

GÜLHAN YİĞİTALP

DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZİ DİYARBAKIR

2012

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇEVRESEL ASBESTE MARUZ KALAN
ERİŞKİN BİREYLERDE KAYGI VE
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ**

DOKTORA TEZİ

GÜLHAN YİĞİTALP

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ.DR.GÜNAY SAKA**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DİYARBAKIR 2012

T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

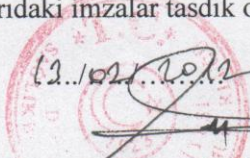
“Çevresel Asbeste Maruz Kalan Erişkin Bireylerde Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyleri” başlıklı Doktora Tezi 07.02.2012 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Günay SAKA
Tezi Teslim Eden :Gülhan YİĞİTALP

Jüri Üyesinin

	Ünvanı	Adı Soyadı	Üniversitesi
Başkan	: Prof. Dr. Perran TOKSÖZ		Dicle Üniversitesi
Üye	: Doç.Dr. Günay SAKA		Dicle Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. S.Erhan DEVECİ		Fırat Üniversitesi
Üye	: Doç.Dr. Aziz YAŞAN		Dicle Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. Ali CEYLAN		Dicle Üniversitesi

Yukarıdaki imzalar tasdik olunur.


 Prof. Dr. Şalih HOŞOĞLU
 Dicle Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında bana bilimsel ve sosyal olanak sağlayan ve eğitimim sırasındaki kişisel katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam Prof. Dr. Perran TOKSÖZ'e, Eğitimimde emeği geçen hocalarım sayın Prof. Dr. Nuran ELMACI'ya, sayın Prof.Dr.Melikşah ERTEM'e, sayın Doç. Dr. Ali CEYLAN'a, sayın Doç.Dr. Fatma ÇELİK'e, sayın Yrd. Doç. Dr. Veysi ÖZKAYNAK'a, sayın Yrd.Doç.Dr.Yılmaz PALANCI'ya, ayrıca beni bu çalışmayı yapmam için özendiren, çalışmamın her aşamasında destek ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım sayın Doç.Dr. Günay SAKA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmada araştırma bölgesinde benden zamanını ve desteğini esirgemeyen Çiğdem SUBAŞI, Sedat SUBAŞI ve M.Müjde İPEKÇİ'ye teşekkür ederim.

Ayrıca her zaman yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma, çalışmayı yürüttüğüm bölgenin sağlık ocağı çalışanlarına ve sorularımı sabırla yanıtlayan Yukarışeyhler ve Çarıklı beldesindeki tüm bireylere teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	V
ŞEKİLLER.....	VIII
TABLolar	IX
KISALTMALAR.....	X
TÜRKÇE ÖZET.....	XI
İNGİLİZCE ÖZET.....	XIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Asbest Nedir.....	3
2.2.Asbest Çeşitleri.....	3
2.2.1. Serpantin Grubu Asbest Mineralleri.....	4
2.2.1.1.Krizotil (Beyaz Asbest).....	4
2.2.2.Amfibol Grubu Asbest Mineralleri.....	4
2.2.2.1.Amosite (Kahverengi Asbest).....	4
2.2.2.2.Tremolit, Aktinolit, Antopolit Asbest.....	4
2.2.2.3.Krosidolit (Mavi Asbest).....	4
2.3.Asbestin Sanayide Kullanıldığı Alanlar.....	5
2.4. Dünyada Asbest Tarihi.....	5
2.5. Asbestin Dünyada Bulunuşu.....	6
2.6.Asbestin Türkiye’de Bulunuşu.....	6
2.7. Diyarbakır’da Asbest Tarihi.....	6
2.8. Türkiye’de Asbest Bulunan Başlıca Yörelere.....	7
2.9. Asbestin Yol Açtığı Sağlık Sorunları.....	8
2.9.1. Mezotelyoma.....	10
2.9.1.1.Malign Mezotelyoma(MM).....	10
2.9.2. Akciğer Kanseri.....	11
2.9.3. Asbestozis.....	12
2.10.Asbestin Halk Sağlığı Açısından Önemi.....	12
2.11.Türkiye’de Asbestle ilgili yasal Düzenlemeler.....	15
2.12.Kaygı.....	18

2.13. Kaygının Belirtileri.....	20
2.13.1.Hafif Derecede Kaygı.....	20
2.13.2.Orta Derecede Kaygı	20
2.13.3.Ağır Derecede Kaygı	20
2.14.Kaygı Türleri.....	21
2.14.1.Gerçeklik Kaygısı.....	21
2.14.2.Vicdani Kaygı (Törel Kaygı).....	21
2.14.3.Nevrotik Kaygı.....	21
2.14.3.1.Bağlantısız Kaygı.....	22
2.14.3.2.Fobik Kaygı.....	22
2.14.3.3.Panik (Kaygı Nöbeti).....	22
2.15.Kaygının Boyutları.....	22
2.16.Durumluk ve Sürekli Kaygı.....	23
2.16.1.Durumluk Kaygı (State Anxiety).....	23
2.16.2.Sürekli Kaygı (Trait Anxiety).....	23
2.17.Kaygı ve Korku.....	24
2.18.Kaygı Bozuklukları.....	25
2.18.1.Panik Bozukluğu.....	25
2.18.2.Agorafobi.....	26
2.18.3.Sosyal Fobi.....	26
2.18.4.Özgül Fobi.....	26
2.18.5.Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	26
2.18.6.Yaygın Kaygı Bozukluğu.....	27
2.18.7.Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.....	27
2.18.8.Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	27
2.19.Umutsuzluk.....	28
2.20.Umutsuzluğun Nedenleri.....	30
2.21.Umutsuzluğun Belirtileri.....	30
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırma Tipi ve Bölgesi.....	34
3.2. Verileri Toplama.....	35
3.3.Tanımlar.....	36
3.4.Veri Toplama Araçları.....	36
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	39

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	39
3.7.Verilerin Analizi.....	39
4.BULGULAR.....	40
5.TARTIŞMA.....	59
6.SONUÇ.....	66
7.ÖNERİLER.....	67
8.KAYNAKLAR.....	68
9.EKLER	77
EK 1. Kişisel Bilgi Forumu.....	77
EK 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri Soruları.....	83
EK 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği Soruları.....	85
10.ÖZGEÇMİŞ.....	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

1. Şekil.1.Türkiye’de asbest ve zeolit yatakları
- 2.Şekil.2.Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde asbest yatakları

TABLolar DİZİNİ

1. Tablo 2.2. Başlıca Asbest Türleri ve Kimyasal Bileşimler
2. Tablo.4.1. Araştırmaya alınan yetişkinlerin demografik özellikleri
3. Tablo.4.2. Araştırmaya alınan yetişkinlerin bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması
4. Tablo.4.3. Araştırmaya alınan bireylerin bazı hastalıklar yönünden karşılaştırılması
5. Tablo.4.4. Araştırmaya alınan yetişkinlerin bazı değişkenler açısından karşılaştırılması
6. Tablo.4.5. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin asbestli toprak kullanma durumları
7. Tablo.4.6. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin kendisinde ve ailesinde/çevresinde asbeste bağlı hastalıkların olduğunu belirtenlerin dağılımı
8. Tablo.4.7. Asbeste maruz kalan bireylerin asbestle ilgili yakınmaları
9. Tablo.4.8. Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması
10. Tablo.4.9. Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması
11. Tablo.4.10. Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması
12. Tablo.4.11. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle durumluk kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler
13. Tablo.4.12. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle sürekli kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler
14. Tablo.4.13. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle umutsuzluk düzeyi ile ilişkili parametreler
15. Tablo.4.14. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle durumluk kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler
16. Tablo.4.15. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle sürekli kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler
17. Tablo.4.16. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle umutsuzluk düzeyi ile ilişkili parametreler

KISALTMALAR

PP: Plevral Plak

DPK: Diffüz Plevral Kalınlaşma

MPM: Malign Plevral Mezotelyoma

EPA: Environmental Protection Agency

IARC: International Agency for Research on Cancer

MM: Malign Mezotelyoma

NPT: National Toxicology. Program

TSHGM: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: World Health Organisation

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSM: Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü

İSGÜM: İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

ÇEVRESEL ASBESTE MARUZ KALAN ERİŞKİN BİREYLERDE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

Bu çalışma çevresel asbeste maruz kalan bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Araştırma çevresel asbest olduğu bilinen Diyarbakır ili Çermik ilçesine bağlı Yukarışeyhler beldesinde 2010 yılında yürütülmüştür. Burada yaşayan 35 yaş üzeri 355 kişiden 292'sine ulaşılmıştır. Ayrıca karşılaştırma grubu olarak (çevresel asbeste maruziyetin olmadığı bilinen) Diyarbakır ili Çarıklı beldesindeki yetişkinlerden sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 305 kişi alınmıştır. Veri toplama aracı olarak kişilerin demografik özelliklerini belirleyen araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ayrıca kaygı ve umutsuzluk düzeylerini belirleyen “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” ve “Beck Umutsuzluk Ölçekleri” kullanılmıştır. Kişilerle yüz yüze görüşülmüştür.

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Betimleyici frekans ve yüzde tabloları çıkarılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında χ^2 (ki-kare) testi kullanılmıştır. Grupların durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkları incelemek için t testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla grubu karşılaştırmak için varyans analizi (one-way Anova) uygulanmıştır. Elde edilen farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Değerlendirmede anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ ve %95 GA kabul edilmiştir.

Asbeste maruz kalan bireylerde kanser olmaktan korkma ve başka bir yerde yaşama isteği asbeste maruz kalmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,008$). Asbeste maruz kalan bireylerin ortalama durumluk kaygı ($43,2 \pm 9,6$) sürekli kaygı ($47,7 \pm 8,9$) ve umutsuzluk düzeylerinin ($7,5 \pm 5,1$) asbeste maruz kalmayanlara göre (sırasıyla $37,9 \pm 7,9$; $43,4 \pm 8,8$; $5,5 \pm 3,9$) yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırıldığında (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, aile tipi, ekonomik durum) asbeste maruz kalan bireylerde asbeste maruz kalmayanlara göre kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde değerlendirildiğinde; sosyoekonomik durumu kötü olanların durumluk kaygı düzeylerinin ($46,9 \pm 9,1$) iyi olanlara göre ($40,8 \pm 9,2$) yüksek olduğu diğer değişkenlerin etkilenmediği belirlenmiştir. Sürekli kaygının cinsiyet, eğitim

durumu, sosyoekonomik durumdan etkilendiği görülmüştür. Kadınların (49,8±7,8) erkeklere göre (45,0 ±9,6), okuryazar olmayanların (49,7±7,8) ilkokul ve üzeri eğitim alanlara göre (45,8±10,1) ve sosyoekonomik durumu kötü olanların (50,4±8,8) iyi olanlara göre (47,1±9,0) daha kaygılı olduğu saptanmıştır. Umutsuzluk düzeyinin ise sadece medeni durumdan etkilendiği, bekarların (9,9±5,0) evlilere göre (7,3±5,1) daha umutsuz olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma çevresel asbeste maruz kalmanın bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeylerini artırdığını göstermiştir. Çevresel asbeste maruz kalan bireylerde yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, sosyoekonomik durum açısından asbeste maruz kalmayanlara göre kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çevresel asbestin bulunduğu yörelerde yaşamakta olan tüm bireylerin düzenli ve sürekli sağlık kontrolleri yapılmalıdır. Bu bölgeye sürekli hizmet veren sağlık personellerine ve bu bölgede yaşayanlara asbest ve sağlığa etkileriyle ilgili eğitimler verilmelidir. Psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sunulmalıdır. Sosyoekonomik durumu düşük olanlara, kadınlara, yalnız yaşayanlara, okuryazar olmayanlara sağlık hizmetlerde öncelik verilmelidir. Bu bölgelerde yaşayan bireylerin ruhsal sorunlarını ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Çevresel asbest bulunan bölgelerden ayrılmak isteyenlere destek olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Asbest maruziyeti, durumluk kaygı, sürekli kaygı, umutsuzluk

ABSTRACT**LEVELS OF ANXIETY AND HOPELESSNESS IN ADULT INDIVIDUALS WHO ARE EXPOSED TO ENVIRONMENTAL ASBESTOS**

This is a cross sectional study that aims at determining the levels of anxiety and hopelessness in the individuals who are exposed to asbestos. The study was performed in 2010, in Yukarışeyhler District of Çermik County in Diyarbakır province, where environmental asbestos is known to be present. Out of 355 persons above 35 years of age and living in this area, 292 were reached. Furthermore, as the comparison group, 305 adults in Çarıklı district of Diyarbakır province (where environmental asbestos is known not to be present) were taken by means of Systematic Sampling Method. As data collection method, a questionnaire form prepared by the researcher, “State-Trait Anxiety Inventory” and “Beck’s Hopelessness Scale” which determine the level of anxiety and hopelessness were employed. Persons were interviewed face-to-face.

