlu öğrencileri daha çok fakülte hastanesine sevk etmektedir. Fakülte hastanesinde bulunan MSM 'nde bir danışman psikolog bulunmaktadır ve öğrencilerin psikolojik sorunlarıyla ilgilenilmesinde bu merkez çok yetersizdir kalmaktadır.

Fakülte mevcutlarındaki yıllara göre artış göz önüne alındığında da üniversite öğrencilerinin anlamlı ölçüde giderek daha fazla psikiyatriye başvurdukları görülmüştür (Tablo 17). Bu artışın zamanla psikiyatri polikliniğine yük getireceği ve MSM 'nin geliştirilmesi ve bünyesinde psiyikatrhist, psikolog, sosyal çalışma uzmanı gibi uzman ve adolesan dönem ve üniversite öğrencileriyle ilgili, yakın ilişkiler kurabilen elemanların bulundurulması, basit geçici ve dönemsel problemlerin burada çözümlenmesi, gerektiğinde fakülte hastanesine sevk edilmesinin uygun olacağı açıktır.

Öğrenciler akademik dönemin yeni başladığı ekim-kasım-aralık aylarında ve akademik dönemin bitmesine yakın olan mart-nisan-mayıs aylarında diğer aylara göre belirgin derecede daha fazla başvurumaktadırlar (Tablo 18). Akademik dönemin ilk aylarındaki bu yığılmanın evden ayrılma, üniversite ortamına ayak uydurma, yurda ve arkadaşlara alışma gibi uyum sorunlarından kaynaklanacağı, son aylardaki artmaya ise sınav dönemindeki stresin neden olabileceği düşünülebilir. Bir çalışmada akademik dönemle yatırılma arasında ilişki bildirilmiştir (59). Çalışmamızda aylar ve akademik dönem itibariyle yatırılma durumunda anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Olgular sırasıyla en çok somatik (%37.08), anksiyete (%33.08) ve uykuya ilgili (%25.23) şikayet belirtmişlerdir (Tablo 19). Araştırmalarda üniversite öğrencilerinde %18 uyku bozukluğu (79), kendiliğinden başvuranlarda %70 bireysel somatik ve psikişik problemler (50), doktora başvurmamış adolesanlarda %65 anksiyete ve depresif belirtiler (80), MSM 'ne başvuranlarda %18 psikosomatik yakınmalar ve uyum güçlüğü bulunmuştur (8). Görüldüğü gibi öğrenciler sıklıkla somatik yakınmalarla gelmektedir. Çalışmamızda %13.85 oranında öğrenci baş ağrısından yakınmıştır. Diğer polikliniklere başvuran bazı öğrencilerin somatik şikayetlerinin altında da psikolojik ve akademik zorluklarla ilgili problemlerin yattığı düşünülmektedir (14).

Çalışmamızda ikinci sıklıkta ifade edilen anksiyete şikayeti üniversite öğrencilerinde siktir ve özellikle akademik zorluklarla ilgilidir. Öğrencilerde sınav anksiyetesi ile sigara içiminin ve uyarıcı kullanımının, sınav yaklaştıkça paralel olarak anksiyetenin arttığı (81), kızlarda anksiyetenin daha bariz olduğu (71) araştırmalarda ifade edilmiştir. Çalışmamızda ise anksiyeteden şikayet edenlerde cinsiyet farkı bulunmamıştır (Tablo 19).

Üçüncü sıklıkla ifade edilen uyku bozukluğuna, üniversite öğrencilerinde oldukça sık rastlanmaktadır (82). Uykuları hafta içinde bozulmakta ve hafta sonu yatakta daha fazla kalmaktadırlar (83). Özellikle yurtda yatakhane ortamında öğrenciler kalabalık ortamdan rahatsız olmakta geç yatmakta ve düzenli

uyuyamamaktadırlar. Öğrencilerin uykularının stres, düzensiz ders çalışma, uygun olmayan barınma koşullarından etkilenebileceği düşünülebilir.

