Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığını Etkileyen Sosyoekonomik Faktörler: Mersin Üniversitesi Örneği*

Dr. Öğr. Üyesi Ali Cenap Yoloğlu

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9305-7601>

Mersin Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, Mersin – TÜRKİYE

Makale Geçmişi

Geliş: 07.10.2021

Kabul: 29.12.2021

On-line Yayın: 31.12.2021

Anahtar Kelimeler

Genel Sağlık Anketi-12

Akıl Sağlığı

Üniversite Öğrencileri

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Mersin Üniversitesi

Araştırma Makalesi

* “COPE-Dergi Editörleri İçin Davranış Kuralları ve En İyi Uygulama İlkeleri” beyanları: Bu çalışma için herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. Bu çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir.

DOI:

<http://dx.doi.org/10.29228/JASSS.54103>

Öz

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin ruhsal sağlığını etkileyen sosyal belirleyicileri tespit etmektedir. Bu sosyal belirleyiciler kendi içinde öğrencinin eğitim süreci ile ilgili faktörler ve öğrencinin ailesinin sosyoekonomik statüsü gibi iki kategoride incelenmiştir. Bu amaca yönelik olarak dünyada çeşitli ülkelerde akıl sağlığı ve/ya depresyon düzeyini ölçmek için kullanılan ve kişilerin kendi kendini değerlendirmesine dayalı olan Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) kullanılmıştır. Araştırma Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsünde 995 lisans öğrencisiyle yürütülmüştür. Anket, merkezi yemekhane ve çarşı bölgesinde öğle arası zamanında öğrencilerin bir araya geldiği yerde ve zamanda yürütülmüştür. Böylece daha kısa sürede daha çok öğrenciye ulaşma amacı güdülmüştür. Anket verileri SPSS paket programı 20.0 sürümü kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrenci skorları normal dağılım göstermediği için veriler parametrik olmayan yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan parametrik olmayan testler sonucunda birinci yönteme göre hesaplanmış GSA-12 skorları dikkate alındığında cinsiyete, yaşa, kalınan yere, aile tipine, daimi ikamet adresine, hane reisinin (babanın) yaşadığı yere, hane reisi kırdaki yaşıyorsa mesleğine, babanın eğitim seviyesine ve öğrencinin aylık harcamasına göre üniversite öğrencileri arasında anlamlı farklar bulunmamıştır. Buna karşın, öğrencinin okuduğu bölümü kaçınıcı sırada tercih ettiğinin, toplam öğrencilik süresinin ve yıl kaybı yaşayıp yaşamadığının, okuduğu bölümü isteyerek mi yoksa istemeyerek mi tercih ettiğinin, öğrencinin babasının (hane reisinin) kentte yaşaması durumunda yaptığı işin, öğrencinin annesinin eğitim düzeyinin, öğrencinin ailesinin aylık ortalama gelir düzeyinin, öğrencinin ailesinin geçim düzeyinin ve öğrencinin kendi geçim düzeyinin, öğrencinin GSA-12 skorlarını ve depresyon riskini belirlemede anlamlı düzeyde ayrıştırıcı olduğu görülmüştür. Buna göre öğrencilerin ailelerinin sosyoekonomik statüsünden (eğitim + gelir + meslek) daha çok ailenin gelir düzeyinin öğrencilerin depresyon düzeyini belirleyen temel etken olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin genel ruh sağlığı düzeylerinin yaygın tarama araçları ile tespit edilmesi ve zamanında müdahale edilmesi, üniversite yıllarından sonra daha büyük ve daha maliyetli sorunların ortaya çıkmasının önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Atıf Bilgisi / Reference Information

Yoloğlu, A. C. (2021). Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığını Etkileyen Sosyoekonomik Faktörler: Mersin Üniversitesi Örneği. *Jass Studies-The Journal of Academic Social Science Studies*, 14(88): 183-210.

*The Socioeconomic Factors Affecting Mental Health of University Students: The Case of Mersin University**

Asst. Prof. Dr. Ali Cenap Yoloğlu

Mersin University, Faculty of Architecture, Department of City and Regional Planning, Mersin –
TURKEY

Article History

Submitted: 07.10.2021

Accepted: 29.12.2021

Published Online: 31.12.2021

Keywords

General Health Question-12

Mental Health

University Students

Social Determinants of Health

Mersin University

Research Article

* Statements of "COPE-Code of Conduct and Best Practices Guidelines for Journal Editors": No conflicts of interest were reported for this article. Ethics committee approval is not required for this article.

DOI:

<http://dx.doi.org/10.29228/JASSS.54103>

Abstract

The aim of this study is to identify the social determinants that affect the mental health of university students. These social determinants are examined in two categories, such as factors related to the student's educational process and the socioeconomic status of the student's family. For this purpose, the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), which is used to measure the level of mental health and/or depression in various countries around the world and based on self-assessment, was used. The research was carried out with 995 undergraduate students at Mersin University Çiftlikköy Campus. The survey was conducted in the central cafeteria and shopping area, at the place and time where the students came together during the lunch break. Thus, it was aimed to reach more students in a shorter time. Survey data were evaluated using the SPSS package program version 20.0. Since the student scores did not show a normal distribution, the data were evaluated using non-parametric methods. When the GHQ-12 scores which are calculated according to the first method are taken into account, there were no significant differences among students according to gender, age, place of residence, family type, permanent residence address, place of residence of household head, type of occupation if the head of the household lives in rural areas, education level of the father, and monthly expenditure of the student as the results of the non-parametric tests. On the other hand, the order of preference of the department that the student study, the total time that the student has spent in the university, whether he/she has lost year, whether he/she prefers the department voluntarily, the father's job (if the student's father lives in the city), the education level of the student's mother, the average monthly income level of the student's family, the student's family's subsistence level, and student's own subsistence level are significant in determining the student's GSA-12 scores and/or depression risks. As a result, it was discovered that the income level of the family, rather than the socioeconomic status (education + income + occupation) of the students' families, was the main factor determining the students' depression level. Detection of the general mental health levels of university students with widespread screening tools, and making timely intervention are of great importance in terms of preventing the emergence of larger and costlier problems after university years.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) ruh sağlığını, “her bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışabildiği ve sağlıklı bir yaşam sürdürebildiği ve kendi topluluğuna katkı sunabildiği bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır.”

DSÖ tarafından yayınlanan raporlara göre, zihinsel bozukluklar gibi salgın olmayan hastalıklar yakında diğer hastalık türlerinin yerini alacağından, gelecek on yıllar hastalıklarda ve kişisel sağlık gereksinimlerinde önemli değişikliklere tanık olacaktır. 2020 yılına kadar tüm dünyada toplam hastaların %15'ini oluşturan ruhsal ve sinirsel bozuklukların oranının %50'ye kadar artması beklenmektedir. Ruhsal bozukluklardaki bu çarpıcı artış, kardiyovasküler hastalıklardaki artıştan bile daha yüksek olacaktır (Seidi, 2020).

Anksiyete, depresyon, şizofreni, alkol ve madde kullanımını içeren zihinsel bozukluklar dünya çapında oldukça yaygın ve maliyetlidir. Zihinsel bozuklukların engellilikle geçen yılların %30,8'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2001). Bu yük 1990 ile 2010 yılları arasında %37,6 oranında artmıştır (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, Charlson, Norman, Flaxman, Johns, Burstein, Murray ve Vos, 2013). Bu nedenle, ruh sağlığı eşitsizlikleriyle mücadele bir halk sağlığı önceliği haline gelmiştir (Silva, Loureiro ve Cardoso, 2016). Küresel Hastalık Yüğü 2010 araştırmasına göre, dünya genelinde 400 milyon insanın depresyondan ve 272 milyon kişinin de anksiyete bozukluklarından mustarip olduğunu tahmin edilmektedir; 59 milyon insan bipolar bozukluktan ve 24 milyon insan şizofreniden rahatsızdır; 140 milyon kişi alkol ve madde kullanım bozukluklarından etkilenmektedir; ve 80 milyon çocuğun davranış bozuklukları (davranış bozukluğu veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) vardır (Whiteford vd., 2013).

Ruh sağlığı sorunlarından mustarip kişilerin tedavi edilmesi önemli bir sağlık politikasıdır. Ancak bu noktada esas kalıcı çözüm ruh sağlığı sorunlarına neden olan etkenlerin tespit edilmesi ve bu etkenlerin/nedenlerin ya da neden ile sonuç arasındaki ilişkinin biçiminin ortadan kaldırılmasıdır. Bu nedenle hem toplum genelinde hem de özel gruplar düzeyinde bu nedenlerin ve söz konusu nedenlerin işleyiş mekanizmalarının ortaya koyulması ruh sağlığı politikaları açısından önemli bir başlangıç noktasıdır.

1. Ruh Sağlığını Etkileyen Sosyal Faktörler/Belirleyiciler

Allen, Balfour, Bell ve Marmot'a (2014) göre insanların sosyal ve ekonomik koşullarının sağlıklarını etkilediği giderek daha fazla bilinmektedir. Bu sosyal belirleyiciler, insanların doğdukları, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşullar ile erişebilecekleri sağlık hizmetlerini içerir ve bunlar daha geniş bir dizi ekonomik, sosyal ve çevresel politika ve siyasalar tarafından şekillendirilir. Sederer'e (2016) göre ise sosyal belirleyiciler, akıl hastalığı da dahil olmak üzere, kötü sağlığın “nedenlerinin nedenleri”dir.

Ruhsal bozuklukların sosyal belirleyicilerinin örnekleri arasında olumsuz çocukluk deneyimleri, kötü, yetersiz ve eşit olmayan eğitim, gıda güvencesizliği, düşük konut kalitesi ve konut istikrarsızlığı, işsizlik ve eksik istihdam, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim ve yoksulluk sıralanabilir (Sederer, 2016). Benzer şekilde Silva vd.'ne (2016) göre daha kötü ruh sağlığı ile istatistiksel olarak anlamlı ve bağımsız bir ilişkiye sahip olduğu gösterilen ana bireysel faktörler; düşük gelir, yalnız yaşamak, sosyal destek ağı eksikliği, kadın cinsiyeti, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir, düşük sosyoekonomik durum, mali sıkıntı/kaygılar, algılanan ayrımcılık veya dışlanma, düşük iş tatmini, düşük veya orta gelirli bir ülkeden göçmen olmak, evlilik dışı ilişki yaşamak veya dul olmak, genç yaş, gıda yetersizliği, olumsuz yaşam olayları, gelir istikrarsızlığı, işlevsel bozukluğa sahip olma ve cinsel şiddet mağduru olma gibi durumlardır. Buna ek olarak bazı mekânsal özellikler de sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilmiştir. Mahallenin sosyoekonomik koşullarının, sosyal sermayesinin, yapılı çevresinin, sorunlarının ve etnik yapısının ruh sağlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlara ek olarak Compton ve Shim (2015) ruh sağlığının sosyal belirleyicilerinin, eşit olmayan fırsat dağılımı ile kamu politikaları (örneğin, özellikle sağlıkla ilgili olmayan ancak nihai olarak dolaylı yollardan sağlıkla ilgili olan mevzuat) ve sosyal normlar (örneğin, dezavantajlı gruplar arasında daha kötü sağlığa zemin hazırlayan kültürel görüşler ve önyargılar) tarafından desteklendiğini bildirmişlerdir. Bunlara ek olarak ilgili yazında vurgulanan değişkenlerden diğer ikisi ise ülke ölçeğindeki bağlam ve gelir

eşitsizliğidir. Bu faktörler sadece sağlıksızlığa değil aynı zamanda erken ölümlere de yol açmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2008) ise sağlığın sosyal belirleyicilerini insanların “doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı” koşullar olarak tanımlamakta ve bu belirleyicilerin paranın, gücün ve kaynakların çok düzeyli dağılımı tarafından şekillendirildiğini belirtmektedir. Bireysel düzeyde, bir veya daha fazla sosyal belirleyiciden etkilenmek, hem daha az olanağa/seçeneğe sahip olma hem de mevcut olanaklar/seçenekler arasından sağlıksız olanı tercih etme yoluyla ruhsal sağlığın kötü yönde ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. Ruhsal bozuklukların etiyojisi (nedenbilim) ve evrimi üzerindeki sosyal faktörlerin rolünün belgelenmesine artan bir ilgi vardır. Ayrıca giderek artan sayıda çalışma, bağlamsal özelliklerin (mahalleler, işyerleri, bölgeler, eyaletler) bireysel ruh sağlığı üzerindeki ve sağlık eşitsizliklerinin üretilmesindeki etkisine odaklanmıştır (Silva vd., 2016). Çoğu psikiyatrik durumun genetik temelleri olması giderek daha fazla anlaşılan bir olgu olmasına rağmen, bireyler arasında değişen derecelerde olsa da, sosyal faktörler de artan riske katkıda bulunmaktadır (Compton ve Shim, 2015). Ruh sağlığının sosyal belirleyicileri, zararlarını esas olarak vücudun stres tepki sistemi aracılığıyla yapar: zamanla stres, psikolojimizi ve fizyolojimizi olumsuz yönde değiştirir ve hastalığa neden olur (Sederer, 2016). Whitehead ve Dahlgren (2006) sosyal, ekonomik ve çevresel koşullardaki farklılıkların, sistematik, sosyal olarak üretilen (ve dolayısıyla değiştirilebilir) ve adaletsiz olarak tanımlanan sağlık eşitsizliklerine yol açtığını ifade etmektedirler.