All data were assessed in electronic environment. Descriptive frequency and percentage tables were obtained. χ^2 (chi-square) test was used for comparing the numerical data. Then, arithmetic means and standard deviation values were calculated for both groups’ state-trait anxiety and hopelessness points. T-Test (Independent Samples t Test) was conducted for examining the differences between two groups and variance analysis (one-way Anova) was performed so as to compare more than two groups. To determine the group(s) that gave rise to the difference obtained, Tukey HSD test from Post Hoc analysis was applied. In the evaluation, significance level was accepted as $p < 0,05$ and 95% CI.

Fear of getting cancer and desire to live in another place were found to be significantly higher in individuals who were exposed to asbestos compared to those who were not ($p=0,000$, $p=0,008$). It was ascertained that the mean levels of state anxiety ($43,2 \pm 9,6$), trait anxiety ($47,7 \pm 8,9$) and hopelessness ($7,5 \pm 5,1$) of the individuals exposed to asbestos were higher than those of the individuals not exposed to asbestos ($37,9 \pm 7,9$; $43,4 \pm 8,8$; $5,5 \pm 3,9$, respectively) and that there was a statistically significant relation between them.

Compared according to their socio-demographic characteristics, (age, gender, educational background, marital status, family type, socio-economic status) it was revealed that individuals exposed to asbestos had higher levels of anxiety and hopelessness than ones who were not exposed.

Upon evaluating the individuals exposed to asbestos, it was determined that the ones with a lower socio-economical status had a higher level of state anxiety ($46,9 \pm 9,1$) compared to those with a higher socio-economical status ($40,8 \pm 9,2$), but the other variables are not affected. It was found out that state anxiety was affected by gender, educational background and socio-economic status. Women ($49,8 \pm 7,8$) compared to men ($45,0 \pm 9,6$), illiterate persons ($49,7 \pm 7,8$) compared to those who got at least primary education ($45,8 \pm 10,1$) and persons having a lower socio-economic status ($50,4 \pm 8,8$) compared to the ones with higher socio-economic status ($47,1 \pm 9,0$) were found to be more anxious. The level of hopelessness on the other hand, was affected only by marital status and singles were more hopeless ($9,9 \pm 5,0$) than married persons ($7,3 \pm 5,1$)

Conclusion: This survey showed that exposure to asbestos increases the level of anxiety and hopelessness in individuals. It was revealed that the individuals exposed to environmental asbestos had higher levels of anxiety and hopelessness than the individuals not exposed to asbestos in terms of age groups, gender, educational background, marital status, family type and socio-economical status.

All individuals living in areas where environmental asbestos is present should have medical examination regularly and consistently. These individuals and health personnel working in these areas should be trained about asbestos and its effects on health. Psychological consultancy and guidance services should be provided. Persons having a lower level of socio-economic status, women, single persons and illiterate persons should be given priority in terms of receiving health services. More comprehensive studies should be conducted for revealing the mental state of the individuals who live in such areas. Those who want to leave areas where environmental asbestos is present should be supported accordingly.

Key Words: Asbestos exposure, state anxiety, trait anxiety, hopelessness

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kaygı, insanın temel duygularından biridir ve tehlikeli görülen durumlarda kaygı duyulması normaldir. Kaygı yoğun yaşanmadığı sürece herhangi bir problem oluşturmayıp bazı durumlarda kişinin performansını artırabilir. Genellikle her bireyin yaşadığı geçici ve duruma bağlı olarak gelişen kaygıya “durumluk kaygı” denir. Zaman zaman stresin yoğun yaşanması gibi çeşitli nedenlerle artış gösteren kaygı düzeyi, bireyin yaşantısında istenmedik sonuçlar doğurabilir. Sürekli huzursuz ve mutsuz olunan, doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayıp içten kaynaklanan, öz değerlerin tehdit edildiği varsayılarak içinde bulunulan durumun stresli olarak yorumlanması sonucu duyulan kaygıya “sürekli kaygı” denir. Sürekli kaygı yaşayan bireylerde davranışların aksamaması, algılama ve dikkat bozuklukları, kişisel ilişkilerden kaçınma ve içe kapanma gibi belirtiler görülebilir (1,2).

Umutsuzluk ise şimdiki olumsuz algıların geleceğe yansımaları olarak tanımlanabilir. Umutsuzluğa eğilimli kişi, gelecek için belirli bir bilişsel sete sahiptir ve bu bilişsel set geleceğin hiçbir iyi olasılık içermediğini tekrarlar. Kişi geleceği hakkında düşünmeye zorlandığında bu bilişsel set uyarılır ve kişi hoşlanmadığı deneyimlerin tepkisi içindeyken umutsuz durumun tipik olan duygusal ve motivasyonel bozuklukları da buna eşlik eder (3,4).

Asbest doğada yaygın olarak bulunan lifsel yapıda bir mineraldir. Yeryüzünde milyonlarca insan asbeste maruz kalmaktadır. İnsanlarda asbest temasının en sık komplikasyonları plevral plak (PP) ve diffüz plevral kalınlaşmayı (DPK) içeren plevral hastalıktır. Malign plevral mezotelyoma (MPM) ve DPK plaklardan daha az gözlenmekte olup, gelecekte bu iki durumun daha sık görüleceği tahmin edilmektedir (5). Birleşik Devletler Çevre Koruma Dairesi (EPA), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Uluslar arası Kanseri Araştırma Dairesi (IARC) ve Ulusal Toksikoloji Programı (NTP) tarafından 20 yılı aşkın bir süreden beri asbestin insanlar için karsinojen olduğunu ilan etmişlerdir (6). Asbestin Avrupa’da da insanlar için karsinojen olduğu uzun yıllardan beridir bilinmektedir (7). Türkiye’de ise sorun esas olarak çevresel olup, Orta ve Güneydoğu Anadolu’da önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde 1990-1999 yılları arasında Malign plevral mezotelioma insidansının 42.9/ 1,000,000 olduğu tahmin edilmektedir (8).

Daha önce yapılan asbestle ilgili yayınlarda, daha çok asbestin neden olduğu sağlık sorunları ve hastalıklar, asbestin yoğun olduğu bölgeler gibi durumlar belirlenmiş olup bu çalışmayla asbestin yoğun olduğu bölgelerde yaşayan insanların asbeste maruz kalmanın onlarda ne tür bir kaygı ve umutsuzluk oluşturduğunu belirleyerek konunun ruhsal ve toplumsal yönüyle ilgili farklı bir boyut elde edilmeye çalışılacaktır.

Çalışma Diyarbakır İli Çermik ilçesine bağlı asbeste bağlı hastalıkların (asbestozis, maling mesotelyoma vs.) en sık görüldüğu bir bölgede yaşayan insanlarda, bu bölgede yaşıyor olmanın onlarda oluşturduğu kaygı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Asbest Nedir?

Asbest silisik asitle magnezyum, kalsiyum, sodyum ve demir'in birleşmesinden oluşan bir grup lifsel minerale verilen genel isimdir. Lif, boyu eninden en az 3 kat fazla olan minerallere verilen addır.Yunancadan köken alan asbest kelimesi “yanmaz” anlamında kullanılmış olup, ısıya, aside karşı dayanıklı ve fleksibl olduğunu yansıtmaktadır (9,10).

Asbest doğada yaygın olarak bulunan bir mineraldir. Bazı bölgelerde toprak üstünde diğer minerallerle karışım halinde bulunur. Bu bölgelerde, kırsal alanda yaşayan köylüler, bir sosyo-kültürel özellik olarak, söz konusu toprağı ısı ve su yalıtımı amacıyla evlerin çatısında örtü, duvarlarında sıva-badana amacıyla uzun yıllar kullanmışlardır (11,12,13). Bazı yerlerde “aktoprak”, bazı yerlerde “çorak” olarak adlandırılan bu toprak, İçerdiği asbest lifleri nedeniyle bölgede yaşayanlarda doğumdan itibaren asbest teması oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir (14,15).

Asbest ateşe, neme, aside ve korozyona dirençli olmasıyla birlikte güçlü, dayanıklı, esnek ve ucuz olması gibi çeşitli olumlu özellikleri nedeniyle “mucize mineral” olarak adlandırılmıştır (7,16). Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra karsinogenik olduğu ortaya çıkınca, ismi “öldürücü toz” olarak kullanılmıştır (10).

2.2.Asbest Çeşitleri

Asbest 2 ana gruba ayrılır.

1-Serpantin grubu asbest minerelleri: Demete benzer ve kıvrımlı lif yapıdadır.

2-Amfibol grubu asbest minerelleri: Düz lif yapıdadır (17).

Amfibol lifleri küçük kesitsel çaplarıyla iğneye benzerler ve kendiliğinden akciğerin periferine geçme eğilimindedirler. Bu nedenle krizotil'e kıyasla patojeniktirler (18,19).

Tablo 2.2.Başlıca asbest türleri ve kimyasal bileşimleri (20)

Grup	Adı	Renk	Önemli bileşenler(%)			Formül
			Si	Mg	Fe	
Serpantin Grubu	Krizotil	Beyaz	40	38	2	$3MgO, 2SiO_2, 2H_2O$
Amfibol Grubu	Amosit	Kahve	50	2	40	$5.5FeO, 1.5MgO, 8SiO_2, H_2O$
	Antofilit	Beyaz	58	29	6	$7MgO, 8SiO_2, H_2O$
	Aktinolit	Beyaz	55	15	2	$2CaO, 4MgO, FeO, 8SiO_2, H_2O$
	Krosidolit	Mavi	50	-	40	$Na_2O, Fe_2O_3, 3FeO, 8SiO_2, H_2O$
	Tremolit	Beyaz	55	15	2	$2CaO, 5MgO, 8SiO_2, H_2O$

2.2.1.Serpantin Grubu Asbest Mineralleri:

2.2.1.1.Krizotil (Beyaz Asbest): Serpantin türü kaya gruplarından elde edilir. Diğer asbestlerden daha esnek olduğundan dokunarak veya bükülerek kumaşla birlikte kullanılır. Tiyatro perdeleri ve itfayeci kıyafetleri üretiminde kullanılmaktadır (21) Beyaz asbest dünya asbest tüketiminin %95'ini oluşturmaktadır. Bunun sebepleri arasında, yüksek gerilme direncine sahip olması, alkali ortama karşı dirençli olması gibi özelliklere sahip olması yer almaktadır (19).

2.2.2.Amfibol Grubu Asbest Mineralleri:

2.2.2.1.Amosite (Kahverengi Asbest):Yüksek derecede zararlıdır. Afrika menşelidir. Kırılgan ve sert yapıya sahiptir (22).

2.2.2.2.Tremolit, Aktinolit, Antopilit Asbest: Değişik inşaat malzemelerinde halen rastlanabilecek türlerdir. Bunların lifleri genel olarak kalın ve büyüktür. Avrupa'da; Finlandiya, Bulgaristan ve Yugoslavyadaki bazı endemik yerlerde bölgenin toprağındaki Aktinolit, Antofilit ve Tremolit asbeste bağlı benign tabiatlı hastalıklara endemik olarak rastlanmıştır. Eskiden çanak çömlek yapımında kullanılmıştır. Bu üç tür asbestin sanayi değeri yoktur ve beyaz asbest, talk gibi minerallerin içinde karışmış olarak bulunmaktadır (23).

2.2.2.3.Krosidolit (Mavi Asbest): Asbestin en zararlı tipi ve en kanserojen olan mavi asbest Afrika ve Avusturalya orjinli silikattır. Kanserojen olmasının nedeni fizik

yapısıdır. Lifleri genellikle ince ve uzun ve dayanıklılığı en yüksek olan asbest türüdür (24).

Ancak alkali ve asit ortamlarından kolaylıkla etkilenebilirler. Ayrıca amosit ve krizotile göre daha az gerilme direnci göstermektedir. Buna karşın en yüksek bükülme özelliği gösteren liflere sahiptir (25,26,27).

2.3.Asbestin Sanayide Kullanıldığı Alanlar

1-Asbestli çimento şeklinde inşaat sektöründe: Binaların dış kaplamaları, sıvaları, izolasyon yerleri, çatı örtü malzemeleri, sıhhi tesisatları, tersanelerde gemi sanayinde, demir-çelik endüstrisinde, yüksek fırınların kaplamalarında.

2-Oto sanayinde: İzolasyon, yalıtım dallarında, fren debriyaj balatalarında, uçaklarda, yer karolarının yapımında vs.

3-Akü kasaları, sigara filtreleri, ayakkabı yapımı, dişçilikte kaplama malzemesi hazırlanması, sinema perdeleri yapımı, ses düzenini sağlayan perdeler, çeşitli ilaç, içeceklerin bakterilerden arındırılması için gerekli filtreler, gaz maskesi yapımı sayılabilir (23).