Araştırmalarda Üniversite öğrencilerinde en sık stres nedeninin akademik problemler olduğu belirtilmektedir (84). Çalışmamızda öğrencilerin %14.5 'i bu şikayetlerini açık olarak belirtmişlerdir. Ankara MSM 'nde öğrencilerin %37.2 'sinde ders çalışmama, unutkanlık şikayetleri olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda cinsel yakınmalar %1.23 oranında bulunmuştur ve erkeklerde anlamlı ölçüde fazladır. Karadeniz Ün. Tıp Fak. 'de %1.3 seksüel bozukluk (48), İstanbul MSM 'ne başvuran 100 öğrenciden birinde homoseksüellik (61), Ankara Ün. MSM 'ne başvuran öğrencilerde %5.4 oranında seksüel sapma tespit edilmiştir (8). Üniversite öğrencilerinde cinsel içerikli düşüncelerin fazlalığının önemli stres nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (31). Ancak cinsel problemler özellikle kız öğrenciler tarafından mahrem karşılanmakta doktora yansıtılmamakta, bu nedenle sıklığı az görülmektedir. Bu durumun iyi düşünülmüş yöntemlerle araştırılması gereklidir.

Son yıllarda AIDS 'in sık görüldüğü ülkelerde üniversite öğrencilerinde AIDS ile ilgili çalışmalar hızla artmakta ve öğrenciler AIDS 'ten korunmaya çalışılmaktadır (85). Aynı çalışmaların ülkemizde de yapılmasının bu önemli problemle başetmede faydalı sonuçlar getireceği düşünülebilir.

Olguların %1.85 'inde suisid düşünceleri, %1.38 'inde suisid teşebbüsü olduğu bulunmuştur. DİE 1985 verilerine göre tüm intiharların üçte biri 15-24 yaşları arasında olmaktadır (86). Adolesan ölüm nedenleri arasında intiharı 2. sırada (87), 3. sırada (88), 4-5. sıralarda bulan araştırmalar vardır (89). Üniversite öğrencilerinde %6 (90), %9 (79) intihar düşüncesi olduğu belirtilmektedir. Bu çağlarda ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde 3 kat daha fazladır (21). Bu karmaşık dönemde gençler zaman zaman çaresizliğe düşmekte ve çözümünü intiharda aramakta olabilirler.

Gençlerde ve üniversite öğrencilerinde sık karşılaşılan bir problem olmasına karşın intihar teşebbüsleri psikiyatriye yeterince yansımamaktadır. Gizlenmeye çalışılmakta, bazen acil servise getirilmekte ancak burada da yeterince

incelenememekte ve fakültemiz acil kayıtlarında üniversite öğrencisi oldukları not edilmemektedir. Başarılmış intiharların ise daha çok adliye kayıtlarında yer aldığı bilindiğinden bu kurumlarla ilişki kurularak öneminden dolayı bu konu ayrıca araştırılabilir.

Olguların yatış sayıları, kardeş sayısı ve kardeş sıralamasındaki yeriyile cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 20-21-22). Bir çalışmada kardeş sayısının fazla olması ile başarı durumu arasında ters ilişki olduğu, kaçınıcı çocuk olduğu ile başarının ilişkili olmadığı bildirilmiştir (14). Tüm üniversite öğrencilerinin kardeşleriyle ilgili veriler olmadığı için bu durumun başvurma sıklığına etkileri araştırılamamıştır. Anket ve saha çalışmalarının gerekliliği, ayrıca rektörlük ve öğrenci işleri tarafından öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili kayıt tutulmasının öğrenci popülasyonu tanıma ve onlara yardımcı olmada çok faydalı olacağı ortadadır.

Kliniğimizde hasta takip çalışması yapılamamaktadır. Aynı nedenle üniversite öğrencileriyle ilgili takip ve izleme çalışmaları da yoktur. Bu uygun müessese ve eleman gerektiren bir sorundur. Üniversite öğrencilerinin psikolojik bireysel ve sosyal problemleriyle daha iyi ilgilenilmesi için MSM 'inin geliştirilmesi, daha ciddi sorunlar için ise fakülte psikiyatri kliniğiyle irtibat halinde olmalarının faydalı olacağı düşünülebilir.