Cinsiyet

Ruh sağlığı açısından kadınlar aleyhine bir durum olduğu bir gerçektir. Kadınların erkeklerle göre daha yüksek oranda psikolojik sıkıntısı vardır (Mundt, Kliewe, Yayla, Ignatyev, Busch, Heimann, Heinz, Rapp, Schouler-Ocak, Ströhle, ve Aichberger, 2014; Nicholson, Pikhart, Pajak, Malyutina, Kubinova, Peasey, Topor-Madry, Nikitin, Capkova, Marmot ve Bobak, 2008). Benzer şekilde Allen vd. (2014) ise hane gelirinden bağımsız olarak erkeklerle kıyasla kadınların daha yüksek düzeyde zihinsel bozukluklara sahip olma eğiliminde olduğunu belirtmişlerdir. Roberts, Golding, Towell, Reid, Woodford, Vetere ve Weinreb (2000) bu durumu şöyle açıklamaktadırlar: Kadınlar arasında depresif ve anksiyete bozukluklarının daha yüksek yaygınlık göstermesi, kadınların hem eş, anne ve bakıcı olmanın yükünü taşıması ve hem de giderek birincil gelir kaynağı haline gelmesinden kaynaklanmaktadır. Erkekler içinde bulundukları kötü duruma fiziksel tepkiler (öfke, düşmanca davranışlar, madde bağımlılığı, alkol kullanımı) üretirken yanıt üretirken; kadınlar ise kaygı, olumsuz ruh hali gibi duygusal tepkiler üretirken yanıt oluşturmaktadır.

Üniversite öğrencileri arasında da kadınlar aleyhine olan benzer bir durum söz konusudur. Selçuk Tosun, Tanyer, Akın, Ergin ve Özaydın (2019) yaptıkları çalışmada cinsiyet ve ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Kız öğrencilerin orta/kötü ruh sağlığı durumu algılama düzeyleri (%56,5) erkek öğrencilere göre (%43,5) daha yüksektir. Nijerya’da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırma, depresyonun kız öğrenciler arasında daha yaygın olduğunu bulmuştur (Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi ve Oginni, 2006). Benzer şekilde, Türkiye’de yapılan araştırmalar da üniversite öğrencileri arasında kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiğini bildirmiştir (Bayram ve Bilgel, 2007; Özdemir ve Rezaki, 2007).

Yalnız Yaşamak

Medeni durum da akıl sağlığını etkileyen faktörlerden biridir. Yalnız yaşayanlar arasında daha yüksek oranda psikolojik sıkıntı görülme eğilimi mevcuttur (Mundt vd., 2014). Diğer bir deyişle yasal olarak evli insanlar, yalnız yaşayanlara (nikahsız ilişki yaşayanlar, ayrılmış, boşanmış veya bekar olanlar) göre daha düşük bir sıkıntı düzeyine sahiptir (Caron, Latimer ve Tousignant, 2007; Nicholson vd., 2008).

Yaş

Yaş, ruh sağlığı durumuyla ilişkili bir değişkendir (Selçuk-Tosun vd., 2019). Mundt vd.’ne (2014) göre yaş ilerledikçe daha düşük psikolojik sıkıntı görülme oranı gözlenmektedir. Caron vd. (2007) de benzer bir şekilde yoksul bir mahalledeki 25-44 yaşındakiler için sıkıntı düzeyinin 18-24 yaşındakilere göre biraz daha yüksek, ancak 45 yaş ve üzerindekiyle göre çok daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ancak Lorant, Deliege, Eaton, Robert, Philippot ve Ansseau (2003) ise yaşın depresyonla U şeklinde bir ilişkisi olduğunu genç yaştan orta yaşa geçerken depresyon düzeyinin düştüğünü ancak orta yaştan ileri yaş grubuna geçişte

ise depresyon düzeyinin tekrar arttığını belirtmektedir. Buna göre yaş ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiye ilişkin net bir değerlendirme söz konusu değildir.

Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik durum ile zihinsel hastalıklar arasında doğrudan ve dolaylı bağlantılar olduğu söylenebilir. Bu ilişkiyi inceleyen oldukça fazla sayıda çalışma vardır. Sosyal hiyerarşide daha düşük konum sahibi kişilerin yaşamları boyunca daha az elverişli ekonomik, sosyal ve çevresel koşullara maruz kalmaları daha olasıdır ve bunun sonucunda da zihinsel bozukluklara yol açan ve birikimsel olan bir stres yaşayabilirler (Allen vd., 2014). Patel ve Kleinman'a (2003) göre yoksul ve dezavantajlı kişiler, yaygın zihinsel bozukluklardan ve bunların olumsuz sonuçlarından orantısız bir şekilde mustarıptır. Hanehalkı geliri, yaygın ruhsal bozukluklara yol açan etkenlerden yalnızca biridir; maddi dezavantaj ve işsizlik ise diğer faktörlerdir (Fryers, Melzer, Jenkins ve Brugha, 2005). Lund, Breen, Flisher, Kakuma, Corrigall, Joska, Swartz ve Patel (2010) inceledikleri 115 çalışmanın %70'inden fazlasında, yoksulluk ve yaygın ruhsal bozukluklar arasında açık ve pozitif ilişkiler olduğunu bulmuşlardır. Santiago, Wadsworth ve Stump'a (2011) göre analizler, yoksullukla ilişkili stresin kaygılı/depresif belirtiler ve sosyal sorunlarla doğrudan ilişkili olduğunu ve önceki belirtilerle etkileşime girerek, suçluluk belirtilerinin kötüleşmesine, dikkat sorunlarına, bedensel yakınmalara ve kaygılı/depresif belirtilere katkıda bulunduğunu göstermiştir. Tipik olarak, kalp hastalığı, diyabet, obezite ve majör depresyon dahil olmak üzere birçok yaygın ve bulaşıcı olmayan rahatsızlığın yaygınlığı, sosyoekonomik durum spektrumunda "aşağı" gidildikçe bir artma eğilimindedir ve "en düşük" statü gruplarında ise en yüksektir (Banks, Marmot, Oldfield ve Smith, 2006). Melchior, Chastang, Leclerc, Ribet ve Rouillon (2010) yaptıkları çalışmada depresyonun kalıcılığındaki farklılıkların düşük sosyoekonomik konumla birlikte ortaya çıkan çeşitli risk faktörleri tarafından istatistiksel olarak açıklandığını görmüşlerdir. Ekonomik olarak dezavantajlı topluluklarda daha yüksek stres ve sosyal ağlarında bulunan kaynakların nitelik veya niceliğinde yetersizlikler bulunmaktadır; dolayısıyla, bu toplulukların ruh sağlığı daha az istikrarlıdır (Caron vd., 2007). Düşük sosyoekonomik durum ile yüksek Genel Sağlık Anketi skorları arasındaki ilişki bir çok çalışmada gözlenmiştir (Croft-Jeffreys ve Wilkinson, 1989; Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill, Jenkins ve Meltzer, 1998; Harrison, Barrow, Gask, ve Creed, 1999).

Skapinakis, Weich, Lewis, Singleton ve Araya (2006) ise sosyoekonomik konumun nesnel ölçülerinden ayrı olarak, etiyolojik veya klinik bir perspektiften bakıldığında daha öznel ölçülerin de eşit derecede önemli olabildiğini ifade etmişlerdir. Lund vd.'ne (2010) göre ise mutlak yoksulluktan ziyade göreceli yoksulluk, gelir düzeyindeki ani değişiklikler, olumsuz yaşam olayları ve düşük gelirle ilişkili stres, ruh sağlığı durumunun daha güçlü yordayıcılarıdır.

İlhan, Güzlük ve Özmen (2019) ekonomik durumun öğrencilerin ruh sağlığını etkileyen başka bir değişken olduğunu belirtmektedirler. Özellikle öğrencilerin ruh sağlığı ekonomik durum yükseldikçe düzelmiştir. Benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2014) de yoksulluk ve ruhsal bozukluklar arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Araştırmalar, sosyoekonomik durum düzeldikçe üniversite öğrencilerinin yaşamlarından daha fazla memnuniyet duyduklarını ve umutsuzluk, kaygı ve depresyon puanlarının azaldığını, (Gündoğar, Gül, Uskun, Demirci ve Keçeci, 2007) ancak ekonomik durum kötüleştikçe depresyon puanlarının yükseldiğini (Özdel, Bostancı, Özdel ve Oğuzhanoğlu, 2002) ve daha fazla zihinsel stres yaşadıklarını göstermektedir (Dachew, Azale Bisetegn ve Berhe Gebremariam, 2015). Eisenberg, Gollust, Golberstein ve Hefner (2007) ise maddi sorunları olan öğrencilerin ruh sağlığı sorunları yaşama riskinin daha fazla olduğu bildirilmişlerdir. Hersi, Tesfay, Gesesew, Krahl, Ereg ve Tesfaye (2017) ise daha yoksul ailelerden gelen ve üniversiteye girmeyi başaran öğrencilerin daha kötü bir ruh sağlığına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Steptoe, Tsuda ve Tanaka'ya (2007) göre ise aile zenginliği açısından daha düşük varlıklı öğrenciler için yüksek düzeyde depresif semptom görülme olasılığı 1.56 kat fazladır. Güçlü bir epidemiyolojik kanıt grubu, finansal stres ve kötü sağlık arasındaki ilişkileri işaret etmektedir. Birincisi, borç miktarı arttıkça, eğitimden vazgeçme olasılığının artması ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. İkincisi, hem borç miktarı hem de okuldan ayrılmayı düşünme olasılığı arttıkça, daha uzun saatler

çalışılmaktadır. Bu da ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (Roberts, Golding, Towell ve Weinreb, 1999). Ayrıca borç içinde olmak, kendilerini finansal olarak desteklemek amacıyla öğrencilerin fuhuş, suç veya uyuşturucu ticareti gibi aktiviteler ile ilişkilenecek durumunda bırakılmaktadır (Roberts vd., 2000).