2.4.Dünyada Asbest Tarihi

Asbestin çok eski tarihlerden beri kullanıldığı bilinmektedir. Finlilerin 4000 yıl önce ülkelerinde bulunan antofilit asbest kil karışımından çanak, çömlek gibi kaplar yapmak için kullandıkları, yine Çinliler'de 3000 yıl önce muhtemelen uzun lifli beyaz asbestten giysiler ve tapınaklardaki kandillerin fitillerini yaptığı tarih kitaplarına geçmiştir (28,22).

Asbestin ticareti ve endüstriye girişi 1870 yılında Kanada'nın Quenbec eyaletinde çok geniş krizotil asbest madeninin bulunmasıyla başlamıştır. Krizotil ilk kez inşaat sektöründe 1903 yılında Paris metrosunda tekrarlayan yangınlardan korunmak amacıyla kullanılmıştır. Asbestle ilgili ilk hasta, İngiltere'de 1900 yılında bu minerali eleyen ve ip haline getiren işyerlerinde çalışan 33 yaşındaki bir işçi olmuştur. 14 yıl boyunca yoğun asbest lifi soluduğu için akciğer fibrosisine (asbestozis) bağlı solunum yetmezliğinden öldüğü belirtilmiştir (22).

Chris Wagner ve arkadaşlarının Güney Afrika Cumhuriyeti'nin Cope eyaletindeki krosidolit asbest maden ocağında çalışan 33 işçide mezotelyoma vakasını içeren 1960 yılındaki yayını ile asbestin kanser yapıcı olduğu gündeme gelmiştir (29).

2.5.Asbestin Dünyada Bulunuşu

Dünyada asbest üreten az sayıda ülke mevcuttur. 2000 yılı verileri ile Rusya (%47.4), Kanada (%15), Brezilya (%8), Çin (%17), Zimbabve (%7) ve Güney Afrika (%4) dünya asbest üretiminin %99'unu sağlamaktadırlar. Kanada ve Rusya, son yıllarda da Çin önde gelen ülkeler olarak belirmektedir (30).

2.6.Asbestin Türkiye'de Bulunuşu

Asbestin 1960 öncesi yıllarda kullanımı çok yaygındır (11,12,13). Temas 1970li yıllarda azalmış, ulaşım imkanlarının artmasıyla kullanımı giderek kireç ile yer değiştirmiş, 1990'lara doğru belirgin ölçüde azalmıştır. Ancak hala bazı yörelerin köylerinde kullanımı ve dolayısıyla oralarda asbest teması devam etmektedir (31,8). Temasın 1990'lı yıllara kadar devam etmesi nedeniyle ülkemizde asbest nedenli hastalıkların 21. Yüzyılın ilk yarısında önem verilmesi gereken düzeyde görüleceği tahmin edilmektedir (11).

Türkiye'de endüstriyel asbest kullanımı çok yüksek olmamasına rağmen çevresel asbeste maruz kalmak önemli bir sağlık sorunu olmaktadır. İç Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde kırsal kesimde tremolite asbest içeren toprak, evlerde çatı malzemesi ve sıva olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bazı yörelerde bebek pudrası olarak kullanılan toprağın da asbest içerdiği anlaşılmıştır (32).

Ülkemizde asbest sanayi işletmesi olarak, 6 işletme ve 4 ön işletme ruhsatı bulunmaktadır. İşletme ruhsatı asbest sahaları, Bursa-Orhaneli, Amasya, Mihalıccık, İzmir(Urla) ve Malatya(Yeşilyurt) olup, ön işletme ruhsatlı sahalar ise Amasya, Zara (2 tane) ve Hafik'de bulunmaktadır (33).

2.7.Diyarbakır'da Asbest Tarihi

İlimizde ilk kez Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıklar bölümünden Prof. Dr. Selahattin Yazıcıoğlu tarafından çevresel asbest temasının, plevral kalsifikasyon, malign mezotelyoma ve bronş kanserlerine yol açtığı 1966-1974 yılları

arasında yapmış olduğu çalışmada bildirilmiştir. Yazıcıoğlunun tesbitlerine göre, asbest içeren toprak, erkekler tarafından lokal kullanım veya başka bir yerde satılmak üzere taşınmaktadır. Bu materyal evlerde zemin ve duvarların badanasında kullanılmakta ve “çelpek” “ak toprak” gibi değişik isimlerle anılmaktadır. Bu materyalin ezilmesi toz haline getirilmesi ve suda eritildikten sonra duvarlara sürülmesi uygulamalarının ise her yıl tekrarlanarak kadınlar tarafından yapıldığını bildirmiştir (34).

2.8.Türkiye’de Asbest Bulunan Başlıca Yörelere (35).

- 1.Çarıklı köyü-Biga
- 2-Hacıhıdır köyü-Salihli(Manisa)
- 3-Yağcılar köyü-Urla(İzmir)
- 4-Karateke köyü-Tire
- 5-Kızılkaya köyü (Aydın)
- 6-Süller-Üçkuyu, Poyrazlı, İkizbaba-Bekilli (Denizli),Gökçebel, Pınarbaşı köyü-Sivaslı Karahallı(Uşak)
- 7-Kureyş köyü (Kütahya)
- 8- Sazak köyü-Tatarcık, Dağcı, Ahışık köyleri-Mihalıççık (Eskişehir)
- 9-Maydos köyü (Konya)
- 10-Gökçeagaç köyü(Kastamonu)
- 11-Karacaören köyü(Çanakkale)
- 12-Topuzköy-Göynükbelen köyü(Bursa)
- 13-Armutalan (Marmaris), Beyobası (Köyceğiz)-Muğla
- 14-Bedirli köyü(Burdur)
- 15-Dutlu köyü (Bozkır-Konya)
- 16-Maden, Palu(Elazığ)
- 17-Beynam köyü (Ankara)
- 18-Gümerdiğın , Gürpınar, Çapar, Karakoçaş köyleri (Şabanözü –Çankırı)
- Ahlat(Yapraklı-Çankırı)
- 19-Seydim köyü(Çorum)
- 20-Karaibrahim, Şeyhzadi köyleri (Amasya)
- 21-Dodurga köyü (Tokat)
- 22-Aktaş, Başıyurt, Karaçal köyleri ve Gürlevik dağı (Hafik-Sivas)

- 23-Uşaklar, Karaburun, Beypınar (Zara), Karageben (Divriği), Çavdar köyü (Kangal-Sivas)
- 24-Yakuplu, Sarıkonak köyleri (İliç-Erzincan), Erzincan.
- 25-Abuzeyit (Ağrı)
- 26-Destumi, Eğri köyleri (Bitlis)
- 27-Çermik, Ergani(Diyarbakır)
- 28-Akkışla köyü (Kayseri)
- 29-Malaviz köyü (Afşin-K.Maraş)
- 30-Kırıklar köyü (Osmaniye)
- 31-Gökyar, Kurudere Köyleri, Olukpınar ve Kise Mevkii

2.9.Asbestin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Asbest konusunda bu güne kadar yapılmış çok sayıdaki inceleme ve araştırma sonuçlarına bakıldığında zaman asbest minerallerin sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkileri ortaya çıkmıştır. Asbestin çevresel veya mesleki olarak inhale edilmesi, pulmoner fibrosis (asbestosis), akciğer kanseri, plevra veya peritonda mezotelyoma ve plevral değişikliklere (kalınlaşma, plak, effüzyon) yol açtığı bilinmektedir (36). Çevresel veya endüstriyel asbest maruziyeti sonucu malign plevral mezotelyoma (MPM) sıklığı, normal popülasyona göre 20 kat veya daha fazla artmaktadır (37).

Dünyada geniş asbest yatağına sahip olan pek çok ülke arasında Türkiye'nin asbestle ilişkili endemik pulmoner hastalıklar açısından en yüksek prevalansa sahip olduğu belirtilmektedir (38). Bu yüksek prevalansın sebebi kırsal alanda yaşayan nüfusun çok olması ve jeolojik yapıdan kaynaklanmaktadır. Bazı bölgelerde jeolojik olarak asbest ve asbest benzeri mineraller içeren toprak ve kayalar bulunmaktadır. Bu durum o bölgede yaşayan canlıların sağlığını etkilemektedir. Türkiye'de asbest liflerinin solunması, içinde asbest bulunan beyaz toprağın kireç, sıva, çatı ve zemin toprağı olarak kullanılmasından gelmektedir. Bu sıvaların minerolojik analizi, içeriğinin en çok tremolit içermesinin yanında krizotil ve antofilit asbest de içerdiğini göstermektedir (39).

Asbest lifleri sadece solunum yoluyla vücuda girdiğinde hastalık yapmaktadır. Bu da mesleki (occupational) veya mesleki olmayan (non-occupational) yollarla olabilmektedir. Asbest endüstride, 3000'in üstünde iş yerinde

kullanılmıştır. Bu sayının fazlalığı yüzünden, hekime başvuran hasta asbestle teması olduğunu unutabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, asbesle ilgili bildirisinde asbestin karsinojenik etkisi için bir eşik değer konabileceğine dair bir kanıt olmadığını ve çok düşük maruziyet derecelerinde bile kanser riskinin arttığını belirtmiştir (40).

Tremolit, aktinolit, antofilit asbest, genellikle akciğerlerde benign özellikli plevra değişikliklerine sebep olmaktadır. Tremolit asbestin uzun lifli çeşidinin kanserojen olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizdeki çevresel kökenli mezotelyomaların oluşmasında çevrede bulunan tremolit asbestin sorumlu olduğu anlaşılmıştır (23).

İnsanların meslek dışı yollarla asbest tozu solumasının nedenleri (41).

- 1-Asbest işçilerinin eve iş elbisesi ile gelmeleriyle veya bu işçilerin yanında bulunanlar veya çamaşırhanede çalışanlar.
- 2-Asbestli maddenin üretildiği ocaklara yakın yerleşim yerlerinde oturanlar.
- 3-Asbest işleyen fabrika ve tersanelerin bulunduğu çevrede yaşayanlar.
- 4-Asbest içeren eşya ve cihazları kullananlar. (Saç kurutma makinesi gibi)
- 5-Şehir havası (Yapımında asbest materyali kullanılmış binaların yıkımı gibi)
- 6-Şebeke suyunda asbest bulunması (İçinde yüksek oranda asbest bulunan su ile yıkanan çamaşırlara takılan liflerin solunum yoluyla akciğerlere girmesi sonucu)
- 7-Çevresel asbest maruziyeti (Asbestli toprağın çeşitli amaçlarla kullanılması yoluyla)

Asbest ile ilgili Hastalıklar (42).

1-Plevral Hastalıklar

- a)Plevral effüzyon
- b)Plevral kalınlaşma
- c)Hiyalinize ve kalsifiye plevral plaklar

2-Perikardiyal Hastalıklar

- a)Perikardiyal effüzyon

- b)Perikardiyal kalınlaşma
 - c)Perikardiyal kalsifikasyon
- 3-Akciğer Fibrozisi
- a)Asbestozis
- 4-Malign Hastalıklar
- a)Malign Plevral Mezotelyoma
 - b)Malign Peritoneal Mezotelyoma
 - c)Bronkojenik Karsinoma
 - d)Diğer organ kanserleri
 - e)Lenfohematojenöz Maligniteler

2.9.1.Mezotelyoma

Mezotelyoma; plevra, periton ve perikardı döşeyen mezotel hücre örtüsünün (Mezotelyum) primer tümörüdür (43).

2.9.1.1.Malign Mezotelyoma (MM)

Malign Mezotelyoma (MM) plevra (%90), periton (%6-10) ve perikard boşluklarının seröz yüzeylerinden köken alan nadir fakat agresif bir tümörüdür. Nadir olarak testiste tunika vaginalisten de gelişebilmektedir (44).

MM hastalarında ortalama sağkalım zamanı yaklaşık olarak 8-12 ay olarak belirtilmektedir. Olguların %20'den azı 2 yıldan fazla yaşamaktadır. Malign Plevral Mezotelyoma (MPM) özellikle erkekleri etkilemektedir (oran, 3-4/1) ve özellikle 50-70 yaşları arasında tanı konulmaktadır (45).

MM tanısı almış olguların %70-90'ında asbest teması olduğu bildirilmiştir (12).

Mezotelyoma terimi, ilk kez 1924 yılında, plevranın primer tümörü olarak 33 yaşında bir tekstil işçisinde tanımlanmıştır (46). Etyolojisindeki asbest ile olan etiopatogenetik ilişkisi ise, ilk kez Wagner tarafından 1960 yılında kurulmuştur (29).