Materyal ve Metod Tartışması:

Poliklinik kartlarındaki veriler %2-32, yatış dosyalarındaki veriler ise %1-23 arasındaki oranlarda kayıtlarda bulunamamıştır. Kayıt tutma ve dosya arşivleme konusunda henüz yeterli seviyeye ulaşılamamıştır. Hastane genel arşivinden dosya temininde, bulunmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. Son yıllarda döner sermayede bilgisayarla kayıt sistemine geçilmiştir. Ancak bu, retrospektif araştırmalara yönelik değildir; yalnızca idari ve mali konularda yardım amacıyla hazırlanmıştır ve araştırmalara katkısı olmamaktadır.

Dosyalardaki kayıtların standardizasyonu ve kodlamaları yoktur. Bilgisayar desteğiyle veri saklama ve kodlama ile standardizasyonun sağlandığı bir dosyalama

sistemi kurulduğunda, geriye dönük bu tip çalışmalar ve gözden geçirmeler için büyük kolaylık sağlanacağı düşünülmektedir.

Rektörlük öğrenci işleri veya MSM 'i bünyesinde öğrencilerin daha geniş özellikleriyle kayıt edilmesi, öğrenci popülasyonunun daha iyi tanınabilmesine ve araştırmalarda bu bilgilerden yeterli biçimde yararlanılmasına imkan sağlayabilir.



ÖZET

Bu çalışmada SÜTF psikiyatri kliniğine, sekiz yıllık bir dönemde başvurup yatırılan veya ayaktan tedavi edilen üniversite öğrencilerinin poliklinik kartları ve yatış dosyalarındaki kayıtlar geriye dönük olarak araştırılmış, elde edilen veriler aynı dönemde kliniğimize başvuran diğer hastalarla ve üniversitenin genel mevcuduyla ilgili verilerle karşılaştırılmıştır. Çalışma 9 ay sürmüştür.

Dosya ve poliklinik kayıtlarındaki veriler özel olarak hazırlanan bir programla bilgisayara kaydedilmiş, kodlanarak ve tasnif edilerek gruplandırılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin bütün poliklinik hastaları içinde %5.97, yatan hastalar içinde ise %5.52 'lik bir oranı oluşturduğu bulunmuştur. Öğrencilerin yılda ortalama %0.50 'si psikiyatriye başvurmuştur.

Yatırılan üniversite öğrencileri ve diğer hastalar karşılaştırıldığında yatırılma oranlarında ve hastalık dağılımlarında benzerlik bulunurken kız öğrencilerin erkek öğrencilerden ve diğer kadın hastalardan oldukça az süre yattıkları bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin başvurma sıklıklarında cinsiyet, meslek yüksek okullarından daha az başvurulması dışında fakülte, geldiği yer, kardeş sayısı, kardeş sıralamasındaki yeri ve çıkış durumunun etkili olmadığı, buna karşın ilk sınıfta ve erken yaşlarda kızların, son sınıflarda ve geç yaşlarda erkeklerin daha sık başvurdukları, ailesiyle kalanların daha az yatırıldıkları, yurttan gelenler içinde kızların daha fazla olduğu bulunmuştur.

Öğrencilere en sık anksiyete (%30.15) ve depresif bozukluk (%17.38) tanıları konmuş, psikotik bozukluk erkeklerde, somatoform ve uyum bozuklukları kızlarda daha fazla bulunmuştur.