İki Mekanizma

Sosyoekonomik konum ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin mekanizmalarına ilişkin teori genel olarak ikiye ayrılmaktadır. “Sosyal nedensellik” hipotezi, stres, artan olumsuz yaşam olayları, daha kötü fiziksel sağlık, sağlık hizmetlerine erişimin azalması ve damgalanma gibi yoksulluk koşullarının zihinsel sağlığı etkilediğini söyler. “Sosyal seçim” veya “sosyal sürüklenme” hipotezi ise akıl hastalığı sorunları ile yaşayan insanların, artan sağlık harcamaları, azalan gelir ve iş kaybının bir sonucu olarak yoksulluk koşullarına sürüklendiğini veya bu koşullarda kaldığını belirtir (Dohrenwend, Levav, Shrout, Schwartz, Naveh, Link, Skodol ve Stueve, 1992). Patel, Flisher, Hetrick ve McGorry (2007) ile Melchior vd. (2010) ise sosyoekonomik durum ile zihinsel bozukluklar arasında güçlü ve iki yönlü (sosyoekonomik durumun zihinsel sağlığı etkilemesi ile zihinsel sağlığın sosyoekonomik durumu etkilemesi) ilişki olduğunu söylemektedirler. Ancak Muntaner, Eaton, Miech ve O’campo’ya (2004) göre analitik olarak, sosyoekonomik durumun bağımsız bir değişken olarak ve depresyonun bağımlı bir değişken olarak mı ele alınması gerektiği veya bunun tersinin mi yapılması gerektiği sorusu önemlidir. Politika açısından, bu soru, müdahale ve önleme çabalarının depresyonu besleyen sosyal temelli olumsuzlukları mı hedef alması gerektiğini yoksa akıl hastalığı olan kişileri aşağı yönlü sosyal hareketlilikten tedavi ve hizmetlere erişimi artırarak, istihdam ayrımcılığını ve sosyal damgalamayı azaltarak ve topluluk entegrasyonunu destekleyerek korumaya mı odaklanması gerektiğini belirlemede önemlidir. Her ne kadar Lorant vd. (2003) depresyon ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin yönü ile ilgili olarak, “sosyal nedensellik” kuramının (düşük sosyoekonomik durum depresyon riskini artırır) “sosyal seçim” kuramına (depresyon sosyal hareketliliği engeller) karşı üstünlük sağladığını iddia etseler de nedensellik ve seçim mekanizmalarının birbirini dışlayan açıklamalar olmadığını ve yaşam döngüsü boyunca birleştirilebileceğini öne sürmektedirler.

Sosyal Sermaye (Sosyal Destek Ağı)

Silva vd. (2016) sosyal sermaye ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Sosyal sermaye, “yapısal” (bağlılık, örgüt üyeliği) veya “bilişsel” (güven, aidiyet duygusu ve paylaşılan değerler) bileşenleri aracılığıyla ruh sağlığını farklı şekillerde etkilemektedir. Yüksek düzeyde yapısal sosyal sermaye ve yüksek düzeyde bilişsel sosyal sermaye, daha düşük zihinsel sağlık sıkıntısı veya bozukluğu riski ile ilişkilendirilmiştir. Daha az mahalle sorunu, daha yüksek mahalle memnuniyeti ve mahalledeki stres alma mekanizmaları daha düşük zihinsel bozukluğa neden olmaktadır. Benzer şekilde Caron vd. (2007) sıkıntı yaşayan topluluklar içinde, sosyal ağların daha çok rahatsızlık ve stres kaynağı olan bireyleri içerdiğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle duygusal desteği arttıran sosyal ilişkilerin geliştirilmesi ve olumsuz etkileri olan bağlantıların kopartılması bireyin ruhsal sağlığını koruması açısından önemlidir. Çünkü sosyal ağlar olumlu roller oynayabileceği gibi olumsuz etkiler de yaratabilir.

Davranış-Alışkanlıklar ve Çevre

Sederer’e (2016) göre kötü sağlıktaki ve erken ölümlerdeki en büyük paya (%40) sahip olan şey davranışlar ve alışkanlıklardır (aşırı ve/ya yetersiz/kötü beslenme, aşırı alkol ve/ya uyuşturucu kullanımı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve yüksek miktarda tuz ve işlenmiş gıda alımı gibi). Buna ek olarak, kişi sağlığının tahminen %30’unun genlere bağlı olduğu bilinmekle birlikte (epigenetik bilimi aracılığıyla) genlerin kişilerin maruz kaldığı çevre koşulları ve yapıp-yapmadıklarından etkilendiği de bir gerçektir. Diğer bir deyişle sosyal ve çevresel faktörler, bağımsız ve birleşik etkilerine ek olarak, genler arası etkileşimler ve epigenetik mekanizmalar yoluyla sağlığın ve hastalığın genetik belirleyicilerini etkileyebilir/tetikleyebilirler (Compton ve Shim, 2015). Sonuç olarak, kötü davranışlar-alışkanlıklar ve çevre, hastalıkları önlemek veya geciktirmek ve daha iyi bir sağlığa ulaşmak için değiştirmemiz gereken faktörlerden biridir.

Çocukluk Deneyimi

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, yaşamın erken dönemlerindeki olumsuz koşullar, ilerleyen yaşlarda daha yüksek zihinsel bozukluk riski ile ilişkilidir (WHO, 2013). Ebeveynlik kalitesinin ve aile koşullarının

çocukların fiziksel ve duygusal gelişimini etkilediği iyi bilinmektedir. Zayıf güvenli bağlanma, ihmal, kaliteli teşvik eksikliği ve çatışma; gelecekteki sosyal davranışları, eğitim sonuçlarını, istihdam durumunu ve zihinsel ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilemektedir (Bell, Donkin ve Marmot, 2013). Fiziksel ve duygusal ihmal, istismar ve aile içi şiddet ortamında büyümek çocuklara zarar verebilir (Fryers ve Brugha, 2013). Dört veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimine maruz kalan çocukların, madde kullanım sorunları, depresyon ve intihar davranışı açısından 4 ila 12 kat artmış risk altında olduğunu gösterilmiştir (Sederer, 2016).

Fırsat Eşitliği

Ruh sağlığının temel sosyal belirleyicilerinin doğrudan fırsatların eşit dağılmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Fırsat eşitsizliği öncelikle toplumla ilgili bir endişedir. Bu nedenle, klinik bir sorundan ziyade bir sosyal adalet sorunudur. Sosyal adalet, avantajların adil dağılımı ve en dezavantajlı olanları gözetmesi yanında toplumsal yüklerin eşit paylaşımı anlamına da gelir (Gostin ve Power, 2006). Toplumda fırsat eşitliğinin varlığına dair bir algı insanların gelecek açısından daha umutlu olmasına ve yaşadıkları stres düzeyinin azalmasına neden olacaktır. Bu toplumdaki genel ruh sağlığı düzeyinin iyileşmesine katkı sağlayacaktır.

Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık politikaları, birey ve toplum sağlığı üzerinde açıkça etkisi olan sağlık sisteminin yapısını ve işleyişini şekillendirmektedir. Sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, sağlığın ve sağlıksızlığın şekillenmesinde önemli bir role sahiptir (Compton ve Shim, 2015). Buna göre ruh sağlığı da dahil olmak üzere teşhis ve tedavi açısından (özellikle birinci basamak) sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulması toplum sağlığının korunması açısından önemlidir.

Kötü ve Yetersiz Eğitim

Kötü ve yetersiz eğitim daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Compton ve Shim, 2015). Kötü eğitim, kronik fiziksel hastalıklar (örneğin diyabet, kardiyovasküler hastalık) için daha büyük risk (örneğin daha yüksek vücut kitle indeksi) için zemin hazırlayan olumsuz sağlık davranışlarıyla (örneğin sigara, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam tarzı veya sınırlı fiziksel aktivite ve madde kötüye kullanımı) bağlantılıdır (Williams, Andrianopoulos, Cleland, Crawford ve Ball, 2013). Daha yüksek ve iyi eğitim seviyeleri fiziksel sağlık kadar zihinsel bozukluk riskinin azalmasıyla da ilişkilidir (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen ve Kendler, 1994). Hem Messias, Eaton ve Grooms (2011) hem de Nicholson vd. (2008) depresyon ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ve bir ters ilişki olduğunu vurgulamışlardır.

Çalışma Yaşamı / İşsizlik

İşsizlik, düzensiz ve kalitesiz istihdam (örneğin, kısa süreli veya sözleşmeli istihdam) ve düşük ödüllü ve düşük kontrollü işler akıl sağlığını etkilemektedir (Allen vd., 2014). İş kaybı ile depresyon ve anksiyete gibi yaygın ruhsal bozuklukların semptomları arasında, özellikle uzun süreli işsiz olan bireylerde, yakın bir ilişki vardır (Catalano, Goldman-Mellor, Saxton, Margerison-Zilko, Subbaraman, LeWinn ve Anderson, 2011). Diğer bir deyişle çalışma yaşamındaki istikrarsızlık akıl sağlığını olumsuz yönde ve doğrudan etkilemektedir.

Ülke Ölçeğindeki Bağlam

Az sayıda siyasi özgürlüğe, istikrarsız bir politik ortama ve az gelişmiş hizmetlere sahip ülkeler, toplumları içinde toplumsal güven açıkları oluşturarak ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilirler (Marmot Review, 2010).

Göçmenler ve Etnik Köken

Bazı ülkelerde göçmenler arasında yüksek oranda ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir (Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck ve Brahler, 2009). Ancak bu ilişkiye aracılık eden faktörler henüz ortaya konmamıştır (Mundt vd., 2014). Sosyoekonomik durum bu ilişkiyi kısmen veya tamamen açıklayabilir (Gavin, Walton, Chae, Alegria, Jackson ve Takeuchi, 2010). Depresyonun sosyoekonomik durum ile etnik kökenden (Jackson-Triche, Sullivan, Wells, Rogers, Camp ve Mazel, 2000) veya göçten (Tinghog, Al-Saffar,

Carstensen ve Nordenfelt, 2010) daha güçlü bir ilişkisi vardır. Göçmen topluluklardaki ruh sağlığı riskleri, karşılaştıkları sosyal zorluklar ve eşitsizliklerle ilişkilendirilebilir (Massey ve Eggers, 1990). Benzer şekilde Muntaner vd.'ne (2004) göre etnik gruplardaki ikinci kuşak göçmenlerde şizofreni oranlarının yüksek olması, göçün yarattığı stresin suçlu olmadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla göçmen grubun hedef toplumdaki dezavantajlı konumunun şizofreni riskini artırdığı söylenebilir.

Yoshikawa, Aber ve Beardslee'ye (2012) göre marjinalleştirilmiş etnik, ırksal veya yerli grupların ekonomik olanın ötesinde çok sayıda ayrımcılığa maruz kalma olasılıkları daha yüksektir; bu tür gruplardaki çocuklar daha yüksek düzeyde ayrımcılık nedeniyle ailelerinin yoksulluk durumuna bağlı olarak daha büyük riskle karşı karşıya kalabilirler.