Asbest teması ile MM riski orantılıdır. Yani temas dozu arttıkça ve ilk temastan sonra geçen süre (latent periyot) uzadıkça risk artmaktadır. MM mesleksi temasta, ilk temastan genellikle 30-40 yıl sonra ortaya çıkmaktadır; yani latent periyot mesleksi temaslı kişilerde 30-40 yıl civarındadır (41). Temas işe girme ile başladığından, MM'nin genel olarak saptandığı yaş, işyeri çalışmalarında 60 yıl (50-70 yaş arası)

civarında olmaktadır (46). Çevresel temasta bu değerler biraz değişiklik göstermektedir. Asbestle temas kırsal alanda doğumla başlamaktadır. Bu durumda “latent periyot” hastalığın saptandığı yaştır; bu süre, ülkemizde ortalama 50-55 yaş civarındadır. Bu rakam latent periyot süresi olarak işyeri ortalamasına göre daha uzun, ama hastalığın saptandığı yaş olarak daha kısadır (12). Endüstrileşmiş ülkelerden gelen MM olgularında erkek/kadın oranının 10/1-3/1 arasında olduğu bildirilmektedir (47). Buna karşın, kırsal alanda kadın ve erkek için yaşam şekli aynı olduğundan, riskin paylaşımı da eşit olmaktadır, yani ilgili olgularda erkek/kadın oranı 1 civarındadır (12).

Asbestin 1980'lere kadar yaygın kullanımı dikkate alındığında, endüstrileşmiş ülkelerde MM insidansının 2020 yılında en üst değere ulaşp, sonra yavaş yavaş azalması beklenmektedir(48). Halen yılda yaklaşık 1000 yeni MM olgusu veren İngiltere’de, söz konusu yıllar içinde 3000 civarında yeni olgu olacağı tahmin edilmektedir (49)

Ülkemizde ise kırsal alan kullanımı 1980'lere kadar yaygın olarak devam etmiş, 1990'larda azalmış, ancak halen kısmen devam etmektedir (8). Bu durumda, ülkemizde yöresel olarak insidansın 2020'li yıllara kadar mevcut seviyede sürmesi ve sonrasında yavaş bir düşme seyri göstermesi muhtemeldir. Dolayısıyla ülkemizde de MM sorununun yaklaşık 50 yıl daha sürmesi beklenmelidir.

MM’de en sık rastlanan yakınmalar, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürüktür. Bunu ateş, terleme, halsizlik, kilo kaybı gibi sistemik semptomlar izlemektedir. Diğer sistemlere ait bulgular oldukça nadirdir, bunlar da esas olarak tümörün lokal yayılım özelliği ile belirginleşmektedir; örneğin; yutma güçlüğü, karında şişlik/sıkıntı hissi. Hastalarda semptom başlangıcından ilk başvuruya kadar geçen süre birkaç haftadan 8 aya kadar değişmekle birlikte, genellikle 2-3 ay civarındadır.

MM’nin prognozu genel olarak iyi değildir. Geniş olgu çalışmalarında yaşam süresi 6-17 ay arasında, ortalama 12 ay civarında veya altında verilmektedir (50).

2.9.2.Akciğer Kanseri

Asbesle ilişkili akciğer kanserleri sigara içimine bağlı gelişen kanserler ve normal kişilerde gelişen kanserlerden tip, doğa ve lokalizasyon açısından ayırt edilemezler. Tüm histolojik tipler gözlenmekle birlikte, adenokanser gelişim sıklığı artış

göstermiştir. Asbestle ilişkili akciğer kanseri asbestozis olmaksızın da gelişebilmektedir (45).

Akciğer kanseri meydana gelmesi bakımından sigara ile asbest maruziyeti arasında sinerjik bir etki vardır. İkisinin birlikteliğinde akciğer kanseri riski artmaktadır. Asbest maruziyeti yanında sigara içmekte olan bireylerde, yaşa göre düzeltilmiş akciğer kanseri insidansı, sadece asbeste maruz kalıp sigara içmeyenlere göre 6-10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (51,52).

Asbest liflerinin karsinojenitesi liflerin uzunluğuna bağlıdır. 10 mikrometreden (μm) uzun olanların oldukça karsinojen olduğu, çok kısa lifli olanların ($<2-3 \mu\text{m}$) deneysel olarak tümör oluşturmadığı ve belkide karsinojen olmadığı belirtilmektedir. Karsinojenite aynı zamanda liflerin çapıyla da ilişkilidir. $0,25 \mu\text{m}$ den daha dar olan liflerin oldukça karsinojenik olduğu saptanmıştır (53).

2.9.3.Asbestozis

Asbestozis, asbest liflerine temasla gelişen interstisyel pnömoni ve fibrozistir. Diğer pnömokonyozların aksine lenf nodu büyümesi ve progresif masif fibrozis gelişmez. Asbest cisimciklerinin varlığı ve kaplanmamış asbest liflerinin varlığı dışında asbestozis patolojik olarak diğer interstisyel fibrotik akciğer hastalıklarından ayırt edilemezler. Sigara içimi asbestozis gelişimini etkileyebilir. Asbest temasıyla sigara içimi arasındaki etkileşim çok iyi anlaşılammıştır. Bununla birlikte sigara içiminin inhale edilen asbestin klirensini etkileyerek akciğere olan zararlı etkilerini artırıyor olabildiği belirtilmektedir. Asbestozisin radyolojik olarak bir kez tesbit edildiğinde durağan kaldığı veya ilerlediği tesbit edilmiştir (45).

Plevral plak prevalansı, çevresel asbest maruziyetinde %0,53-8 arasında değişirken, mesleki maruziyette %3-58 arasında değişmektedir. Yine diffüz plevral kalınlaşma prevalansı bilinmemektedir ancak plevral plakları olan veya asbestozisli kişilerde post-mortem incelemelerde sık rastlanan bir bulgu olduğu saptanmıştır (54).

2.10.Asbestin Halk Sağlığı Açısından Önemi

DSÖ her yıl 125 milyon kişinin çevresel olarak asbeste maruz kaldığını ve bu maruziyet nedeni ile gelişen akciğer kanseri, mezotelyoma ve asbestozis nedeni ile yılda 90000 ölümün geliştiğini bildirmiştir (55). Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO)

verilerine göre dünyada 125 milyon kişi çalışma ortamlarında asbeste maruz kalmakta ve her yıl 100 000 kişi çalışma ortamlarında asbeste maruz kalmalarının yol açtığı hastalıklar nedeni ile ölmektedir (56). Asbeste maruz olmanın güvenli bir düzeyi olmadığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Asbestin yasaklandığı ülkelerde bile asbestin daha yirmi yıl boyunca ölüme yol açmaya devam edeceği bildirilmektedir. Avrupa Birliği uzmanlarına göre 2030 yılına kadar yalnızca Batı Avrupa'da asbeste bağlı kanserlerin yol açacağı ölüm sayısı 500 000 olacaktır (57). Asbestle temas dozu arttıkça ve ilk temasdan sonra geçen süre uzadıkça hastalık riski artmaktadır. Bu nedenle önceki yoğun asbest kullanımına bağlı olarak önümüzdeki yıllarda hastalığın artarak 2020 yılında en yüksek düzeye ulaşacağı tahmin edilmektedir (58).

MPM olgularının %70-80'ni (%50-60 mesleki, %20 meslek dışı) asbest maruziyetine bağlıdır. Asbest işçilerinin %10'u MPM' den ölmektedir (44). Mezotelyomanın dünyadaki görülme sıklığı yılda 1/1.000.000 dir (33). Avrupa'da mezotelyomanın görülme sıklığı en üst düzeye yaklaşmış olup, ABD'de 2020 yılında görülme sıklığı yılda 3000 olgu ile tepe noktasına erişeceği tahmin edilmektedir. Bu seyir önümüzdeki 25-30 yıl içinde 200 000'den fazla yeni olgu demektir (46). İngiltere'de her yıl 1.000 civarında yeni mezotelyoma olgusu rapor edilmekte olup, 2020 yılında her yıl 3.000 olgu olacağı tahmin edilmektedir. İnsidans 22 olgu/1 milyon nüfus/yıldır. Bu durum "amfibol" türü asbestin II. Dünya Savaşı sırasında aşırı kullanımına bağlanmaktadır. Temas olmayan popülasyonda her 1 milyon kişide 1 olması beklenen insidansı, aşırı teması olanlarda hayat boyu %10'a kadar çıkmaktadır.

Türkiye'de ise sorun esas olarak çevresel olup, Orta ve Güneydoğu Anadolu'da önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Türkiye'de insidans hakkında kesin bilgi vermek mümkün değildir. Fakat sorunun boyutları büyüktür. Deneysel çalışmalar ile erionitin "krizotil" asbestten 300-800 kat, "krosidolit" asbestten ise 100-500 kat daha karsinojen olduğu gösterilmiştir. Erionit köylerinde insidans veya mortalite yılda %1'den fazla olarak hesaplanmaktadır. Bu durum batı ülkelerindeki asbest teması olmayan nüfustan 10.000 kat daha fazla olup, 1 lif/mL hava/yıl miktarındaki temas sonucunda plevral mezotelyoma oluşması 996/100.000 kişi/yıl olarak tahmin edilmektedir (59).



Şekil.1.Türkiye’de asbest ve zeolit yatakları (60).

*Burada A ile gösterilen bölgeler asbest yataklarının olduğu bölgeleri, Z ile gösterilen bölgeler zeolit yataklarının olduğu bölgeleri göstermektedir

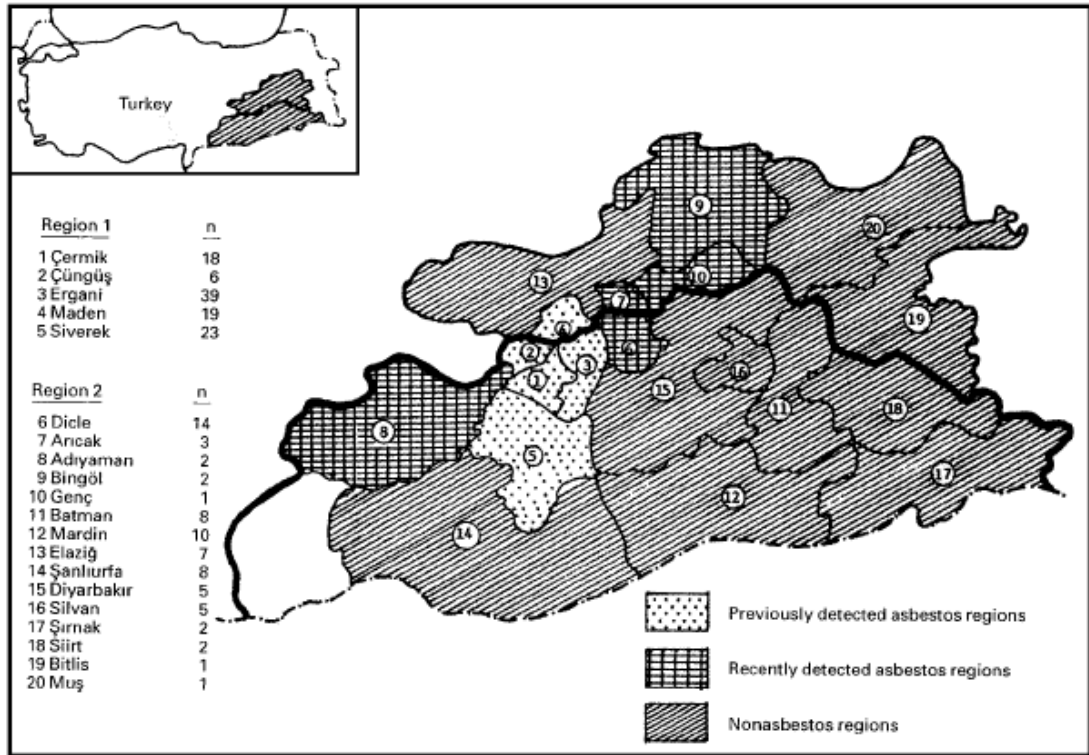


Fig. 3. Map showing the ST and asbestos outcrops (n represents the number of cases who were born in that place).
Şekil.2.Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde asbest yatakları (8).

Türkiye'de Orta Anadolu'da yaklaşık olarak 16 milyon kişinin kırsal bölgede yaşadığı kabul edilmektedir. Bunların yirmi yaşın üstündekilerin yaklaşık % 25'inde asbeste bağlı benign plevril hastalıklar bulunmaktadır. Bu oran yaş ilerledikçe lineer olarak artmakta ve % 80'lere ulaşabilmektedir. Asbest denilince akla Malign mezotelyoma gelmektedir. Batı dünyasında malign mezotelyoma insidansı 1-2.2 / 1.000.000 / yıl iken Türkiye'de yılda en az 500 kişide bu hastalık görülmektedir (61). Güneydoğuanadolu bölgesinde 1990-1999 yılları arasında Maling plevril mezotelioma insidansının 42.9/ 1,000,000 olduğu tahmin edilmektedir (8).

2.11.Türkiye'de Asbestle İlgili Yasal Düzenlemeler

1-Maden ve Taşocakları işletmelerinde ve Tünel Yapımında Tozla Mücadeleyle İlgili Yönetmelik (14/09/1990 tarih ve 20635 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.)