Öğrenciler en çok somatik (%37.08), anksiyete (%33.08), ve uykuyla ilgili (%25.23) şikayete başvurmuş, akademik, saplantılı düşünce ve cinsel şikayetler erkeklerde, sinirlilik ve somatik şikayetler kızlarda daha fazla bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin giderek daha sık psikiyatriye başvurdukları, diğer hastalar içindeki oranının arttığı tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Özbek A. Sosyal psikiyatriye giriş. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1971.
2. Ziyalar A. Gençlik çağında ruhsal hastalıklar. Yeni Symposium 1985; 3-4: 5-25.
3. Velicangil S, Güray Ö, Tümerdem Y, Çokan Y, Koray S, Oktay İ ve ark. Üniversite gençliğinin ruhsal sorunları ve kötü alışkanlıkları. 12. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1976.
4. Öztürk OM. Ruh sağlığı ve bozuklukları. İstanbul: Nurool Matbaası, 1989.
5. Ekşi A. Gençlerimiz ve sorunları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınevi, 1982.
6. Onur B. Ergenlik psikolojisi. Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık, 1985: 263-83.
7. Ekşi A. Adolesan döneminde kimlik konusunda bir araştırma. Doçentlik tezi, Ankara, 1973.
8. Gençtan E. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sorunları. Doçentlik tezi, Ankara, 1967.
9. Ünlüoğlu G. Adolesans dönemi problem alanları üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Doçentlik tezi, Ankara, 1973.
10. Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu. Kurum ve yurtlarda barınan öğrencilerin boş zamanlarını değerlendirme anketi sonuçları. Ankara: Yurtkur Yayınları, 1967.
11. Lostar S, Yurtseven H, Aykut L, Şenveli B, Özaydın M, Yeğın H. Bir grup tıp ve biyoloji öğrencilerinde "Zung İndeksi" ile depresif öğelerin saptanması. 25. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1989.
12. Adasal R. Normal ve anormal yönleriyle yeni medikal psikoloji. İstanbul: Nimetoğlu Yayınları, 1977.
13. Aytar G, Erkman F. Bir grup üniversite öğrencilerinde yaşam olayları, depresyon ve kaygı araştırması. 21. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1985.
14. Güney M. Üniversite öğrencileri arasında depresyon ve problem alanlarının akademik başarı ile ilişkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 1985.

15. Köknel Ö. Cumhuriyet gençliği ve sorunları. İstanbul: Başaran Matbaası, 1981.
16. Köknel Ö. Bugünün gençliği. İstanbul: Bozak Matbaası, 1970.
17. Uluslararası terörizm ve gençlik. Ankara: M.E. Güvenlik ve Sosyal Bakanlığı Gençlik Hizmetleri Müdürlüğü, 1987.
18. Özgüven İE. Üniversite öğrencilerinin başarılarını etkileyen zihinsel faktörler. Ankara: Hacettepe Ün. Yayınları, 1985.
19. Özsan M. Üniversite gençliğinin beklentileri ve sorunları. 21. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1985.
20. Songar A. Delikanlılık çağı psikolojisi. Yeni Symposium 1989; 1: 2-9.
21. Yörükoğlu A. Gençlik çağı. Ankara: Tisa Matbaası, 1985.
22. Tanrıöver S. K.T.Ü. öğrencilerinin psikososyal özellikleri üzerine bir araştırma. Uzmanlık tezi, Trabzon, 1990.
23. Curtis JR, Curtis T. A study of dropouts. J Am Coll Health 1965; 14: 14-22.
24. Nicholl AM. Harvard dropouts. Some psychiatric findings. Am J Psychiatry 1967; 124: 105-11.
25. Kidd CB, Dinwoodie DL. Psychiatric morbidity and student wastage. Proc Brit Stud Health 1964; 16: 48-53.
26. Mc Michael AJ, Hetzel BS. Mental health problems among university students, and their relationship to academic failure and withdrawal. Med J Aust 1975; 1: 499-504.
27. Davis H, Hall F, Cadoret RJ. Incidence and type of psychiatric disturbance in dropouts from state university. J Am Coll Health 1971; 19: 241-56.
28. Whitney W, Cadoret RJ, Mc Clure JN. Depressive symptoms and academic performance in college students. Am J Psychiatry 1971; 128: 766-70.
29. Baymur F. Üniversitede okuyan TÜBİTAK bursiyerlerinin başarılarını etkileyen faktörler. Ankara: TÜBİTAK Bilim Adamı Yetiştirme Gurubu Proje No 32, 1978.
30. Cochran CD, Hale WD. College students norms on the Brief Symptom Inventory. J Clin Psychol 1985; 41(6): 777-9.