Gelir Eşitsizliği

Wilkinson ve Pickett (2009) bir toplumda belirli bir minimum düzey üzerindeki mutlak para miktarının ötesinde, kaynakların dağılımındaki eşitsizlik düzeylerinin, ülkeler arasındaki farkı açıkladığını savunmuşlardır. Sağlık sonuçlarını, eğitim sonuçlarını, zihinsel sağlık sonuçlarını, fiziksel sağlığı, yaşam beklentisini ve obeziteyi inceledikleri çalışmalarına göre; en zengin %20 ile en fakir %20 arasında gelir açısından en büyük uçuruma sahip olan toplumlar, açık ara sağlık açısından da en kötü sonuçlara sahiptirler. Benzer şekilde yazarlar belirli bir düzeyin ötesinde, bir toplumda mutlak gelirdeki artışın daha iyi sonuçlara yol açmadığını da belirtmişlerdir. Buna ek olarak sosyal uyum, güven, toplum yaşamına katılım ve daha düşük toplumsal şiddet düzeylerini içeren sosyal ilişkilerin daha eşit toplumlarda daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, ortalama yoksulluk oranlarından farklı olarak bir ülkedeki ekonomik eşitsizlik derecesinin dikkate alınması önemlidir. Compton ve Shim (2015) ise gelir eşitsizliğinin (a) daha kötü ruh sağlığına yol açması, (b) akıl hastalıkları ve madde kullanım bozuklukları riskinin ve insidansının artması ve (c) akıl hastalıkları veya madde kullanım bozukluklarından etkilenen insanlar arasında gidişatın/sonuçların kötüleşmesi açısından ruh sağlığının sosyal bir belirleyicisi olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde başka bir çalışma, eyaletteki gelir eşitsizliği ile depresyon prevalansı arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (Messias vd., 2011). New York City merkezli bir çalışma, aşırı dozda uyuşturucudan ölüm riskinin, gelir eşitsizliğinin daha fazla olduğu mahallelerde önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Nandi, Galea, Ahern, Bucciarelli, Vlahov ve Tardiff, 2006). Diğer bir çalışma, Güney Londra'daki ekonomik açıdan en yoksun bölgelerde gelir eşitsizliği ve şizofreni arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Boydell, Van Os, McKenzie ve Murray, 2004). Steptoe vd. (2007) yüksek depresif belirtilerin, daha varlıklı ülkelerde ve Gini katsayıları daha yüksek olanlarda daha yaygın olduğunu, bu nedenle daha yüksek gelir eşitsizliğinin, yüksek depresyonla ilişki olduğunu vurgulamaktadırlar.

2. Mekânsal Faktörlerin Önemi

Allen vd.'ne (2014) göre insanların içinde büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı çevre veya toplulukların ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bunlar, hem doğal ve yapıli çevre gibi somut yönleri hem de mahalle güveni ve güvenliği gibi soyut yönleri içerir. Benzer şekilde Mundt vd. (2014) de dezavantajlı kentsel alanlarda yaşamının, kötü ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Birleşik Krallık için, kentsel alan dezavantajının, bağımsız olarak öznel değerlendirmeye dayalı zayıf zihinsel sağlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Poortinga, Dunstan ve Fone, 2007); olası aracı faktörler arasında kötü barınma koşulları, güvenlik sorunları, olanaklara zayıf erişim ve sosyal uyum eksikliği yer almaktadır (Poortinga, Dunstan ve Fone, 2008). Meyer, Castro-Schilo ve Aguilar-Gaxiola (2014) başka bir noktaya işaret ederek: daha yüksek sosyoekonomik durumun mahalleye yönelik daha düşük güvenlik korkuları ile ilişkili olduğu ve bunun da daha fazla fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu ve fiziksel aktivitenin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık ile pozitif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Tersî şekilde dezavantajlı insanlar sağlığa zararlı çevre, yetersiz insan hizmetleri, yüksek düzeyde sigara ve içki içme, uyuşturucu kullanımı ve şiddet görülen dezavantajlı topluluklarda istemeyerek de olsa yaşama eğilimindedirler (Fryers vd., 2005).

Gürültü, kötü konut kalitesi, kötü hava kalitesi, düşük içme suyu kalitesi, yüksek suç ve şiddet oranı, çöp birikmesi, trafik sıkışıklığı gibi faktörler Avrupa'daki en kötü ruh sağlığıyla ilişkilendirilmiştir (Shiue,

2015). Benzer şekilde diğer bir çalışmada yaygın ruhsal bozukluklar için risk faktörlerini temsil ettiği gösterilen mahalle özellikleri: ekonomik dezavantaj/yoksunluk, algılanan topluluk şiddeti, sosyal düzensizliktir (Cutrona, Russell, Brown, Clark, Hessling ve Gardner, 2005; Cooper, Hunter-Jones, Kelley, Karnes, Haley, Ross, Rothenberg ve Bonney, 2014). Başka bir çalışmada, sosyal olarak avantajlı bir mahallede konut sahibi olmak, kültürel hizmetlerin bulunması, bir parkın yakınında yaşamak ve yakınlarda yerel bir sağlık hizmetine sahip olmak, daha düşük depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir (Garipey, Blair, Kestens ve Schmitz, 2014). Diğer bir anlatımla yaşanan mahalledeki avantajlar ruh sağlığını olumlu yönde etkilerken tam tersine olumsuzluklar ise ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

3. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Sağlığını Etkileyen Diğer Sosyal Etkenler

Seidi (2020) üniversite öğrencileri arasında Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) aracılığı yaptığı çalışmada akıl sağlığı açısından birinci sınıf öğrencileri ile diğer sınıflardaki öğrenciler arasında genel puan ve üç alt ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bostancı, Özdel, Kalkan-Oğuzhanoglu, Özdel, Ergin, Ergin, Ateşçi, ve Karadağ (2005) ise okulda son sınıf olmak ile depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Çünkü öğrencilerin iş yükü öğrenim yılı ile birlikte artmakta ve ayrıca öğrencilerin mezuniyeti yaklaştıkça gelecek kaygıları nedeniyle depresif belirtiler daha sık görülebilmektedir.

Selçuk-Tosun vd. (2019) ise yaptıkları çalışmada anneleri temel eğitimi (beş yıllık eğitim) tamamlamamış ve babaları da düşük eğitim düzeyine sahip öğrencilerin riskli öğrenci grubu içinde yer aldığını göstermişlerdir.

Choi, Ju, Kim, Kim, Kim ve Yu. (2015) akran desteği ile depresyon görülme olasılığı arasında anlamlı bir ilişki gözlemlemişlerdir. Akran desteğinin artması depresyon düzeyinin düşmesinde etkili olmaktadır.

Yıl kaybı olan öğrencilerde ise yıl kaybı olmayanlara göre daha sık depresyon görülmektedir (Özdemir ve Rezaki, 2007). Diğer bir deyişle eğitim hayatında yıl kaybı olması önemli bir depresyon kaynağıdır.

4. Özel Bir Grup Olarak Üniversite Öğrencileri

İlhan vd.'ne (2019) göre üniversite gençliği toplumda rol model olacak ve toplumun gelişimine olumlu katkı sağlayacaktır, dolayısıyla onların ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi toplum ruh sağlığı bağlamında önemlidir. Zulkefly ve Baharudin'ne (2010) göre üniversite öğrencilerinin ülkenin beşeri sermaye kaynaklarına olumlu katkıda bulunarak iyi bir geleceğe sahip olmaları için psikolojik sağlıklarının iyi ve dengeli olması gerekmektedir. Ancak esas önemli olan mesele gençliğin genellikle daha sonraki yaşamda ilk kez tespit edilen çoğu ruhsal bozukluğun başladığı aşama olmasıdır (Patel vd, 2007).

Pedrelli, Nyer, Yeung, Zulauf ve Wilens'e (2015) göre liseden yükseköğretime geçiş, yaşamı değiştiren bir deneyimdir ve üniversite öğrencileri deneyimledikleri yurt özlemi, büyük ve stresli bir organizasyona girme, ekonomik sorunlar, hacimli kurslar ve yoğun yarışmalar, bireyleşme gibi özel faktörler nedeniyle ruh sağlığı sorunlarına daha yatkındırlar. Buna ek olarak, birçok geleneksel üniversite öğrencisi, çalışmak, evliliğe yol açabilecek önemli bir ilişki içinde olmak veya kendi kültürlerinden ve inanç sistemlerinden farklı ev arkadaşlarına sahip olmak gibi potansiyel olarak stresli deneyimlerle ilk kez karşılaşabilir. Geleneksel olmayan üniversite öğrencileri ise genellikle tam zamanlı olarak çalışan, daha yaşlı ve eşlerinden başka bakmakla yükümlü oldukları kişiler olan öğrencilerdir (Arnett, 2000). Dolayısıyla bu öğrenci grubu, akademik gereksinimlerin yanı sıra iş ve aile taleplerinin karşılanması ile de baş etmek zorunda kalabilir. Bazı üniversite öğrencileri bu geçiş döneminde karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmek için etkili baş etme becerileri geliştirirken, bazıları da bu dönemde yaşadıkları gelişimsel değişiklikleri etkin bir şekilde yönetememekte ve yeni çevrelerinde kendilerinden talep edilen rolleri üstlenememekte ve bu nedenle sorunlar yaşamaktadırlar (İlhan vd., 2019).

Üniversite öğrencileri arasında ruhsal bozukluklar yaygın ve büyüyen bir endişe kaynağıdır (Lee ve Kim, 2020). Ruh sağlığı bozukluklarının çoğu, genç yetişkinlik döneminde (18-25 yaş) en yüksek başlama oranına sahiptir ve bu, öğrencilerin üniversitedeki zamanına denk gelmektedir (Pedrelli vd., 2015). Üniversite öğrencilerinin beşte biri (%20,3) 12 aylık DSM-IV/CIDI (CIDI (World Health Organization Composite International Diagnostic Interview - Dünya Sağlık Örgütü Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesi),

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4. Baskı) tanımlarına ve kriterlerine göre ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi için kullanılan kapsamlı ve standartlaştırılmış bir araçtır) bozukluklarına sahiptir (O'Neill, Auerbach, Alonso, Axinn, Cuijpers, Ebert, Green, Hwang, Kessler, Liu ve Mortier, 2016).

Üniversite öğrencileri arasında en yaygın ruh sağlığı şikâyetleri anksiyete ve depresyondur (Ghrouz, Noohu, Manzar, Spence, BaHammam ve Pandi-Perumal, 2019; Blanco, Okuda, Wright, Hasin, Grant, Liu ve Olfson, 2008). Benzer şekilde Mistler, Reetz, Krylowicz ve Barr (2012) de üniversite öğrencileri arasında en sık görülen ruh sağlığı şikâyeti olarak (%41,6) anksiyeteyi göstermektedir, bunu depresyon (%36,4) ve ilişki sorunları (%35,8) izlemektedir. Türkiye'de psikiyatrik sorunları belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların bir meta-analizinde üniversite öğrencileri arasında depresyon oranlarının %20,6-%48 arasında olduğu, anksiyete bozukluklarının oranlarının ise %4,2-21,7 aralığında olduğu bildirilmiştir (Binbay, Direk, Aker, Akvardar, Alptekin, Cimilli, Çam, Deveci, Gültekin, Şar, Taycan ve Ulaş, 2014).

Ruh sağlığı koşullarının üniversite öğrencilerinin yaşamları üzerinde derin etkileri olabilir. Bireysel düzeyde, fiziksel, duygusal, bilişsel ve kişilerarası iletişim işleyişin tüm yönlerini etkileyebilirler (Hersi vd., 2017). Ruh sağlığı sorunları olan öğrencilerin gelişim ve eğitim görevlerinde aksamalar yaşadıkları kaydedilmiştir. Sonuç olarak, öğrenciler iyi akademik performans gösteremeyebilir (Zulkefely ve Baharudin, 2010). Giamos, Lee, Suleiman, Stuart ve Chen'ne (2017) göre şiddetli zihinsel sağlık sorunlarının, üniversite öğrencilerin topluluk üyeleriyle etkileşim kurma gibi yaşam aktivitelerini gerçekleştirme becerilerini etkilemesi muhtemeldir. Daha yüksek düzeyde zihinsel sıkıntıya sahip öğrenciler, daha yüksek sınav kaygısına ve daha düşük özyeterliğe sahiptir. Ayrıca, zihinsel sağlığı zayıf olan öğrenciler, oda arkadaşları, sınıf arkadaşları, öğretim üyeleri ve personel dahil olmak üzere kampüslerdeki diğer birçok insanı olumsuz olarak etkileyebilir (Mikolajczyk, Brzoska, Maier, Ottova, Meier, Dudziak, Ilieva ve El Ansari, 2008). Üniversite öğrencileri arasında görülen ruhsal rahatsızlıkların olası etkileri arasında akademik başarının azalması, sigara kullanımı, intihar girişimi, yeme bozuklukları, alkol kullanımı, uyarıcı/uyuşturucu madde kullanımı, reçeteli ilaçlarını amacı dışında kullanılması, şiddet ve kötü cinsel sağlık sayılabilir.