MADDE 5- Yönetmelik kapsamına giren işyerlerinin işverenleri, işyerlerinde çalışmalar sırasında yoğun toz çıkışını önlemek, işçinin çalıştığı ortamdaki

solunabilir toz miktarını aralıklı olarak bu yönetmelikte belirtilen yöntemlere göre ölçmek veya (İş Sağlığı ve Güvenliği) İSGÜM veya yetkili kılınmış laboratuvar aracılığı ile ölçtürmek, çıkan tozu bastırmak için gerekli teknik tedbirleri almak ve işçi sağlığına ilişkin tıbbi kontrol yöntemlerini uygulayarak, çalışanları solunabilir toz nedeniyle oluşabilecek hastalıklardan korumak, işyerlerinde teknik ilerlemelerin getirdiği daha uygun sağlık şartlarını sağlamak zorundadır.

2-Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik (26/12/2003 tarih ve 25328 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.)

Madde 5 — İşveren, asbest tozuna maruziyet riski bulunan çalışmalarda, asbestin türü ve fiziksel özellikleri ile çalışanların maruziyet derecesini dikkate alarak risk değerlendirmesi yapmakla yükümlüdür.

Madde 7 — Asbestin püskürtülerek (sprey) kullanılması ve asbest içeren, yoğunluğu 1 gr/cm³'den az olan, yalıtım veya ses yalıtımı malzemesi ile çalışılması yasaktır.

Madde 10 — İşveren, işçilerin maruz kaldığı havadaki asbest konsantrasyonunun, sekiz saatlik zaman ağırlıklı ortalama (TWA) değerinin 0,1 lif/cm³'ü geçmemesini sağlayacaktır.

Madde 14 — Asbest ve/veya asbestli malzeme içeren binalar, yapılar, atölyeler, fabrikalar ve diğer tesisler veya gemilerdeki söküm ve yıkım işlerine başlamadan önce bir iş planı yapılacaktır.

Madde 15 — İşveren, asbest içeren tozlara maruz kalan veya kalma ihtimali bulunan bütün işçilere uygun ve yeterli eğitimi sağlamak zorundadır.

Madde 19 — İşçiler sağlık gözetimine tabi tutulacaktır

Madde 21 — Sosyal Sigortalar Kurumunca tespit edilen veya bu Kuruma bildirilen asbestosis ve mezotelyoma vakaları ile ilgili kayıtlar Kurum tarafından tutulur.

3-Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik (26/12/2003 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.)

Madde 5 — Kanserojen ve mutajen maddelere maruziyet riski bulunan işlerde çalışanların, bu maddelere maruziyet şekli, maruziyet miktarı ve maruziyet süresi

belirlenerek risk değerlendirmesi yapılacak ve alınması gerekli sağlık ve güvenlik önlemleri belirlenecektir.

Madde 11 — İşveren, bu Yönetmeliğin 5 inci maddesi uyarınca yapılan risk değerlendirmesine göre sağlık ve güvenlik yönünden risk bulunan alanlara, sadece görevli kişilerin girmesi ve bunların dışındaki kişilerin girmemesi için gereken önlemleri alacaktır.

Madde 13 — İşveren, işçilerin ve/veya temsilcilerinin yeterli ve uygun eğitim almalarını sağlayacak,

Madde 16 — İşçiler sağlık gözetimine tabi tutulacaktır

Madde 17 — Bu Yönetmeliğin 14 üncü maddesinin (c) bendinde ve 16 ncı maddesinin (d) bendinde belirtilen kayıtlar maruziyetin sona ermesinden sonra en az kırk yıl süre ile saklanacaktır.

4-Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği (16/06/2004 tarih ve 25494 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır)

Madde 4 — (Değ. 23/10/ 2004-25622 S.R.G.)16 yaşını doldurmamış genç işçilerin ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılması yasaktır.

Madde 5 – Ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılacak işçiler (kadınlar dahil) ile 16 yaşını doldurmuş fakat 18 yaşını bitirmemiş genç işçilerin işe girişlerinde, için niteliğine ve şartlarına göre bedence bu işlere elverişli ve dayanıklı olduklarının fizik muayene ve gerektiğinde laboratuvar bulgularına dayanılarak hazırlanan hekim raporu ile belirlenmesi zorunludur. İçin devamı süresince de bu işlerde çalıştırılmalarında bir sakınca olmadığının 16 yaşını doldurmuş fakat 18 yaşını bitirmemiş genç işçiler için en az 6 ayda bir, diğerleri için de en az yılda bir defa hekim raporu ile tespiti zorunludur. Bu raporlar işyeri hekimi, işyeri ortak sağlık birimi, işçi sağlığı dispanserleri, bunların bulunmadığı yerlerde sırasıyla en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu, Sağlık Ocağı, Hkmet veya belediye hekimleri tarafından verilir.

Madde 7 – İşveren veya vekili, ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırdığı işçilerin nüfus cüzdanlarının onaylı örneklerini saklayarak, bunları İş Müfettişlerinin her isteyişinde göstermekle yükümlüdür.

2.12. Kaygı

Kaygı bir çok yönü olan duygusal bir durumdur. Bu duygu durumu, tehlike olasılığına, tehlikenin doğasına ve kişinin tehlike ile nasıl başa çıkacağına ilişkin bilişsel öğeleri kapsamakla birlikte kişinin beklediği tehlikeye ilişkin öznel duygularını da kapsar. Kaygı durumu, akut ve kronik olabilir. Kaygının gelişimi, genetik ve biyolojik eğilimlerden, önceki öğrenme ve deneyimlerden, içinde bulunulan ortamdan ve kişinin bilişlerinden etkilenir (62).

Kaygıyla ilgili birçok tanım yapılmıştır. Işık, kaygıyı iç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı yada kişi tarafından tehlike olarak algılanıp yorumlanan her hangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu olarak tanımlar. Kaygılı kişi, kendisini “adeta alarm durumundaymış ve her zaman sanki bir şey olacaktı” gibi hissettiğini belirtir (63).

Kaygı, tehdit olarak algılanan durumun tetiklediği sinyal olarak tanımlanabilir. Kaygının kendisi de gereksiz çalıştığı durumlarda bir stres faktörü olabilir ve sistem içinde aksamalara zemin hazırlayabilir. Kaygının artması durumu, birçok sistemin fonksiyonlarını etkileyebilmektedir ve kaygının, kalp hızı, terleme, uyku düzeni ve bağırsak hareketlerini adrenalin üzerinden etkilediği bilinmektedir (64).

Sullivan, erken çocukluk döneminde kaygıya neden olan kişilerarası ilişkiler üzerinde durmakta, sevgi ve bakım yoksunluğunun, çocuğun güvensiz ve kaygılı olmasına neden olduğunu ileri sürmektedir (65,66).

Sullivan’a göre kaygının nedenleri şunlardır (67).

- 1-Kişinin yetişmesinde etkili olan kişilerin etkisi,
- 2-Anneden empati yoluyla,
- 3-Anne-babanın hatalı tutumları,
- 4-İtici anne-baba tutumlarına eğitimde uygulanan ceza yöntemlerinin eşlik etmesi,
- 5-Çocuğa karşı sergilenen tutarsız davranışlar,
- 6-Çocuğun ilk toplumsallaşma deneyimleri.

Köknel, günlük yaşamda kaygı yaratan durumları altı başlıkta toplamaktadır:

1. Alışılmamış durum, çevre, nesne, kişi yada engelle karşılaşmak,
2. Belirli bir nesnenin yarattığı korku,
3. Belirli bir nesne olmadan nesneyi tasarlamak,
4. Zorlu düşünceler ve korkular,
5. Doğal afetler, umulmadık olaylar ve felaketler,
6. Ruhsal hastalıklar kaygıyı oluşturabilmektedir.

Cüceloğlu'na göre belirli bir ortam içerisinde kendisini güven altında ve huzurlu hissedene bireyde korku yada kaygı olmaz. Bir ortamı güvenli yada tehlikeli algılama ise içinde yetişilen kültüre, bir toplumdaki diğerine farklılık gösterir. Kaygı duygusunu ortaya çıkartan ortamların genel özelliğini ise dört grupta toplamaktadır (68).

Desteğin çekilmesi: İçinde yaşanan alışlagelmiş çevre ortadan kalktığı zaman kişiler kaygı duyar. Böyle yeni durumlarda alışlagelmiş her zamanki destekler yoktur.

Olumsuz bir sonucun beklenmesi: İyi hazırlanmadan bir sınava girme, trafik cezasının belirleneceği bir trafik mahkemesinde duruşmayı bekleme gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkaracağı durumlarda ortaya çıkar.

İç çelişki: İnanılan bir fikirle, yapılan davranış arasında bir tutarsızlığın ortaya çıktığı durumlarda duyulan gerginlik kaygıya neden olur.

Belirsizlik: Gelecekte ne olacağını bilmemek insanlar için en belli başlı kaygı nedenlerinden biridir. İleriki zamanlarda olumsuz türden olayların olacağını bilmek, ne olacağını hiç bilmemeye tercih edilir.

Kaygı düzeyinin birçok değişkenden etkilendiği belirtilmektedir. Yaş, kaygıyı etkileyen en önemli faktördür. Her yaş düzeyinde kaygının şiddeti veya durumluk sürekliliği değişir. Kaygının en yoğun yaşandığı yıllar ise doğumdan sonraki iki yıl ve ergenlik yıllarıdır. Gelişimsel dönemlere göre, kaygı düzeyi farklılıklar göstermekte olup anaokulundan başlayarak ergenliğe kadar, kaygı düzeyinde dalgalanmalar görülebilmektedir. Kişilik ve kaygı arasında anlamlı ilişki olup kaygı düzeyi yüksek olan gençlerin, kaygı düzeyi düşük olan akranlarına göre kimlik gelişimi daha sorunlu olabilmektedir (1).

2.13.Kaygının Belirtileri

Kaygı belirtileri hafif, orta ve ağır derecelerde incelenebilir (69).

2.13.1.Hafif Derecede Kaygı: Beden ısısında değişiklik, deride soğukluk, pupillalarda genişleme, ağızda kuruma, titreme, kaslarda gerginlik, sık idrara çıkma, uykusuzluk, halsizlik, solunum sayısında artma, kan basıncında düşme yada yükselme, endişe, huzursuzluk, gerginlik, korku duygusu ile baş ağrısı, iştahsızlık, bazen kusma ve terlemeler görülür.

2.13.2.Orta Derecede Kaygı: Dikkati toplayamama, çalışamama, kuvvetli baş ağrıları, çarpıntı, davranış bozuklukları görülebilir.

2.13.3.Ağır Derecede Kaygı: Söz konusu belirtiler, daha belirgin ve şiddetli olup, aşırı zayıflık yada şişmanlık görülebilir. Bazı bireyler, yerinde duramama, anlamlı yada anlamsız bazı hareketler yaparken; bazı bireyler ise hareketsiz yada donuktur.

Horney'e göre kaygının özellikleri şunlardır (70):

- 1.Ortalama insan kaygının yaşamındaki öneminin çok az farkındadır.
- 2.Kaygı, yaygın olabilir ve nöbetler şeklinde ortaya çıkabilir.
- 3.Kaygı, insanın bilincinin dışında yaşanabilir ve davranışların en önemli belirleyicilerinden biri olarak sürekli etkinlik gösterebilmektedir.
- 4.Kaygı, bireyin yaşayabileceği en katlanılmaz duygulardan biri olduğundan birey, kaygıdan kaçabilmek için her yola başvurabilmektedir.
- 5.Kaygı, mantık dışı bir özellik taşır ve insanlar için katlanması zor bir durum yaratmaktadır.

Freud'un kaygı konusundaki ilk görüşleri nevroitik hastaları üzerindeki incelemelerine dayanmaktadır. Önceleri kaygının iç ve dış engellerden dolayı uygun bir biçimde boşaltılamayan ve ruhsal yapı içinde biriken psişik enerjinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne süren Freud, yapısal modeli geliştirmesi ile birlikte kaygı konusundaki açıklamalarında da değişiklikler yapmıştır. Kaygı konusundaki son açıklamaları, kaygının egonun bir işlevi olduğu yönündedir.

Freud, egonun görevinin oldukça zor olduğunu belirtmektedir. Çünkü ego, hem idin arzularını yerine getirmekle, hem de dış dünyanın nesnel gerçekliği ile başa çıkmakla yükümlüdür. Bunları yaparken de süper egonun katı kısıtlamalarını dikkate almak zorundadır. Bunlar aynı zamanda, ego'nun görevini yerine getirirken karşılaştığı üç tehdit kaynağıdır. Ego bu tür tehditlere karşı kaygı ile tepki verir. Bu ise yoğun sinirliliğe benzeyen ve oldukça rahatsızlık verici bir duygudur. Kaygı, kişiyi uygun davranışa hazırlayan öz koruyucu bir işlevi yerine getirirse de, çok kısıtlı miktarı normal ve arzu edilir düzeydedir (71).

2.14.Kaygı Türleri

Freud 3 kaygı türü tanımlamıştır.