31. Seil ED. College psychiatry. In: Solomon P, Patch VD, eds. Handbook of psychiatry. Boston: Lange Medical Publications, 1969.
32. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
33. Schwartz LA. Adolescent psychiatry. In: Solomon P, Patch VD, eds. Handbook of psychiatry. Boston: Lange Medical Publications, 1969.
34. Copel SL. Behaviour pathology of childhood and adolescence. New York: Basic Books, 1973.
35. Haste HW. Sex differences in fear of success among British students. Br J Sec Clin Psychol 1978; 17: 37-42.
36. Hurlock EB. Adolescent development. New York: Mc Graw Hill Books Com, 1955.
37. Josselyn IM. Adolescence. New York: Harper Raw Publisher, 1971.
38. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B ve ark. The clinical picture of major depression in children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1977; 44(16): 854-61.
39. Hamilton M. Mood disorders: Clinical features. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry/V. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
40. S.Ü. 1987-1988 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1988.
41. S.Ü. 1988-1989 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1989.
42. S.Ü. 1989-1990 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1990.
43. S.Ü. 1990-1991 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1991.
44. S.Ü. 1991-1992 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1992.
45. S.Ü. 1992-1993 Eğitim-Öğretim Yılı Faaliyet Raporu. Konya, 1993.
46. Hunt M. Introduction to minitab. Loughborough: Loughborough University of Technology Computer Centre, 1989.
47. Velicangil S. Biyoloji, tıp ve eczacılık bilimlerinde istatistik metodları. İstanbul: Sermet Matbaası, 1975.

48. Uluutku N, Etit A, Bekarođlu M, Tanrıöver S. Psikiyatri polikliniğine başvuran K.T.Ü. öğrencilerinin bazı özellikleri üzerine bir çalışma. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1990.
49. Çilli A, Kucur R, Kaya N, Aktan MK. S.Ü.T.F. psikiyatri kliniğinde yatan olguların retrospektif değerlendirilmesi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 1993.
50. Uno M, Ando E. Aspects of psychologic disorders in Japanese students. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991; 59(6): 228-33.
51. Srole L. *Mental health in the Metropolis*. New York: Mc Graw Hill Books Com, 1962.
52. Hamilton U. Non-cognitive factors in university students examination performance. *Br J Psychol* 1970; 61: 229-41.
53. Kuehn JK, Kuehn JL. Conspiracy of silence: Psychiatric counselling with students at high risk for academic failure. *Am J Psychiatry* 1976; 132: 1207-9.
54. Pearl T, Klopff DW. Loneliness among Japanese and American college students. *Psychol Rep* 1990; 67(1): 49-50.
55. Çuhadarođlu F. Üniversite öğrencilerinde psikiyatrik semptom dağılımı. 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1986.
56. Jackson J, Cochran SD. Loneliness and psychological distress. *J Psychol* 1991; 125(3): 257-62.
57. Hart KE, Hittner JB. beliefs, perceived availability of social support, and anxiety. *J Clin Psychol* 1991; 47(4): 582-7.
58. Barnes GM, Welte JW, Dintcheff B. Alcohol misuse among college students and other young adults: findings from a general population study in New York State. *Int J Addict* 1992; 27(8): 917-34.
59. Rosecan AS, Golderberg RL, Wise TN. Psychiatrically hospitalized college students: a pilot study. *J Am Coll Health* 1992; 41(1): 11-5.
60. Gökay F, Işık İ. Anadoludan gelen öğrencilerle İstanbul 'daki öğrenciler arasındaki çevreye uyum güçlüğü'nün doğurduğu nörotik belirtiler. 10. Milli Psikiyatri Kongresi, 1974.