Akademik Başarı

Khurshid, Parveen, Yousuf ve Chaudhry (2015) yaptıkları çalışmada düşük, orta ve yüksek düzeyde depresyona sahip öğrencilerin akademik performansları arasında anlamlı bir fark olduğunu görmüşlerdir. Depresif öğrenciler konsantrasyon azalması, ilgi kaybı, enerji kaybı ve uyku düzeninde bozukluk gibi belirtiler gösterebilir. Bütün bunlar ise öğrencilerin okul performansını olumsuz etkileyebilir. Ya da, zayıf okul performansı benlik saygısında azalmaya ve sonuç olarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (Bostancı vd., 2005). Burada da çift yönlü bir ilişkiden bahsedebiliriz.

Sigara

İlhan vd. (2019) psikiyatrik sorunları olan bireylerin sigaraya daha fazla bağımlı olduğunu bildirmektedir. Bireyin sigaraya başlama kararını etkileyen faktörler arasında merak, öykünme, akran baskısı, sosyal kabul görme ihtiyacı, stresle baş edememe, özgüvenin azalması ve psikolojik sorunlar sayılmaktadır. Dolayısıyla sigara bir stresle baş etme aracı olarak kullanılabilir.

İntihar

Aynı yaştaki üniversite öğrencisi olmayan akranlarıyla karşılaştırıldığında, üniversite öğrencileri arasında intihar riski genellikle daha yüksektir (Choi vd., 2015). Üniversite öğrencileri arasında intihar için başlıca risk faktörleri içinde depresyon, umutsuzluk ve madde kullanımı bulunmaktadır (Pedrelli, 2015).

Yeme Bozuklukları

Bulimia, anoreksiya ve tıknırcasına yeme (binge eating disorder) gibi yeme bozuklukları üniversite öğrencileri arasında yaygındır ve sıklıkla ergenlik döneminde başlar ve erken yetişkinlik döneminde hızlı bir artış gösterir (Hudson, Hiripi, Pope Jr, ve Kessler, 2007).

Alkol Kullanımı

Pedrelli vd. (2015) üniversite öğrencileri arasında yaygın olan diğer bir tehlikeli davranışın aşırı alkol kullanımı olduğunu bildirmiştir. Tıpkı sigara ve aşırı yeme gibi alkol kullanımı da bir stres ile baş etme aracı

olarak kullanılmaktadır.

Uyarıcı Madde Kullanımı

Hersi vd. (2017) ruhsal sıkıntılar ile uyarıcı/uyuşturucu madde kullanımı arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Sigara, uyuşturucu ve esrar kullanımı bunun bir örneğidir. Amerikan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nın 2012 verilerine göre, tam zamanlı erkek üniversite öğrencilerinin yaklaşık %23,5'i ve tam zamanlı kadın üniversite öğrencilerinin %16,1'i esrar kullanıcısıdır.

Reçeteli İlaçların Amaç Dışı Kullanımı

Madde kullanımı ve alkol kullanımına ek olarak, üniversite öğrencileri genellikle reçeteli ilaçların tıbbi olmayan kullanımı veya reçeteli ilaçların reçetesiz alınması ya da reçete edilenden fazlasının kullanılması gibi tıbbi ilaçların kötüye kullanımını gerçekleştirebilirler (Pedrelli vd., 2015).

Gençlik, çoğu insanın akademik kariyerini tamamladığı, iş piyasasında yer edindiği, arkadaşlıklar ve romantik ilişkiler kurduğu yaşam dönemi olduğundan ve ruhsal bozukluklar bu görevlerin başarıyla tamamlanma olasılığını azaltabileceğinden; gençlerdeki ruhsal bozuklukların, yetişkinliğe kadar uzanan ekonomik ve sosyal sonuçlar üzerinde önemli bir etkisi vardır (Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham ve Wostear, 2002). Bu nedenle, amaç bu öğrencilerin yaşadığı sıkıntıyı belirlemek, bu sıkıntıya neden olan faktörleri belirlemek ve nihayetinde öğrencilerin yaşam kalitesini iyileştirmek için kullanılabilecek ve akıl hastalığı yaşama risklerini azaltacak bir tedavi planı tasarlamaksa, üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlığı üzerine araştırma yapmak önemlidir (Zulkefly ve Baharudin, 2010)

5. Yöntem

Ruh sağlığı sorunlarının tespitinde kullanılan en yaygın tarama yöntemlerinden biri öz değerlendirme araçlarıdır. Bunlar içinden daha ucuz, uygulaması daha kolay, geçerli ve güvenilir olan standart anketler genellikle İngilizce dışındaki dillere de çevrilmiş ve uygulanmıştır. Bu araçlar, sağlık ve tıp görevlilerine daha az maliyetli ve daha az zaman alan bir şekilde güvenilir bilgi sağlama yeteneğine sahiptir (Seidi, 2020).

Genel Sağlık Anketi (GSA), insanların ruh sağlığını değerlendirmek için kullanılan ve en iyi bilinen araçlardan biridir. İlk olarak 1972'de tasarlanmış ve daha sonra hafif zihinsel bozuklukların teşhisi için yaygın olarak kullanılmıştır. Benzer tarama araçları arasında en iyi doğrulanmış araç olarak kabul edildiğinden, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik bozukluklarla ilgili bir uluslararası Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çalışmasında tarama aracı olarak benimsenmiştir (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje ve Rutter, 1997). Zulkefly ve Baharudin (2010) GSA'ni bir bireyin son birkaç hafta içinde yaşadığı psikolojik sıkıntının şiddetini belirlemek için kullanılan bir tarama aracı olarak tanımlamaktadır.

GSA'nin orijinal tasarımı 60 sorudan oluşurken, daha sonra geliştirilen 30, 28 ve 12 sorudan oluşan kısa formlar da güvenilir bulunmuştur (Goldberg vd., 1997). Soru sayısının az olması GSA-12'yi daha kullanılabilir bir araç haline getirmektedir. Genel Sağlık Anketi-12 genel pratikte ruhsal bozuklukları taramak için tasarlanmış 12 maddelik bir öz bildirim ölçüsü olan bir araçtır. GSA-12, 4'lü Likert tipi bir ölçekte derecelendirilen sorulardan oluşmaktadır. Toplumdaki ve psikiyatrik olmayan klinik ortamlardaki teşhis edilebilir psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek/tespit etmek için kullanılmaktadır. Farklı puanlama yöntemleri olsa da yüksek puanlar kötü zihinsel sağlığı göstermektedir (Lee ve Kim, 2020).

Çalışma 2017-2018 eğitim-öğretim yılının bahar döneminde yürütülmüştür. Çalışmada öğrencilere iki farklı alana ilişkin sorular sorulmuştur. Bunlardan bir tanesinde öğrencinin ve ailesinin sosyoekonomik durumunu tespit etmeye yönelik sorular sorulmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde ise yukarıda bahsedilen GSA-12 soruları sorulmuş ve öğrencilerden sorulan sorulara yanıt vermeleri istenmiştir.

Evren - Örneklem

Öğrenciler belirlenirken rastgele örneklem yöntemi uygulanmıştır. Çalışma belirtilen dönemde, Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü merkezi alanında kampüsteki tüm öğrencilerin öğle saatinde bir araya geldikleri yemekhane ve çarşı bölgesinde yapılmıştır. Böylece hem farklı fakülte ve bölümlerden hem de farklı sınıflardan öğrencilerin bir arada olma durumundan faydalanılmaya çalışılmıştır.

Anketler katılımcılara teslim edilmeden önce katılımcılardan sözlü onam alınmış, çalışmanın

amaçları anlatılmış ve gizliliği kendilerine açıklanmıştır. Bu çalışmaya katılmak isteyen katılımcılar isterlerse herhangi bir zamanda ankete devam etmeyi reddedebilmişlerdir. Daha sonra katılımcılara anketi cevaplama ile ilgili talimatlar net bir şekilde verilmiştir. Çalışmada ankete cevap veren 995 kişilik 4 yıllık lisans eğitimi gören öğrencilerin verileri değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kılıç (1996), Genel Sağlık Anketi-12'nin Türkçe sürümünü ve onun güvenilirliğini test etmiştir. Anketin iç tutarlılık düzeyi 0,78; duyarlılık ve özgüllüğü sırasıyla 0.74 ve 0.84 olarak hesaplanmıştır. GSA-12, 12 soru içermektedir. Her soru için "hiçbir zaman", "her zamanki gibi", "her zamankinden daha fazla" ve "her zamankinden çok daha fazla" arasında değişen dört seçenek vardır. Anket verileri genel olarak iki şekilde değerlendirilmektedir. Bunlardan birincisi, her bir ölçek maddesi için puanlama 0-1-2-3 şeklinde yapılmakta ve böylece her bir birey 0 ile 36 arasında puan alabilmektedir. İkinci olarak da, her bir ölçek maddesi için puanlama 0-0-1-1 şeklinde yapılmaktadır. Buna göre her katılımcı 0 ile 12 arasında puan alabilmektedir. 0-2 arasında puan alan, 3 puan alan ve 4 ve üzerinde puan alan katılımcılar sırasıyla "iyi", "orta" ve "zayıf/kötü" olarak gruplandırılmaktadır. Diğer bir anlatımla, GSA-12'de 3 ve daha fazla puan olası depresyon riskini göstermektedir.

Verilerin Analizi

Ana verileri topladıktan sonra, tümü SPSS istatistik sürüm 20.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Toplanan veriler değerlendirilirken yukarıda bahsedilen yöntemlerden başta cevapların 0, 1, 2 ve 3 şeklinde puanlanarak değerlendirildiği yöntem olmak üzere her ikisi de kullanılmıştır. Verilerin birinci kodlama yöntemiyle değerlendirildiği analizlerde GSA-12 skorları normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Verilerin ikinci kodlama yöntemi ile değerlendirildiği analizlerde GSA-12 skorları "risksiz" (GSA-12 skoru ≤ 2) ve "riskli" (GSA-12 skoru > 2) olarak gruplanmış ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

6.Bulgular

Öğrencilerin genel profilini çıkarmaya ve sosyoekonomik durumlarını anlamaya yönelik sorulan sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde öğrencilerin yaklaşık 2/5'inin 21-22 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %70'inden fazlası ilk 5 tercihinden birinde okumaktadır. Her beş öğrenciden 2'si 4 yıldır üniversitede öğrenci olduklarını bildirmişlerdir. Öğrencilerin yaklaşık 1/3'ü yıl kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin 3/4'ü kent merkezinde yaşadıklarını ve çekirdek aile mensubu olduklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin %35'i, okudukları bölümü istemeyerek tercih ettiklerini vurgulamışlardır. Öğrencilerin yaklaşık %90'ı hane reisinin (babalarının) kentte yaşadığını vurgulamıştır. Hane reisinin kentte yaşaması durumunda öğrencilerin yaklaşık %40 hane reisinin emekli olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %30'unun babası lise mezunuyken, %33'ünün annesi ilkökul mezunudur. Öğrencilerin yarısından fazlası ailelerinin aylık gelirinin 0-3000 TL arasında olduğunu dile getirmiştir. Öğrencilerin %40'ı ailelerinin gelirinin geçimlerine yetmediğini belirtirken sadece %6'sının ailesi birikim yapabilmektedir. Öğrencilerin 1/4'ü aylık ortalama 500-750 TL harcadıklarını belirtirken, %65'i parasının harcamalarına yetmediğini vurgulamıştır.