2.14.1.Gerçeklik Kaygısı: Bu kaygı türü korku ile eş anlam taşır. Dış dünyada tehlikeli bir durumun varlığının algılanmasından doğan ürkütücü bir duygudur. Yaşam için zorunlu bir objenin çevrede bulunmamasından yada yaşamın sürdürülmesini tehlikeye sokan bir obje yada durumun ortaya çıkmasından doğar. Freud, organizma için tehlike yaratan durumların algılanması sonucu yaşanan korkunun doğuştan var olabileceğinden söz etmişse de bazı gerçeklik kaygısının öğrenme süreçleri sonucu edinildiğini de kabul etmiştir. Freud bir çok korkunun oluşumunda kalıtım ve yaşantının birlikte rol oynadığı görüşündedir.

2.14.2.Vicdani Kaygı (Törel Kaygı): Egoda suçluluk ve utanç duygusu yaratır. Özellikle süper egonun vicdan diye bilinen bölümünün tehlikeli saydığı durumlarda ortaya çıkar. Ebeveyn otoritesinin içerikleşmiş bir ögesi olan vicdan, benlik ideallerine yada kusursuzluğa yönelik beklentilerine uygun düşmeyen düşünce ve eylemlerinden egoyu cezalandırmakla tehdit eder. Vicdani kaygının kökeninde çocukluk yıllarındaki cezalandırıcı ana baba ile simgelenen nesnel ve gerçek bir korku bulunur. Çocukluktan yetişkinliğe giden yolda, ebeveynin değer yargıları giderek içselleştirilerek ruhsal aygıtın bir parçası durumuna gelir. Gerçeklik kaygıdan farklı olarak, vicdani kaygıya neden olan durumlardan kaçabilme imkanı yoktur.

2.14.3.Nevrotik Kaygı: İçgüdülerden gelen tehlikenin algılanması ile ortaya çıkar. Bu bir bakıma, ego içgüdülerin birden boşalma isteğini engelleyemezse sonucun ne olabileceği korkusudur. Gerçeklikten kaynaklanan yada vicdani kaygıda

kişi bu duygusunun nedenlerinin farkında olduğu halde nevrotik kaygıda kişi bilinçli değildir, böyle bir duyguyu neden yaşadığını bilemez. Egonun savunma mekanizmaları, topluma aykırı düşen ve kaygı yaratabilecek nitelikteki dürtüleri baskıya alarak bilinç dışında tutar. Bu mekanizmaların işlevlerinde bir bozulma olması durumunda, bunları çalıştıran enerji bebekliğin birincil kaygısı türünden duygulara dönüşür. Bu çok sıkıcı duyguyu olağan savunma mekanizmalarıyla geçiştiremeyen ego, çoğu kez bireyin uyum yeteneğini bozar nitelikte bazı savunma önlemlerine başvurur ve bunun sonucu nevrotik belirtiler ortaya çıkar.

Freud'a göre nevrotik kaygı 3 biçimde görülebilir:

2.14.3.1.Bağlantısız Kaygı: O anda ortaya çıkabilecek herhangi bir duruma bağlanmaya hazır, genel bir kaygı durumudur; bu kaygıyı yaşayan bireyde sürekli bir kaygı ve karamsarlık gözlenmektedir.

2.14.3.2.Fobik Kaygı: Belirli bir nesneye yada duruma karşı duyulan yoğun korku halidir. Dışarıdan gözlemleyen biri için tepkinin yoğunluğu tehlikeli olduğu var sayılan durumla orantısızdır. Birçok fobi yetişkin yaşamda oluşmakta, ancak karanlık, gök gürültüsü ve bazı hayvanlardan korkma, çocukluktan başlayarak süregelmektedir.

2.14.3.3.Panik (Kaygı Nöbeti): Korku gösterilen yada tehlikeli varsayılan durumla gösterilen tepki arasında hiçbir bağlantı yoktur. Genellikle birkaç saniyeden birkaç saate kadar sürebilen panik dönemleri biçiminde görülür. Ansızın ve tüm yoğunluğuyla ortaya çıkan bu nöbetlerde çarpıntı, soluk alma güçlüğü, aşırı terleme, bayılma duygusu ve baş dönmesi, yüz ve ellerde solukluk ve soğuma, göğüs ve mide bölgesinde yoğun bir ağırlık duygusu ve ölüme yaklaşıyormuşçasına korkutan bir duygu yaşanır (72).

2.15.Kaygının Boyutları

Kaygının fizyolojik ve psikolojik boyutu vardır.

Fizyolojik kaygı, çeşitli yüklenme durumlarında organizmanın gösterdiği ve spesifik olmayan bir tepkidir. Bu tepki, vücudun fizyolojik dengesinin bozulmasına

karşı verdiği bir cevaptır. Organizmanın verdiği bu tepki “genel uyum sendromu” olarak tanımlanarak alarm tepkisi, direnç dönemi ve yorgunluk dönemi olmak üzere üç aşamada ele alınabilir.

Psikolojik ve sosyal faktörlerin strese yol açması ve bunun farklı şekillerde yaşanması, kaygının fizyolojik boyutunun yanında psikolojik boyutunda olduğunu ortaya koymuştur. Psikolojik kaygıyı en kapsamlı olarak lozarus modeli tanımlamaktadır. Buna göre kaygı, kişinin olay esnasındaki kaygı tepkileri, olayın yapısı, ona ilişkin beklentileri ile ilgili kişinin motifleri ve kişilik özellikleri arasında cereyan eden “aracı olma süreci”nin bir sonucudur (73).

2.16.Durumluk ve Sürekli Kaygı

Kaygının ayrımı 1950’li yıllarda başlamış ve birbirinden farklı özellikleri olan iki tür kaygı ilk defa ortaya atılmıştır. Bunlar durumluk ve sürekli kaygıdır. Bu, ilk kez Cattell ve Scheier’in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla ileri sürülmüş, daha sonraları da Spielberg (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirilmiştir.

2.16.1.Durumluk Kaygı (State Anxiety): Durumluk kaygıyı birçok araştırmacı tanımlamaya çalışmışlardır. Bunlardan bazıları şöyledir;

Durumluk kaygı sıkıntı, tasa ve gerginlik ile karakterize olan acil durumu göstermektedir.(74).

Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (2).

2.16.2.Sürekli Kaygı (Trait Anxiety): Sürekli kaygı, bir güdü veya kazanılmış objektif davranışsal yatkınlık olarak, kişinin büyük ölçüde tehlikeli olmayan durumları tehdit edici algılama yatkınlığı ve bunlara objektif tehlikenin önemine göre orantısız yoğunlukta durumluk kaygı ile tepki göstermesidir Sürekli kaygıda karşılanılan özel durumlarla ilişkili olarak kişinin objektif ve genel davranışsal bir yatkınlığı söz konusudur (74).

Sürekli kaygı, “trait anxiety” stres yaratan durumların tehlikeli yada tehdit edici olarak algılanması ve bu tehditlere karşı durumluk duygusal reaksiyonların frekansının ve yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanmasıdır (75).

Sürekli kaygı, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama yada stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür.

Sürekli kaygı bireyin davranışlarında doğrudan doğruya gözlenemez. Ancak sürekli kaygının seviyesi, bireyin ilerideki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler. Buna göre, sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireyler, baskı altında, sürekli kaygı seviyesi düşük olanlardan daha çabuk ve daha sık olarak durumluk kaygı reaksiyonları gösterirler. Durumluk kaygıyı hem daha sık hem de daha şiddetli bir şekilde yaşarlar (76,2).

2.17.Kaygı ve Korku

Kaygı sıklıkla korkuyla beraber olsa da, bu iki kavramın birbirinden farklı özellikleri vardır. Kaygı bellek, dikkat, algı, gibi birçok zihinsel işlevi etkilemektedir. Kaygı ve korku, kişiyi kaçması yada başa çıkması için gereken fizyolojik uyarılma durumuna getirir ve dikkati tehlikeye yönlendirir, bu sırada devam eden diğer işleri durdurur. Sınav, yarışmalar gibi bazı durumlarda uygun miktarda kaygı, performansı yükseltebilir (77).

Horney’e göre korku, bir insanın karşılaştığı tehlike ile orantılı bir duygudur, kaygıda ise orantısız, imgesel bir tehlikeye karşı geliştirilen bir tepki söz konusudur. Korkuyu yaratan tehlike açık ve nesnel; kaygıyı yaratan tehlike gizli ve öznel. Korku durumunda tehlike gerçeklik içinde vardır ve çaresizlik duygusu gerçeklik tarafından koşullandırılır; kaygı durumunda tehlike iç-ruhsal etkenler tarafından yaratılır yada büyütülür ve çaresizlik, kişinin kendi tutumu tarafından koşullandırılır (70).

Korkuların temelinde kaygı ve endişe vardır. Kişiliğin yapısında bulunan ve belirli bir nesnesi olmayan kaygı, korkuda bir nesneye, kişiye, olaya, duruma bağlanmıştır. Kaygıyla korku arasında bir neden sonuç ilişkisi yoktur. Çoğu kez de uyarımla orantılı olmayan biçimde ortaya çıkar. Kişi korkusunun, kaygısının, endişesinin tepkisinin gereksiz, yersiz ve anlamsız olduğunu bilmesine karşın, korkusunun tutsağı olmuştur. Korktuğundan kaçmak, uzaklaşmak, korku durumunu yaşamamak ister. Bunu başaramazsa ortaya çıkan şiddetli sıkıntı, kaygı ve paniği önleyemez (67).

Mowrer'in kaygı kuramına göre, kaygının davranışı harekete geçirebilen, diğer bir deyişle motive edici özelliği vardır. Kaygının motive ettiği davranış ise kaçınmadır. Bu, kaygının azalmasına ve sonunda kaçınmanın pekişmesine neden olmaktadır. Ancak bu genelleştirilemez ve korku her zaman kaçınmayla sonuçlanmaz yada korkunun neden olmadığı kaçınma davranışları vardır. Panik sıklığı ve uzun zaman tekrarlayan panikler kaçınma davranışının esas belirleyicisi değildir. Ciddi kaçınmayı en iyi öngören panik oluşacağına ilişkin beklentidir. Bu da bilişsel etmenlerin önemini ortaya koyar (78).

2.18.Kaygı Bozuklukları

Başlıca kaygı bozuklukları şöyle sıralanabilir;

- 1.Panik bozukluğu
- 2.Agorafobi
- 3.Sosyal fobi
- 4.Özgül fobi
- 5.Obsesif-Kompulsif bozukluk
- 6.Yaygın kaygı bozukluğu
- 7.Ayrılma kaygısı bozukluğu
- 8.Travma sonrası stres bozukluğu

2.18.1.Panik Bozukluğu: Geçerli bir sebep olmadığı halde ani, bunalıcı yoğunlukta bir korku yada dehşet yaşanmasıdır. Olgularda ani olarak ortaya çıkan

fizyolojik belirtilerle birlikte yönelim bozukluğu, delireceği, kontrolünü kaybedeceği, öleceği korkusu yaşanır. Ataklar 5-10 dakika içinde ani olarak başlar, genellikle 30 dakikayı aşmaz. Nadiren bir saati geçer. Ataklar kendiliğinden sonlanır. Ataklar yineleyebilir. Bazen halka açık yerlerde, bazen evde, bazen de uykudan uyanırken ortaya çıkar. Hastalarda derin bir korku ve endişe duygusu, ağır hasta olacağı korkusu, depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri olasıdır. Panik olgularında normal kaygı olgularında izlenmeyen katastrofik bir nitelik vardır (79,80).

2.18.2.Agorafobi: Kurtulmanın zor olabileceği veya utandırabilecek yada panik atağı geçirme durumunda yardım alamayacağı yer ve durumlarda bulunma korkusudur. Kişinin kendini güvende hissetmemesi veya güvenilir kişiden ayrı olmanın yarattığı bir dehşet duygusu vardır.

2.18.3.Sosyal Fobi: Kişinin olumsuz olarak değerlendirilme ve başkalarının gözü önünde olmaktan endişe duyabileceği bir yada daha fazla sosyal durumdan veya performans gerektiren durumdan belirgin ve sürekli korku duymadır. Genellikle çocuklukta başlar ve süregelen bir seyri vardır. Sosyal fobi diğer kaygı bozuklukları, depresyon ve madde kötüye kullanımı ortaya çıkma riskini artırır.

2.18.4.Özgül Fobi: Özgül bir nesne yada durumun varlığı yada beklentisi ile başlayan aşırı, mantıksız, belirgin ve sürekli korkudur (79,81,82).

En sık rastlanan anksiyete bozukluğudur. Çocukluk çağında çok sıktır. Bu dönemde yabancı, hayvan, karanlık ve yaralanma korkuları yaygındır (80).