61. Ekşi A. Öğrencilerde psikosomatik bozukluk ve stres arası ilişkilerin araştırılması. 17. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1981.
62. O'ncil MK, Marziali E. Depression in a university clinic population. *Can Psychiatry Assoc J* 1976; 21: 477-81.
63. Angst J, Binder J. Epidemiology of depressive symptoms in a 20 year old Swiss population. "Psychology of depression". Helsinki: Proceedings of the Symposium by the Section of Clinical Psychopathology of the World Psychiatric Association 1979, 1980.
64. Schuckit MA, Halikas JA, Schuckit JJ. Four year prospective study on college campus. *Dis Nerv Syst* 1973; 34: 320-4.
65. Golin S, Hartz MA. A factor analysis of the Beck Depression Inventory in a mildly depressed population. *J Clinic Psychol* 1979; 35: 322-5.
66. Klerman L. Clinical research in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24: 305-19.
67. Nelson WL, Hughes HM, Handal P, Katz B, Searight HR. The relationship of family structure and family conflict to adjustment in young adult college students. *Adolescence* 1993; 28(109): 29-40.
68. Uluutku N, Özel A. Yüksek öğrenim öğrencilerine uygulanan Cornell Index (form no.2) testinden alınan sonuçlar üzerine bir araştırma. 19. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1983.
69. Brewer BW, Karoly P. Recurrent pain in college students. *J Am Coll Health* 1992; 41(2): 67-9.
70. Weiner B. Psychological disturbances in adolescence. New York: Wiley Interscience, 1970.
71. Buckelew SP, Hannay HJ. Relationships among anxiety, defensiveness, sex, task difficulty, and performance on various neuropsychological tasks. *Percept Mot Skills*. 1986; 63(2 Pt 2): 711-8.
72. Zuckerman DM, Colby A, Ware NC, Lazerson JS. The prevalence of bulimia among college students. *Am J Public Health* 1986; 76(9): 1135-7.

73. Healy K, Conroy RM, Walsh N. The prevalence of binge-eating and bulimia in 1063 college students. *J Psychiatr Res.* 1985; 19(2-3): 161-6.
74. Göktepe EO, Şenveli B, Kargı N. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerine bir araştırma. 13. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1977.
75. O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG. Quantitative and qualitative changes in cocaine use among American high school seniors, college students, and young adults. *Res Monogr* 1991; 110: 19-43.
76. Ekşi A. İstanbul Üniversitesi 4. ve 1. sınıf öğrencilerinde sedatif uyku ilacı, uyuşturucu madde ve alkol kullanımı. 15. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1979.
77. Kushwaha KP, Singh YD, Rathi AK, Singh KP, Rastogi CK. Prevalence and abuse of psychoactive substances in children and adolescents. *Indian J Pediatr* 1992; 59(2): 261-8.
78. Tümerdem Y, Ayhan B, Özsüt H, Emekli U, Dişçi R, Güneren E ve ark. Orta ve yüksek öğrenim gençleri ve alkol kullanımı. 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1986.
79. Lightfoot SL, Oliver JM. The Beck Inventory psychometric properties in university students. *J Pers Assess* 1985; 49(4): 434-6.
80. Masterson JF, et al. The symptomatic adolescent : delineation of psychiatric syndromes. *Comprehensive Psychiatry* 1966; 7: 166-75.
81. West R, Lennox S. Function of cigarette smoking in relation to examinations. *Psychopharmacology (Berl)* 1992; 108(4): 456-9.
82. Hicks RA, Conti PA, Pallegri RS. The incidence of sleep problems among type A and type B college students: changes over a ten-year period.(1982-1992). *Percept Mot Skills* 1992; 75(3 pt 1): 746.
83. Hawkins J, Globetti G, Brown CL, Stem JT. Campus attitudes toward alcohol and drugs in a deep southern university. *J Drug Educ* 1992; 22(3): 203-13.
84. Bush HS, Thompson M, Van Tubergen N. Personal assessment of stress factors for college students. *J Sch Health* 1985; 55(9): 370-5.

85. Cline RJ, Engel JL. College student 's perceptions of sources of information about AIDS. J Am Coll Health 1991; 40(2): 55-63
86. DİE İntihar İstatistikleri, 1985.
87. Stober B. Social environment suicidal children and adolescents. A comparative study. In: Soubrier JP, Vedrinne J, eds: Depression and suicide. Oxford: Pergamon Press, 1981.
88. Gispert M, Wheeler K, et al. Suicidal adolescents. Factor in evaluation. Adolescence 1985; 20(8): 753-63.
89. Marks P, Haller D. Now lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. J Clin Psychol 1977; 33: 390-400.
90. Wright LS. Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. Adolescence 1985; 20(79): 575-80.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