Tablo-1. Sorulara İlişkin Değişkenlerin Sıklıkları

	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	518	52,7
	Erkek	465	47,3
	Toplam	983	100,0
Yaş	18-19	91	9,2
	20	164	16,6
	21	182	18,4
	22	182	18,4

	23	160	16,2
	24-25	139	14,1
	26+	71	7,2
	Toplam	989	100,0
Tercih Sırası	1-5. sıra	706	71,7
	6.+ sıra	279	28,3
	Toplam	985	100,0
Öğrencilik Süresi	1-3 yıl	176	18,2
	4 yıl	368	38,1
	5 yıl	227	23,5
	6 yıl	71	7,4
	7+ yıl	123	12,7
	Toplam	965	100,0
Yıl Kaybı	Var	285	28,7
	Yok	707	71,3
	Toplam	992	100,0
Kalınan Yer	Yurt	357	36,1
	Aile ile birlikte evde	255	25,8
	Arkadaşlar ile birlikte evde	280	28,3
	Özel konuk evinde	14	1,4
	Akraba evinde	19	1,9
	Diğer	64	6,5
	Toplam	989	100,0
Aile Tipi	Çekirdek aile	732	74,2
	Geniş aile	210	21,3
	Parçalanmış aile	44	4,5
	Toplam	986	100,0
Daimi İkamet Yeri	İl merkezi	679	68,5
	İlçe merkezi	246	24,8
	Köy	66	6,7
	Toplam	991	100,0
Okuduğu Bölümü Tercih Biçimi	İsteyerek	642	64,8
	İstemeyerek	349	35,2
	Toplam	991	100,0
Hane Reisinin Yaşadığı Yer	Kent	879	89,3
	Kır	105	10,7
	Toplam	984	100,0
Hane Reisi Kentte Yaşıyorsa Mesleği	İşsiz	42	4,8
	Emekli	332	37,9
	Yüksek nitelikli ücretli	51	5,8
	Beyaz yakalı ücretli	85	9,7

	Niteliksiz hizmet işçisi	42	4,8
	Mavi yakalı işçi	37	4,2
	Esnaf	113	12,9
	Küçük işveren	27	3,1
	Orta-büyük işveren	50	5,7
	Ev hanımı	21	2,4
	Diğer	76	8,7
	Toplam	876	100,0
Hane Reisi Kırdan Yaşıyorsa Mesleği	Zengin köylü	13	13,7
	Orta köylü	20	21,1
	Küçük köylü	12	12,6
	Yoksul köylü	20	21,1
	Emekli	17	17,9
	Diğer	12	12,6
	Ev hanımı	1	1,1
	Toplam	95	100,0
Babanın Eğitim Durumu	Okuryazar değil ve okuryazar	61	6,2
	İlkokul	265	27,0
	Ortaokul	147	15,0
	Lise	297	30,2
	Üniversite	185	18,8
	Yüksek lisans ve Doktora	28	2,8
	Toplam	983	100,0
Annenin Eğitim Durumu	Okuryazar değil ve okuryazar	175	17,8
	İlkokul	324	32,9
	Ortaokul	142	14,4
	Lise	248	25,2
	Üniversite ve üstü	96	9,7
	Toplam	985	100,0
Ailenin Ortalama Aylık Geliri	0-3000 TL	495	50,5
	3000-7500 TL	420	42,8
	7500+ TL	66	6,7
	Toplam	981	100,0
Ailenin Geçim Düzeyi	Gelir harcamalara yetmiyor	400	40,6
	Gelir ile harcamalar denk	523	53,0
	Gelir harcamalardan fazla	63	6,4
	Toplam	986	100,0
Öğrencinin Aylık Harcaması	0-250 TL	47	4,7
	250-500 TL	235	23,7
	500-750 TL	259	26,1
	750-1000 TL	219	22,1

	1000-1250 TL	104	10,5
	1250-1500	68	6,9
	1500+	60	6,0
	Toplam	992	100,0
Öğrencinin Geçim Düzeyi	Parası harcamalarına yetmiyor	639	64,5
	Parası harcamalarına yetiyor	351	35,5
	Toplam	990	100,0

Anket sonuçlarından her iki yönetime ilişkin temel tanımlayıcı istatistikler tablo-2’de sunulmuştur. Birinci yönetime göre yapılan puanlamada ortalama 13.57, standart sapma ise 6,85 olarak çıkmıştır. %95 güven aralığına göre ortalama 13.14 ile 14.00 arasında değişmektedir. İkinci yönetime göre yapılan puanlamada ortalama 3.52 çıkarken standart sapma 3.14 çıkmış ve %95 güven aralığında ortalamanın alt ve üst sınırları 3.32 ile 3.72 arasında oluşmuştur. İkinci yönetime göre hesaplanmış GSA-12 verilerine göre risk altındaki öğrenci oranı yaklaşık %53’tür (tablo-3).

Tablo-2. Her İki Yönetime Göre Hesaplanan GSA-12 Skorlarına İlişkin Temel İstatistikler

Yöntem	Ortalama	Ortalama için %95 güven aralığı		Ortanca	Standart sapma
		Alt sınır	Üst sınır		
skor36	13,57	13,14	14	13	6,85
skor12	3,52	3,32	3,72	3	3,143

Tablo-3. İkinci Yönetime Göre Hesaplanmış GSA-12 Skorlarına Göre Riskli ve Risksiz Öğrenci Sayıları

Skor12 grupları	Sıklık	%
Risksiz	472	47,4
Riskli	523	52,6
Toplam	995	100,0

Birinci yönetime göre hesaplanmış GSA-12 skorları hiçbir soru için normal dağılım koşulunu sağlamadığı için tüm sorulara ilişkin sonuçların değerlendirilmesinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Yapılan testler sonucunda birinci yönetime göre hesaplanmış GSA-12 skorları dikkate alındığında cinsiyete göre, yaşa göre, kalınan yere göre, aile tipine göre, daimi ikamet yerine göre, hane reisinin (babanın) yaşadığı yere göre, hane reisi kırdaki yaşıyorsa mesleğine göre, babanın eğitim seviyesine göre ve öğrencinin aylık harcamasına göre üniversite öğrencileri arasında anlamlı farklar bulunmamıştır.

Öğrencilerin okudukları bölümü kaçınıcı sırada tercih ettikleri ile GSA-12 skorları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Okuduğu bölümü ilk 5 sırada tercih eden üniversite öğrencilerinin depresyon skorları daha düşüktür. Diğer bir deyişle okudukları bölümü öncelikli olarak tercih etmeyen öğrencilerin ileriki dönemlerde istemedikleri bir iş ile meşgul olacak olmaları onlar açısından mutsuzluk ve dolayısıyla stres yaratan bir faktör olabilir (tablo-4).

Resim-1. Öğrencilerin Okudukları Bölümü Tercih Sırasına Göre GSA-12 Skorları ($p=0.034 < 0,050$)

Öğrencilik süresi ile GSA-12 skorları arasındaki anlamlı ilişki incelendiğinde 3 yıl ve daha az süreyle öğrenci olanlar ile 5 ve 6 yıllık öğrenciler arasında; 4 yıldır öğrenci olanlar ile 6 yıldır öğrenci olanlar arasında; 5 yıldır öğrenci olanlar ile 7 yıl ve daha uzun süredir öğrenci olanlar arasında ve 6 yıldır öğrenci olanlar ile 7 yıl ve daha fazla süre ile öğrenci olanlar arasında GSA-12 skorları açısından anlamlı farklar olduğu görülmektedir (tablo-5). Genel bir değerlendirme yapıldığında; öğrencilik süresi 6 yıla kadar uzadıkça GSA-12 skorlarının arttığı ancak 7 yıl ve daha uzun süredir öğrenci olanlar arasında GSA-12 skorlarının düştüğü gözlenmektedir. Diğer bir deyiş ile öğrenim süresinin uzaması öğrenciler arasında bir stres yaratırken belli bir eşikten sonra mezun olma önemini yitirmektedir. Bu tür öğrenciler için üniversite eğitiminin birincil öncelik olmaktan çıktığı ve hâlihazırda hayatlarını başka bir şekilde düzene koydukları düşünülebilir. Çünkü bu öğrencilerin GSA-12 skorları hemen hemen üniversiteye yeni başlayan öğrenciler ile aynı düzeydedir.

Resim-2. Öğrencilik Süresine Göre Öğrencilerin GSA-12 Skorları ($p:0.013 < 0,050$)

Öğrencilerin eğitim hayatları boyunca yıl kaybı yaşamaları durumu ile GSA-12 skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; GSA-12 skorları açısından öğrencilerin yıl kaybı yaşamaları ile yaşamamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Yıl kaybı yaşayan öğrencilerin GSA-12 skorları yaşamayanlara göre daha yüksektir. Daha önce değinildiği üzere öğrencilerin yıl kaybı yaşamaları hem çalışma hayatına girişlerini geciktirmekte hem de öğrencilerin aileleri üzerinde yarattığı maddi baskı büyümektedir. Her iki durum da bu konulara duyarlı olan öğrenciler üzerinde stres yaratmakta ve bu da öğrencilerin depresyon risklerinin artmasına neden olmaktadır.

Resim-3. Öğrencinin Yıl Kaybı Yaşamalarına Göre GSA-12 Skorları ($p=0.004 < 0,050$)

Öğrenciler arasında okuduğu bölümü kendi isteği ile tercih edip etmeme arasında GSA-12 skorları açısından anlamlı bir fark vardır. Okuduğu bölümü kendi iradesi dışındaki etkenler yüzünden tercih eden öğrencilerin depresyon riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin hayatlarının geri kalanında istemedikleri bir meslek ile uğraşacak olmaları veya geleceklerinin başkalarının isteklerine göre şekillenmesi öğrenciler arasında ciddi bir stres kaynağı oluşturmaktadır.

Resim-4. Öğrencinin Okuduğu Bölümü Tercih Şekline Göre GSA-12 Skorları ($p=0.000 < 0,050$)

Öğrencilerin babalarının kentte yaşaması durumunda, babanın mesleği ile GSA-12 skorları arasında %90 güven aralığında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Babanın hangi meslek grubunda çalıştığına bağlı olarak öğrencilerin GSA-12 skorları arasında anlamlı fark olduğunu anlamak için ikili karşılaştırma yapıldığında; babası “yüksek nitelikli ücretli” olarak çalışan öğrenciler ile (babası “mavi yakalı işçi” ve “orta-büyük işveren” olarak çalışan öğrenciler hariç) diğer tüm meslek grupları arasında anlamlı bir fark vardır. Babası “yüksek nitelikli ücretli” olarak çalışmayan diğer tüm öğrencilerin GSA-12 skorları arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Diğer bir deyişle öğrencinin babasının “yüksek nitelikli ücretli (avukat, hekim, mühendis, mimar vb.)” olarak çalışması öğrencilerin GSA-12 skorlarında, babası diğer statülerde çalışan öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüşe neden olmaktadır. Genel olarak bakıldığında babanın çalışma statüsünün öğrencilerin GSA-12 skorları üzerindeki etkisi daha çok babanın çalışma rejimindeki düzenlilik ile ilişkili olduğu görülmektedir. Babanın mevcut işini kaybetme riski arttıkça öğrencilerin GSA-12 skorları da artmaktadır.

Resim-5. Öğrencinin Babasının Mesleğine Göre Öğrencilerin GSA-12 Skorları ($p=0.066 < 0,100$)

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu ile GSA-12 skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; ilk yönteme göre hesaplanan GSA-12 skorlarına için öğrencilerin annelerinin eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir. Ancak ikinci yönteme göre hesaplanan (sorulara verilen cevapların 0-0-1-1 olarak puanlanması) ve 3 ve üzeri puan alan öğrencilerin riskli şeklinde değerlendirildiği yönteme göre öğrencilerin annelerinin eğitim durumları ile öğrencilerin riskli kategoride yer alması arasında %90 güven aralığında anlamlı bir fark vardır. Farkın nereden kaynaklandığı incelendiğinde, söz konusu farkın annesi üniversite mezunu veya daha yüksek bir dereceye sahip öğrencilerden kaynaklandığı görülmektedir. Annesi üniversite mezunu veya daha yüksek bir dereceye sahip öğrencilerin riskli kategoride yer alma durumları diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde azdır.