2.18.5.Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Obsesyonlar istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler yada düşlemelerdir. Kompulsiyonlar, amacı kaygıdan yada sıkıntıdan korumak yada azaltmak olan yineleyici davranışlar yada zihinsel eylemlerdir. Kişi kirletici düşüncelerinden arınmak istercesine yıkanma veya temizlenme biçiminde davranır. Obsesif kompulsif bozukluk hastaları, tekrar eden obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlardan dolayı kişide belirgin sıkıntı yaratır; iş, okul, kişiler arası ilişkiler

ve günlük aktivitelerini bozar. Obsesif kompulsif bozuklukta sık görülen obsesyonlar şunlardır: kontaminasyon, temizlik, saldırganlık, cinsellikle ilgili, biriktirme, saklama, doğaüstü düşünce, somatik, vücut şekliyle ilgili, dini, belirli şeyleri bilmek ve hatırlamak, doğru şeyi söylemek, istenmeyen görüntü, ses, kelime, müzik, sayılar, batıl itikatlar. Sık görülen kompulsiyonlar ise şunlardır: yıkama, temizleme, kontrol etme, tekrarlama, sayma, düzenleme, biriktirme, saklama, batıl davranışlar, onay arama, zihinsel törenler, söyleme, sorma, itiraf etme gereksinimi, aşırı liste yapma, önlem alma.

2.18.6.Yaygın Kaygı Bozukluğu: Geleceğe yönelik birçok olay yada aktivite hakkında en az altı ay boyunca ve hemen her gün süren aşırı kaygı yada endişe duymadır. Belirtileri gevşeyememe, kendini huzursuz yada hareketli hissetme, kas gerginliği, hızlı kalp atışı, geleceğe ilişkin kuruntular, aşırı uyanıklık ve uyuma güçlüğüdür.

2.18.7.Ayrılma Kaygısı Bozukluğu: Evden yada bağlandığı kişilerden ayrıldığında uygunsuz yada aşırı kaygı duymadır.

2.18.8.Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Kişinin aşırı bir travmatik stresörle karşılaşmasından, yaşamasından yada duymasından sonra ortaya çıkan bir sendromdur. Kişi bu yaşantı karşısında korku ve çaresizlikle tepki verir, aynı olayı sürekli olarak yeniden yaşar ve travmayı hatırlamaktan kaçınmaya çalışır. Travmatik stresör hayatı, kişisel güvenliği ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden bir olaydır. Travma sonrası stres bozukluğu'nda üç ana semptom grubu travmatik bir stresörden sonra ortaya çıkan bu semptomlar travmatik olayın yeniden yaşantılanması, travmayı hatırlatan kişi, ortam ve nesnelere kaçınma ve kronik aşırı uyarılma belirtileridir (79,81,82,83)

2.19.Umutsuzluk

Umutsuzluğun anlaşılabilmesi için öncelikle umudun tanımlanması gerekir. Umut “iyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır (84). Türk Dil Kurumu’nun Türkçe sözlüğünde umut, bireyde ummaktan doğan güven duygusu olarak tanımlanmaktadır (85).

1950’den beri psikologlar ve psikiyatrlar, umudun sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yaparak, umudu, amacın gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade etmektedir (86).

Frank iki boyutlu olarak ele alan ve umudu duygu ve düşüncenin anlamlı bir karışımı olarak tanımlayan kuramcılardan biridir. Bunun yanında umudun psikoterapi sürecindeki önemi üzerinde durarak danışanın iyileşmesinde olumlu ve hızlandırıcı bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır. Synder’de umudu iki boyutlu olarak ele almıştır. Birinci boyut “Agency” diye adlandırılan “amaca ulaşmayı isteme ve amaca ulaşmak için kendisinde güç hissetme” olarak tanımlanmaktadır. Bu boyut, geçmişteki içinde bulunan zamandaki ve gelecekteki hedefi elde etmede, başarılı kararlar verildiğinde yada verilebileceğine ilişkin bir özellik gösterir. İkinci boyut ise “amaca ulaşabilmek için yollar bulabilme becerisi” şeklinde ifade edilen “pathway” boyutudur. Bu boyutta bireyin amaçlarına ulaşmada başarılı planlar yapabildiği yada yapabileceği duyumuna denk gelmektedir (87).

Umut, geleceğe uyum sağlamak için bireye güç veren, gelecekle ve yaşadığı anla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan, pozitif bakış açısı ve iyi oluşu destekleyen, başkalarıyla ilişkiyi sürdürmeye yardım eden dinamik bir güçtür.

Umut akılsal düzeyde kazanmayı amaç edilen şeyi isteme yoludur. Diğer bir ifade ile güçlüklerden bir çıkış yolu olduğuna inanma ve gerçekleri yönetebilme yeteneğidir. Umut bir güçtür, duygudur, motivasyonda önemli bir rol oynar, bireyin geleceğe oryante olmasını, amaç belirlemesini, seçim yapmasını, karar vermesini ve aktif olmasını sağlar. Aynı zamanda umut bireyin inançları ve güven duygusu üzerinde etkilidir, umut neyin gerçek yada mümkün olabileceği ile ilgilidir. Umut hayal etmek ve bir şeyin olmasını arzulamak değil, bireyi belirlediği amaca ulaşmasını sağlayan dinamik bir güçtür (88).

Umut insana yaşam enerjisi vermektedir. Bu enerji, istek ve güdüyü artırmakta ve bireyi geleceği için çaba sarfetmeye yöneltmektedir. Umut keder ve üzüntüyü engellemektedir. Umudun en önemli özelliği bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin yaşantısında değişiklikler oluşturabileceğine olan inancıdır (89).

Umutsuzluk ise güven duygusundan yoksun olma durumu olarak ifade edilebilir. Rideout ve Montemuro, umudu bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentiler; umutsuzluğu ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlamaktadır (90).

Umutsuzluğun, çaresizlik ve talihsizlik gibi değişkenlerin sosyal yönden yeterli olma ve ruhsal olarak iyi olma durumu ile yakından ilişkili oldukları düşünülmektedir. Umutsuzluk genel olarak kişinin kendisini olumsuz özellikler ile tanımlaması, gelecek ile ilgili olarak olumsuz beklentiler içinde olması, olumsuz yaşam olaylarını değişmez ve genel kabul etmesi anlamına gelmektedir. Bu tür kişilerin olumsuz yaşam koşullarıyla karşılaştıklarında psikopatoloji belirtileri geliştirme riski artmaktadır (91).

Umutsuzluk, kişinin gelecekle ilgili olumsuz, kötümser bir tutum içinde olması ve geleceğe dair motivasyonunu kaybetmesidir. Aaron Beck'in depresyon için geliştirdiği "Bilişsel Model"de umutsuzluk, kişinin kendisi ve kendi dünyası ile ilgili olumsuz tutumu olarak tanımlanmaktadır (92)

Umutsuzluk, şimdiki olumsuz algıların geleceğe yansımalarıdır. Umutsuzluğa eğilimli kişi, gelecek için belirli bir bilişsel sete sahiptir ve bu bilişsel set geleceğin hiçbir iyi olasılık içermediğini tekrarlar. Kişi geleceği hakkında düşünmeye zorlandığında bu bilişsel set uyarılır ve kişi hoşlanmadığı deneyimlerin tepkisi içindeyken umutsuz durumun tipik olan duygusal ve motivasyonel bozuklukları da buna eşlik eder. Depresif ancak umutsuz olmayan kişi bile şimdiki depresif durumuna rağmen geleceğe yönelik olumlu bilişsel sete sahiptir (3).

Amerika Psikoloji Birliği'nin (1997) tanımına göre umutsuzluk, bireyin seçme özgürlüğünün bulunmadığını yada seçeneklerinin sınırlı olduğunu gördüğü ve kendi adına enerjisini harekete geçirmede öznel duygu durumudur (87).

Bu tanımlar doğrultusunda umutsuzluk, kişinin iyilik halinden yoksunluğunu, isteksizliğini ve amaçsızlığını kapsamakla beraber yaşam olaylarının olumsuz şekilde algılandığı negatif bilişsel bir değerlendirmesidir. Umutsuzluk şimdiki ve gelecek

zamanın olumsuz görülmesidir. Amerika Psikoloji Birliği (1997) umutsuzluğun nedenlerini ve belirtilerini Şu Şekilde sıralamıŐtır (87).

2.20.Umutsuzluğun Nedenleri

- 1.Çeşitli etkenlere bağlı olarak bireyin etkinliklerinin uzun Őure kısıtlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık
- 2.Beden sağlığının kötüleŐmesi
- 3.Uzun Őureli stres
- 4.Kendini bırakmak
- 5.Soyut değerlere ve/veya Allah'a olan inancı kaybetmek

2.21.Umutsuzluğun Belirtileri

- 1.Kötümser iğerikli konuŐmalar, dilde olumsuz ifadeler
- 2.Edilgenlik, konuŐmada azalma
- 3.Duyguların ifadesinin azalması
- 4.İnsiyatif kullanma eksikliği
- 5.Dış uyaranlara karşı tepkilerin azalması
- 6.Kendisiyle konuŐan kişiye ilgisizlik
- 7.Umursamaz ve aldırılmaz tavırlar
- 8.İŐtahta azalma
- 9.Uyku saatlerinde artma yada azalma
- 10.Kişisel bakıma özen göstermeme

Umutsuzluğun temeli, geçmişte yaşanmış olumsuz bir olaya dayanır. Bireyler bir yandan meydana gelen olayın sebebi yada sebepleri, diğer taraftan olayın neticesinde ortaya çıkacak olumsuz sonuçlar ve bunların kendisine etkisi hakkında yorumda bulunurlar ve sonuçta umutsuzluk ortaya çıkar. Bu doğrultuda umutsuzluk başarısızlığa karşı alınmıŐ mağlubiyeti ve teslimiyeti, geleceğe olan inancın yitirilmesini ifade eder (93).

Bilişsel modelde, kaygı, kızgınlık yada umutsuzluk gibi olumsuz duygular yaŐanmasının en önemli sebebi, olayların kendisi değil, bu olaylarla ilgili beklentiler

ve yorumlardır. Beck, umutsuzluğu, bilişsel depresyon modelinde bilişsel üçlünün (cognitive triad) bir parçası olduğunu belirtmiştir. Bu bilişsel üçlü; kişinin kendisine, kişinin geleceğe ve kişinin dış dünyaya olumsuz bakmasıdır. Bu bilişsel faktörler, depresif kişinin yaşamını engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görmesi, kişinin kendisini başarısız ve değersiz hissetmesine, dış dünyayı düşmanca görmesine ve geleceğe umutsuzca bakmasına sebebiyet vermektedir. Bilişsel çarpıtma şemaları olarak adlandırılan bu algılar bireyin düşünme süreçlerini etkilemekte ve yaşantılarını olumsuz yönde çarpıtarak yorumlamasına neden olmaktadır (94).

Umutsuzluk geçmişte yaşanmış yaşam olaylarının genelleme yaparak geleceğe atfedilmesidir. Kişinin sorunlarına çare bulamaması kişiyi umutsuzluğa itmektedir. Umutsuzluk çaresizliğin getirmiş olduğu nihai bir sonuçtur (95).

Umutsuzluk, literatürde genellikle öğrenilmiş çaresizlik kavramı ile birlikte ele alınmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik, bireyin tepki ve davranışlarının sonuca ulaşmada boşuna olduğu ve isteklerini gerçekleştirebilmede çabalarının başarısız olması nedeniyle bireyin kaygılanması ve korku yaşaması ve bu nedenle sonucu kontrol etmek için motivasyonunda düşüş görülmesi demektir (96). Umutsuzluğun ölçümü konusunda yoğun çalışma yapan Beck, umutsuzluk ve intihar arasında bir ilişki bulmuştur. Beck, umutsuzluğu, kişilerin objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde, deneyimlerine yanlış anlamların yüklemesi, amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklenmesi ve bunun sonucu olarak gelecek hakkında olumsuz beklentileri olan, daha genel anlamıyla geleceğe kötümser tutumlarının olması şeklinde tanımlamıştır (86,97,98).

Umutsuzluk, ergenlerdeki depresyon ve intiharın belirgin bir göstergesini oluşturmaktadır (99).

Gerek umut gerekse umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umut da hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılıacağı öngörüsü varken; umutsuzluk da başarısızlık yargısı vardır. Bu iki uç beklenti kişiden kişiye, durumdan duruma beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu plan ve beklentilerin her biri yalnızca bireyin planlarını hedefine nasıl oturttuğu değil, kendisi için oluşturduğu

hedefin şeklini de etkiler. Birey bu düşünce biçimini aşağıdaki şu süreçlerden geçirir (100).

Yeteneğe karşı şans: Birey amaçlarına yetenek yada şans ile ulaşabilir. Geleceklerinin şansa bağlı olduğuna inanan insanlar amaca yönelik davranışa daha az yönelirler. Daha da ötesi kişinin planlarının etkin olmayışına olan inancı da ona bir yeterlik duygusu verir. Eylemin etkinliğine yada etkinsizliğine olan inanç ve kişinin kendisine saygısı ve yeteneğine olan inancı umutsuzluk duygularının belirlenmesinde anahtar etkindir.