Tablo-4. Öğrencinin Annesinin Eğitim Düzeyi ile GSA-12 Skorları Arasındaki İlişki

p=0.096 < 0,10		Risksiz	Riskli	Toplam
Okuryazar değil ve okuryazar	Gözlenen	87	88	175
	%	49,7	50,3	100,0
İlkokul	Gözlenen	142	182	324
	%	43,8	56,2	100,0
Ortaokul	Gözlenen	62	80	142
	%	43,7	56,3	100,0
Lise	Gözlenen	123	125	248
	%	49,6	50,4	100,0
Üniversite ve üstü	Gözlenen	56	40	96
	%	58,3	41,7	100,0
Toplam	Gözlenen	470	515	985
	%	47,7	52,3	100,0

Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeyi ile GSA-12 skorları arasındaki ilişki incelendiğinde

öğrencilerin ailelerinin aylık gelir gruplarına göre GSA-12 skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Hangi gelir grupları arasında fark olduğu incelendiğinde ailesinin aylık gelir düzeyi 3000 TL ve daha az olanlar ile 7500 TL ve üzeri olanlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Genel olarak ise ailelerin gelir düzeyi arttıkça öğrencilerin GSA-12 skorlarının düştüğü gözlenmektedir.

Resim-6. Öğrencinin Ailesinin Gelir Düzeyine Göre GSA-12 Skorları ($p=0.027 < 0,050$)

Öğrencinin ailesinin geçim düzeyi ile GSA-12 skorları arasındaki ilişki incelendiğinde öğrencinin ailesinin geçim düzeyine göre GSA-12 skorları arasında fark olduğu ve söz konusu farkın her geçim düzeyi arasında mevcut olduğu görülmektedir. Yine gelir düzeyinde olduğu ailelerin geçim düzeyi iyileştikçe öğrencilerin GSA-12 skorlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Resim-7. Öğrencinin Ailesinin Geçim Düzeyine Göre GSA-12 Skorları ($p=0.000 < 0,050$)

Öğrencinin geçim düzeyi ile GSA-12 skorları arasındaki ilişki incelendiğinde öğrencinin geçim düzeyine göre GSA-12 skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Öğrencilerin geçim düzeyi iyileştikçe GSA-12 skorlarının düştüğü görülmüştür.

Resim-8. Öğrencinin Geçim Düzeyine Göre GSA-12 Skorları ($p=0.000 < 0,050$)

Genel bir değerlendirme yapıldığında; öğrencinin okuduğu bölümü kaçınıcı sırada tercih ettiği, toplam öğrencilik süresi ve yıl kaybı yaşayıp yaşamadığı, okuduğu bölümü isteyerek mi yoksa istemeyerek mi tercih ettiği, öğrencinin babasının (hane reisinin) kentte yaşaması durumunda yaptığı işin, öğrencinin annesinin eğitim düzeyinin, öğrencinin ailesinin aylık ortalama gelir düzeyinin, öğrencinin ailesinin geçim düzeyinin ve öğrencinin kendi geçim düzeyinin öğrencinin GSA-12 skorlarını ve depresyon riskini belirlemede anlamlı düzeyde ayrıştırıcı olduğu görülmüştür. Öğrencinin isteklerinin, tercihlerinin veya beklentilerinin dikkate alınması ve ailesinin sosyal statüsünden ziyade maddi koşullarının veya ailesinin gelir durumunun üniversite öğrencilerin GSA-12 skorları veya diğer bir deyişle depresyon riski düzeyinde etkili olduğu görülmektedir. Buna ek olarak öğrencilerin ailelerinin mutlak maddi koşulları kadar öğrencilerin maddi durumlarına ilişkin görece değerlendirmelerinin de belirleyici olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Genel olarak akıl sağlığını geliştirmek için genetik olmayan sosyal ve çevresel faktörlerin zayıf akıl sağlığına neden olmada veya akıl hastalıklarına neden olmada oynadığı rol dikkatle değerlendirilmelidir. Bunu yaparken sosyal adalet, siyasi irade ve güç, politik müdahale, kaynak dağılımı ve program geliştirme ve uygulamanın rolleri dikkate alınmalıdır. Akıl sağlığını iyileştirmek ve akıl hastalıkları ve madde kullanım bozuklukları riskini azaltmak için toplumun genelini hedefleyen en büyük etki, kamu politikalarını, sağlığı daha fazla teşvik edecek şekilde optimize ederek ve sosyal normları değiştirerek elde edilecektir, çünkü toplumun tüm üyelerinin sağlığı bir önceliktir (Compton ve Shim, 2015).

Sağlığın toplumsal koşullardan etkilendiğini anlamak, sağlık ve sağlıkta hakkaniyetin sorumluluğunu net bir şekilde politika, siyasa ve yönetim alanlarına yerleştirir ve yasa koyucuları tüm politikaların sağlık etkilerini dikkate almaya teşvik eder (WHO, 2008). Çünkü hükümetlerin ve kamu kurumlarının sağlık sektörü dışındaki alanlarda aldığı kararlar da, söz konusu sosyal koşulların kapsamını ve/veya dağılımını etkileyerek akıl sağlığı üzerinde potansiyel olarak derin etkilere sahip olabilir (Marmot Review, 2010).

Ülke düzeyindeki stratejiler, yoksulluğun azaltılmasını ve yaşam boyu etkili sosyal korumayı, eşitsizliklerin ve ayrımcılığın azaltılmasını, savaşın ve şiddetli çatışmaların önlenmesini ve istihdama, sağlık hizmetlerine, barınma ve eğitime erişimin teşvik edilmesini içerir. Anne depresyonunun tedavisi, erken çocukluk gelişimi, yoksullukla mücadele programlarında ruhsal bozukluğu olan ailelerin hedeflenmesi, işsizler için sosyal yardım ve alkol siyasalarına ilişkin politikalara özel önem verilmelidir. Bunlar, zihinsel bozukluklarla özellikle güçlü ilişkileri olan ve açık bir bağa sahip alanlardır (Allen vd., 2014). Buna ek olarak Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde ruh sağlığı ve yoksulluk arasındaki açık ilişki, ruh sağlığının kalkınma ajanslarının gündemine ve binyıl kalkınma hedefleri (BKH) gibi uluslararası hedeflere dahil edilmesi durumunu güçlendirmektedir (Miranda ve Patel, 2005). Dezavantajlı insanlardaki yaygın ruhsal bozuklukların fazlalığı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde ve özellikle yüksek düzeyde sosyal dezavantajlı topluluklarda etkili teşhis ve tedaviye erişimin iyileştirilmesini sağlamak için sağlık politikası girişimlerine olan ihtiyacı göstermektedir (Fryers vd., 2005).

Ruh sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, ruh sağlığını iyileştirebilecek müdahaleleri ve programları uyarlamak için kritik öneme sahiptir (Silva vd., 2016). Ayrıca depresyon ve anksiyete, Birleşik Krallık ekonomisine yıllık tahmini maliyeti 6 milyar sterlin olan önemli halk sağlığı sorunlarıdır (Croft-Jeffreys ve Wilkinson, 1989). Buna göre ruh sağlığını olumsuz etkileyen koşulların tespiti ve ortadan kaldırılması toplumsal maliyetleri açısından da önemli siyasa alanıdır. Klinik düzeyde müdahaleler, bireysel düzeyde hastalar için önemli ve ilgili olsa da, toplumda kalıcı değişikliklere yol açmayacak ve gelir eşitsizliğinin ruh sağlığı ve madde kullanım bozuklukları üzerindeki etkisini etkili bir şekilde ele alamayacaktır (Compton ve Shim, 2015).

Bireyler, hamilelik ve doğum öncesi dönemler, erken çocukluk, ergenlik, çalışma ve aile kurma yılları ve ileri yaşlar gibi yaşamın çeşitli aşamalarında sağlıklarını etkileyen sürekli ve devam eden stres kaynaklarına (stressors) sahip olacağı için yaşam boyu bir yaklaşım izlemek çok önemlidir (Marmot Review,

2010). Yaşam boyu avantaj ve dezavantajlara maruz kalma durumunun analizi, bu olumsuz ve olumlu faktörlerin ve süreçlerin zaman içinde biriktiğini, bireyler arasındaki epigenetik, psikososyal, fizyolojik ve davranışsal özelliklerin yanı sıra aile, topluluk ve sosyal gruptaki sosyal koşulları etkilediğini göstermektedir (WHO ve CGF, 2014). Böyle bir avantaj ve dezavantaj birikiminin sosyal ve ekonomik eşitsizliklere ve dolayısıyla adaletsiz ruh sağlığı sonuçlarına katkıda bulunması mümkündür (Allen vd., 2014).

Nesiller boyunca devam eden sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, zaman içinde ruh sağlığı eşitsizliklerinin yerleşmesine neden olmaktadır (Campion, Bhugra, Bailey ve Marmot, 2013). Yaşam seyri boyunca sosyal belirleyiciler yaklaşımını benimsemek, aynı zamanda nesiller arası eşitsizlik aktarımını da ele almak anlamına gelir. Kuşaklar arası risk transferi kavramı, sosyal ve ekonomik faktörlerin nesiller arası aktarımının analizi ve bunlarla mücadeleye yönelik politika yanıtlarının geliştirilmesi açısından önemlidir (WHO ve CGF, 2014).

Ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyal dağılımı, yüksek gelirli ülkelerde iyi belgelenmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde sorunun giderek daha fazla tanınmasına rağmen, sorunu ölçmeye yönelik araştırmalarda ve zihinsel bozuklukları önlemeye yönelik stratejiler, politikalar ve programlarda hala önemli bir boşluk bulunmaktadır (WHO ve CGF, 2014).

Hem toplumun genelinde hem de toplumdaki özel gruplarda ruh sağlığının genel düzeyinin tespit edilmesi ve ruh sağlığını etkileyen koşulların ortaya konması söz konusu hastalıklar ile mücadelede önemlidir. Üniversite öğrencilerine yönelik olarak yapılan ve temel amacı üniversite öğrencilerinin hem genel ruh sağlığını hem de ruh sağlığını etkileyen sosyoekonomik koşulları tespit etmeye yönelik bu çalışmada genel olarak öğrencilerin ve ailelerinin birçok faktörün ortak bileşeni olarak tanımlanabilecek sosyoekonomik statüden (eğitim + gelir + meslek) daha ziyade mutlak (gelir) ve görece maddi koşulların üniversite öğrencilerinin ruhsal sağlığını etkilediği görülmüştür.

Tüm bu tespitlere ek olarak toplumun geleceğinin şekillenmesinde önemli bir faktör olan üniversite öğrencileri arasında genel ruh sağlığı durumunun tespiti ve ruh sağlığını iyileştirici ve geliştirici önlemlerin alınması özellikle üniversite yönetimlerinin başlıca ilgi alanlarından biri olmalıdır. Bu anlamda üniversitelerde Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezlerinin daha aktif hale gelmesi ve üniversite olanakları kullanılarak genel taramaların yapılması hem teşhis hem de erken tedavi anlamında önemlidir. Üniversite özelinde yapılacak ufak müdahaleler ile ileride doğabilecek büyük toplumsal maliyetlerin önlenmesi mümkündür. Tüm bunlara ek olarak toplum düzeyinde özellikle maddi ve sosyal eşitsizliklerin giderilmesi ve daha adil bir toplum düzeni kurulmasına yönelik makro müdahaleler ise etkileri açısından daha etkin müdahalelerdir. Ancak burada makro ve mikro müdahalelerin el ele yürütülmesi etkin sonuçlar elde edilmesi açısından kaçınılmaz bir gerekliliktir.

KAYNAKÇA

- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian University Students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 674-678.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social Determinants of Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z., & Smith, J. P. (2006). Disease and Disadvantage in the United States and in England. *JAMA*, 295(17), 2037-2045.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress Among a Group of University Students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Bell, R., Donkin, A. & Marmot, M. (2013). *Tackling Structural and Social Issues to Reduce Inequities in Children's Outcomes in Low- To Middle-Income Countries*, Office of Research Discussion Paper No.2013-02,

- Florence: UNICEF Office of Research.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B. K., Şar, V., Taycan, O. & Ulaş, H. (2014). Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 1-17.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers: Results from The National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Bostancı, M., Özdel, O., Kalkan-Oguzhanoglu, N., Özdel, L., Ergin, A., Ergin, N., Ateşçi, F. & Karadağ, F. (2005). Depressive Symptomatology among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Sociodemographic Correlates, *Croatian Medical Journal*, 46(1), 96-100.
- Boydell, J., Van Os, J., McKenzie, K., & Murray, R. M. (2004). The Association of Inequality with The Incidence of Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 597-599.
- Campion, J., Bhugra, D., Bailey, S., & Marmot, M. (2013). Inequality and Mental Disorders: Opportunities for Action. *The Lancet*, 382(9888), 183-184.
- Caron, J., Latimer, E., & Tousignant, M. (2007). Predictors of Psychological Distress in Low-Income Populations of Montreal. *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), S35-S44.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*, 32, 431-450.
- Choi, J. H., Ju, S., Kim, K. S., Kim, M., Kim, H. J., & Yu, M. (2015). A Study on Korean University Students' Depression and Anxiety. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(S8), 1-9.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The Social Determinants of Mental Health. *Focus*, 13(4), 419-425.
- Cooper, H. L., Hunter-Jones, J., Kelley, M. E., Karnes, C., Haley, D. F., Ross, Z., Rothenberg, R. & Bonney, L. E. (2014). The Aftermath of Public Housing Relocations: Relationships between Changes in Local Socioeconomic Conditions and Depressive Symptoms in A Cohort of Adult Relocaters. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 91(2), 223-241.
- Croft-Jeffreys, C., & Wilkinson, G. (1989). Estimated Costs of Neurotic Disorder in UK General Practice 1985. *Psychological Medicine*, 19(3), 549-558.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Brown, P. A., Clark, L. A., Hessling, R. M., & Gardner, K. A. (2005). Neighborhood Context, Personality, and Stressful Life Events as Predictors of Depression among African American Women. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 3-15.
- Dachew, B. A., Azale Bisetegn, T., & Berhe Gebremariam, R. (2015). Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. *PLOS ONE*, 10(3), 1-10.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. W. & Stueve, A. (1992). Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue. *Science*, 255(5047), 946-952.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542.
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 1-50.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The Distribution of the Common Mental Disorders: Social Inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 1-12.
- Gariepy, G., Blair, A., Kestens, Y., & Schmitz, N. (2014). Neighborhood Characteristics and 10-Year Risk of Depression in Canadian Adults with and without a Chronic Illness. *Health & Place*, 30, 279-286.
- Gavin, A. R., Walton, E., Chae, D. H., Alegria, M., Jackson, J. S., & Takeuchi, D. (2010). The Associations between Socio-Economic Status and Major Depressive Disorder Among Blacks, Latinos, Asians and

- Non-Hispanic Whites: Findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. *Psychological Medicine*, 40(1), 51-61.
- Ghrouz, A. K., Noohu, M. M., Manzar, M. D., Spence, D. W., BaHammam, A. S., & Pandi-Perumal, S. R. (2019). Physical Activity and Sleep Quality in Relation to Mental Health among College Students. *Sleep and Breathing*, 23(2), 627-634.
- Giamos, D., Lee, A. Y. S., Suleiman, A., Stuart, H., & Chen, S. P. (2017). Understanding Campus Culture and Student Coping Strategies for Mental Health Issues in Five Canadian Colleges and Universities. *Canadian Journal of Higher Education*, 47(3), 136-151.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
- Gostin, L. O., & Powers, M. (2006). What Does Social Justice Require for the Public's Health? Public Health Ethics and Policy Imperatives. *Health Affairs*, 25(4), 1053-1060.
- Gündoğar, D., Gül, S. S., Uskun, E., Demirci, S., & Keçeci, D. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordayan Etkenlerin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 10(1), 14-27.
- Harrison, J., Barrow, S., Gask, L., & Creed, F. (1999). Social Determinants of GHQ Score by Postal Survey. *Journal of Public Health*, 21(3), 283-288.
- Hersi, L., Tesfay, K., Gesesew, H., Krah, W., Ereg, D., & Tesfaye, M. (2017). Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students at the University of Hargeisa, Somaliland: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1-8.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- İlhan, N., Güzlük, M., & Özmen, E. (2019). The Relationship between Mental Health and Basic Need Fulfillment of University Students. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(4), 286-295.
- Jackson-Triche, M. E., Sullivan, J. G., Wells, K. B., Rogers, W., Camp, P., & Mazel, R. (2000). Depression and Health-Related Quality of Life in Ethnic Minorities Seeking Care in General Medical Settings. *Journal of Affective Disorders*, 58(2), 89-97.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen H. U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Khurshid, S., Parveen, Q., Yousuf, M. I. & Chaudhry, A. G. (2015) Effects of Depression On Students' Academic Performance, *Science International (Lahore)*, 27(2),1619-1624.
- Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley Long-Term Follow-Up of Child and Adolescent Depression: 3. Impact of Comorbid Conduct Disorder on Service Use and Costs in Adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 19-23.
- Lee, B., & Kim, Y. E. (2020). Factor Structure of the 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12) among Korean University Students. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 30, 248-253.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic Status, Standard of Living, And Neurotic Disorder. *The Lancet*, 352(9128), 605-609.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and Anxiety in Labor Migrants and Refugees – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L. & Patel, V. (2010). Poverty and Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Social*

- Science & Medicine*, 71(3), 517-528.
- Marmot Review. (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Erişim tarihi: 10 Haziran 2021, www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review adresinden alınmıştır.
- Massey, D. S., & Eggers, M. L. (1990). The Ecology of Inequality: Minorities and the Concentration of Poverty, 1970-1980. *American Journal of Sociology*, 95(5), 1153-1188.
- Melchior, M., Chastang, J. F., Leclerc, A., Ribet, C., & Rouillon, F. (2010). Low Socioeconomic Position and Depression Persistence: Longitudinal Results from the GAZEL Cohort Study. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 92-96.
- Messias, E., Eaton, W. W., & Grooms, A. N. (2011). Economic Grand Rounds: Income Inequality and Depression Prevalence Across the United States: An Ecological Study. *Psychiatric Services*, 62(7), 710-712.
- Meyer, O. L., Castro-Schilo, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Determinants of Mental Health and Self-Rated Health: A Model of Socioeconomic Status, Neighborhood Safety, and Physical Activity. *American Journal of Public Health*, 104(9), 1734-1741.
- Mikolajczyk, R. T., Brzoska, P., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U., Ilieva, S. & El Ansari, W. (2008). Factors Associated with Self-Rated Health Status in University Students: A Cross-Sectional Study in Three European Countries. *BMC Public Health*, 8(1), 1-10.
- Miranda, J. J., & Patel, V. (2005). Achieving the Millennium Development Goals: Does Mental Health Play a Role? *PLOS Medicine*, 2(10), 962-965.
- Mistler, B. J., Reetz, D. R., Krylowicz, B., & Barr, V. (2012). The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey (AUCCCD 2012 Monography) 2012. Erişim tarihi: 10 Haziran 2021, www.aucccd.org/director-surveys-public adresinden alınmıştır.
- Mundt, A., Kliewe, T., Yayla, S., Ignatyev, Y., Busch, M. A., Heimann, H., Heinz, A., Rapp, M. A., Schouler-Ocak, M., Ströhle, A. & Aichberger, M. C. (2014). Social Characteristics of Psychological Distress in Disadvantaged Areas of Berlin. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 75-82.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'campo, P. (2004). Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 53-62.
- Nandi, A., Galea, S., Ahern, J., Bucciarelli, A., Vlahov, D., & Tardiff, K. (2006). What Explains the Association between Neighborhood-Level Income Inequality and the Risk of Fatal Overdose in New York City? *Social Science & Medicine*, 63(3), 662-674.
- Nicholson, A., Pikhart, H., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Peasey, A., Topor-Madry, R., Nikitin, Y., Capkova, N., Marmot, M. & Bobak, M. (2008). Socio-economic Status over the Life-Course and Depressive Symptoms in Men and Women in Eastern Europe. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 125-136.
- O'Neill, S., Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., & Mortier, P. (2016). Mental Disorders among College Students in The WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2002). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.
- Özdemir, H., & Rezaki, M. (2007). Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 13-21.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental Health of Young People: A Global Public-Health Challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511.

- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2007). Perceptions of the Neighborhood Environment and Self-Rated Health: A Multilevel Analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health*, 7(1), 1-10.
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2008). Neighborhood Deprivation and Self-Rated Health: The Role of Perceptions of the Neighborhood and of Housing Problems. *Health & Place*, 14(3), 562-575.
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The Effects of Economic Circumstances on British Students' Mental and Physical Health. *Journal of American College Health*, 48(3), 103-109.
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., Reid, S., Woodford, S., Vetere, A., & Weinreb, I. (2000). Mental and Physical Health in Students: The Role of Economic Circumstances. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 289-297.
- Santiago, C. D., Wadsworth, M. E., & Stump, J. (2011). Socioeconomic Status, Neighborhood Disadvantage, and Poverty-Related Stress: Prospective Effects on Psychological Syndromes among Diverse Low-Income Families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218-230.
- Sederer, L. I. (2016). The Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric Services* 67(2), 34-35.
- Seidi, P. A. (2020). Assessment of The Students' Mental Health in the University of Garmian by Using the Kurdish General Health Questionnaire. *Passer Journal*, 2(1), 27-31.
- Selçuk Tosun, A., Tanyer, D., Akın, B., Ergin, E., & Özaydın, T. (2019). Mental Health Condition of Socioeconomically Disadvantaged Adolescents and Physical Inactivity as a Risk Factor. *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri Dergisi*, 11(2), 120-128.
- Shiue, I. (2015). Neighborhood Epidemiological Monitoring and Adult Mental Health: European Quality of Life Survey, 2007-2012. *Environmental Science and Pollution Research*, 22(8), 6095-6103.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social Determinants of Mental Health: A Review of the Evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N., & Araya, R. (2006). Socio-economic Position and Common Mental Disorders: Longitudinal Study in the General Population in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 189(2), 109-117.
- Steptoe, A., Tsuda, A., & Tanaka, Y. (2007). Depressive Symptoms, Socio-economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97-107.
- Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., & Nordenfelt, L. (2010). The Association of Immigrant- and Non-Immigrant-Specific Factors with Mental Ill Health among Immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 74-93.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson F. J., Norman, R. E., Flaxman A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from The Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 1: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No: 2*, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. New York, NY: Bloomsbury Press.
- Williams, L. K., Andrianopoulos, N., Cleland, V., Crawford, D., & Ball, K. (2013). Associations between Education and Personal Income with Body Mass Index Among Australian Women Residing in Disadvantaged Neighborhoods. *American Journal of Health Promotion*, 28(1), 59-65.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *Closing the Gap in A Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World

Health Organization.

- World Health Organization (2013). *Review of Social Determinants and The Health Divide in The WHO European Region: Final Report*, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social Determinants of Mental Health*, Geneva: World Health Organization.
- Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth: Implications for Prevention. *American Psychologist*, 67(4), 272.
- Zulkefly, N. S., & Baharudin, R. (2010). Using the 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12) to Assess the Psychological Health of Malaysian College Students. *Global Journal of Health Science*, 2(1), 73-80.