Güvene karşı güvensizlik: Başkalarına karşı hissedilen güven, umut duygusunun gelişmesinde önemli bir rol oynar. İnsanlara olan bağımlılık yönünden incelendiğinde diğer insanlara olan güvensizliğinin şiddeti kişinin amaçlarını sınırlandırır. Güven duygusu olmayan bir insan başkaları ile birlikte başladığı eylem başarısızlıkla sonuçlanınca bundan başkalarını sorumlu tutar. Güven duygusu gelişmiş insan ise hatalı bir sonuçtan kısmen kendini sorumlu tutar. Bu nedenle güvensiz kişi uzun süreli değil de kısa süreli amaçları yeğler.

Uzun döneme karşı kısa dönem: Umut, kısa veya uzun dönemde yada her ikisinde birden ulaşabilecek hedefleri belirler. Sürenin uzaması ile umutsuzluk belirmeye başlar. Böylece kişi kadercı bir biçimde sonucu beklerken kısa dönemli amaçlar için çaba sarf eder.

Umutsuzluk kavramı, bireyin çeşitli durumlarla etkili baş etmeye ilişkin inancı olan düşük öz yeterlilik kavramı ile benzerlik göstermektedir. Bu nedenle bazen umutsuzluk, öz yeterlilikle eş anlamlı olarak da kullanılmaktadır. Çünkü hem umutsuzluk hem de öz yeterlilik, bireyin hastalıkla baş etme yeteneği ve performansı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (101).

Umutsuzluk kuramı, olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında bilişsel zayıflıklarından (cognitive vulnerability) ötürü mutsuz olan bireyleri odak alır. Bu bireylerin umutsuzluk duygusu depresyon belirtilerine yol açar. Bu kuram depresif belirtilere yol açan ve geçici sebepler zincirini izleyen iki ana faktöre vurgu yapar. Birincisi, önce umutsuzluğa sonra da depresyona yol açan olumsuz yaşam olayları ile karşılaşıldığında oluşan bilişsel zayıflıktır. İkincisi ise, umutsuzluk, (çok arzu edilen sonuçların olmayacağı beklentisi) depresif belirtilerde artış ve bilişsel zayıflık arasında orta düzeyde bir ilişkinin varlığı ile açıklanır. Umutsuzluk kuramı, özellikle

ergenliğin sonuna doğru niçin pek çok kişinin depresif ve aynı zamanda umutsuzluk ve bilişsel zayıflık gösterdiğini açıklamakta kullanılabilir (102).

Umutsuzluk kuramına göre, umutsuzluk iki grup belirti ile karakterize edilebilir. Birincil belirtiler, motivasyon eksikliği ve üzüntüdür. İkincil belirtiler ise intihar düşüncesi, düşük enerji düzeyi, psiko-motor bozukluklar, uyku düzensizliği, düşük konsantrasyon, düşük benlik saygısı, aratan bağımlılık ve olumsuz düşüncelerdir (103).

Abramson ve diğerleri ise, umutsuzluk depresyonunun on iki belirtiden oluştuğunu belirtmektedirler. İstekli tepki vermede gecikme (motivasyon düşüklüğü), enerji yokluğu, apati, psikomotor gerilik, olumsuz duygu durumu, karamsarlık, uyku bozuklukları, dikkat güçlüğü, abartılı psikolojik durum, olumsuz bilişler ve bazen düşük öz saygı yada bağımlılık (104).

Kronik, prognozu iyi olmayan, ölüm tehditi oluşturan, bedende geri dönüşü olmayan bozukluklar ve beden imajında kayıpların yaşandığı durumlarda hastalarda ciddi fiziksel yetersizlikler, uyum bozuklukları ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Özer ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada genel olarak umutsuzluk düzeylerinin orta düzeyde olduğu, eğitim düzeyi ve ekonomik düzeyi düşük olanların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (105). Yine yapılan başka bir çalışmada hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır (106). Diyabetik yetişkinlerde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların %28'inde orta-ağır şiddette depresyon veya anksiyete veya her ikisinin birlikte olduğu bildirilmiştir (107). Yapılan bir başka araştırmada diyabet ve kalp yetmezliği olan 890 yetişkinin %51 inde bazı depresyon bulguları pozitif bulunmuştur (108). Kanser hastalarında yapılan bir çalışmaya göre kanser hastalarında anksiyete ve depresyon yüksek olduğu belirlenmiştir. (109)

Asbeste maruz kalmanında asbestozis, plevral hastalıklar, maling mesotelyoma gibi kronik hastalıklara neden olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (36,37,38). Bu yüzden bu çalışma Diyarbakır İli Çermik ilçesine bağlı asbeste bağlı hastalıkların en sık görüldüğü bir bölgede yaşayan insanlarda, bu bölgede yaşıyor olmanın onlarda oluşturduğu kaygı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi ve Bölgesi

Kesitsel tipteki bu araştırma Diyarbakır ili Çermik ilçesine bağlı Yukarışeyhler beldesi (29 Ağustos 2010 tarihinde Çüngüş ilçesine bağlanmıştır) ve Diyarbakır ili Çarıklı beldesinde yürütülmüştür. Yukarışeyhler Diyarbakır'a 110 km, ilçe merkezine 18 km mesafede, 791 nüfuslu, 185 haneli bir beldedir. 35 yaş üzeri nüfus 355 tir. Beldede eski yıllardan beri asbest çıkarılmakta, işlenmekte ve satılmakta olduğu bilinmektedir. Bu beldede evlerin içi ve dış sıvalarında yaygın bir şekilde bu madde kullanılmıştır.

Belde, güneydoğu toroslarının üzerinde bulunan maden dağının güney uç uzantısı yamaçlarında eğimi güneye bakan bir dağ köyü görüntüsü ve özellikleri ilk planda göze çarpmaktadır. Bitki örtüsü olarak baktığımızda bu dağ yamaçlarında göze çarpan bozuk meşelikler aşağılara inildikçe yerini üzüm bağlarına ve steplere bırakmaktadır. Arazi yapısı olarak düzlük arazi yok denecek kadar azdır, eğim fazladır.

Köyün komşuları; doğusunda Ergani ilçesine bağlı Sincik köyü, batısında Çüngüş ilçesine bağlı Çınar ve Ziyar köyleri, güneyinde Aşağışeyhler, güney batısında Sefer uşağı, Polat uşağı, kuzeyinde Mahmut han, kuzey batısında Karameşe (Çüngüş'e bağlı), kuzey doğusunda; Elazığ ilinin Maden ilçesine bağlı Naldöken köyleri ile çevrilmiş durumdadır. Yaşamlarını hayvancılık ve tarımla sağlamaktadırlar. Günlük yaşamda Zazaca ve Türkçe konuşmaktadırlar (110).

Bölgede asbeste maruz kalma oranı yüksektir. Asbestin neden olduğu hastalıklardan muzdarip olan veya yaşamını yitiren bir çok kişi vardır (8). Yazıcıoğlunun ilk defa 1974 yılında Çermik ve çevresindeki ilçe ve köylerde yapmış olduğu bir çalışmada 511 asbestosis vakası tespit etmiştir. Bunun nedenini araştırmak için özellikle Çermiğin Yukarışeyhler beldesinin dağlık kısımlardan halkın bu toprağı çıkarttığı ve hem evlerinin badanasında kullandıkları hem de sattıklarını belirlemiştir. Daha sonra aldığı toprak numunesini MTA Enstitüsü tarafından incelenmesini istemiş ve bu inceleme sonunda lifsel formda serpantin asbest olduğu ortaya çıkmıştır (111).

Araştırmanın ikinci, bölgesi çarıklı beldesi, Diyarbakır merkezine 7 km mesafede 4730 nüfuslu, 673 haneli bir beldedir 35 yaş üzeri nüfus 937 dir. Kırmasirt,

Tavşantepe, Bozdemir, Bağıvar yerleşim bölgeleriyle komşulukları vardır. Dağınık ve çeşitli yerlerden göç alan bir yerleşim bölgesidir. Bölgede yaşayanların çoğu ilde veya il dışında çeşitli işlerde çalışmaktadırlar (Mevsimlik işçi, inşaat işçisi,esnaf vs.). Tarımla uğraşanların sayısı Yukarışeyhler beldesine göre oldukça azdır. Günlük yaşamda Kürtçe ve Türkçe konuşmaktadırlar (112).

3.2.Verileri Toplama

Çalışmaya Diyarbakır İli Çermik ilçesine bağlı asbeste bağlı hastalıkların (asbestozis, maling mesotelyoma) en sık görüldüğü Yukarışeyhler bölgesinde Temmuz 2010 tarihinde başlanmıştır. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı bölgede yaşayan 35 yaş üzeri yetişkinler oluşturmaktadır. Bu sayı 355 kişidir. Ancak 46 kişinin evde bulunmaması, 14 kişinin araştırmaya katılmak istememesi, 3 kişinin de görüşmeyi yarıda kesmesi nedeniyle 292 (%82,3) kişiye uygulanabilmiştir.. Evde olmayanlara 2 kez daha gidilmiştir. Evde olmayanların bir kısmı çocuklarının başka illerde ikamet etmesi nedeniyle onların yanına gidenler, bir kısmı da çalışmak için farklı illerde bulunanlardan oluşmaktadır. Öncelikle ön bir çalışma yapılmıştır. Daha sonra 35 yaş üstü 292 kişiyle yüz yüze görüşülerek anket uygulaması tamamlanmıştır.

Aynı özelliklere sahip asbeste maruz kalmayan Diyarbakır'ın Çarıklı yerleşim bölgesinde de Aralık 2010 tarihine kadar aynı anket formuyla 305 kişiyle görüşülmüş veri toplama tamamlanmıştır. Çarıklı beldesinde de 35 yaş üzeri nüfus 937 kişi olduğu için (Yukarışeyhlerin hemen hemen 3 katı) Çarıklı sağlık ocağından alınan, beldenin nüfus bilgilerini oluşturan formdan Sistematik Örneklem Yöntemiyle listeden her üç kişiden biri seçilmiş ve toplamda 305 kişiye ulaşılmıştır. Listede belirlenen kişilerin evde olmaması veya çalışmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle yedek kişiler seçilmiş ve onlara ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan kişilere yaş, eğitim, sağlık güvencesi, sigara içme ve asbest kullanma ve asbest hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili demografik özelliklerini belirleyen araştırmacı tarafından hazırlanan anket formuyla, “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılarak kişilerle yüz yüze görüşülmüştür. Kişiler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış, onayları alınmıştır. Bireylere, anket

formundaki soruları sorma nedenimiz açıklanmış ve yanlış anlaşılmalara giderilmiştir. Uygun iletişim becerileri kullanılarak toplumun güvenini kazanmış bireylerden (sağlık memuru, ebe, belediye başkanı) yardım alınmıştır. Kişilerle yüz yüze görüşülerek anket formundaki sorular sorulmuştur. Kişilere anket uygulanırken çevredekilerin müdahale etmemesi ve kendilerini doğru ifade edebilmeleri için kişiler ayrı bir odaya veya köşeye alınarak görüşme yapılmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına girilmiştir. Veriler analiz edilip tablolar yapılmıştır.

3.3. Tanımlar

Asbeste maruz kalan: Evinde badana amaçlı veya herhangi bir amaçla asbestli toprak kullanan, asbestli toprağın bulunduğu yerleşim alanlarında yaşayanlar “asbeste maruz kalan” olarak tanımlanmıştır.

Asbeste maruz kalmayan: Hiçbir şekilde asbestli toprak kullanmayan ve asbestin bulunduğu yerleşim alanlarında yaşamayanlar “asbeste maruz kalmayan” olarak tanımlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılan “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” (2) ve Seber tarafından yapılan “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmıştır (113). Kaygı ve umutsuzluk düzeyi ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişki hesaplanmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür kaygı, durumluk ve sürekli kaygıdır. Bu anlayış Cattell ve Scheier’in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla ilk kez ileri sürülmüş, daha sonraları da Spielberger (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri İki Faktörlü Kaygı Kuramının özünü oluşturmuştur.

Durumluk Kaygı (Anxiety State); bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stres'in yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalktığında düşme olur.

Sürekli Kaygı (Anxiety Trait); bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stres'li olarak algılama yada stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme (self-evaluation) anketidir. Toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Sorulardan 20'si durumluk, 20'si sürekli kaygı düzeyini belirlemektedir. Durumluk Kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Her iki ölçek için de cevap seçenekleri 4'er tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlandırılmaz.

Durumluk Kaygı Ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri (1) Hiç, (2) biraz, (3) çok, ve (4) tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara doğrudan yada düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler denir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerindekiler ise 1'e dönüşür.

Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20'inci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21,26,27,30,33,36 ve 39'uncu maddeleri oluşturur.

Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (2).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği ilk olarak Beck ve arkadaşları (1974) tarafından uygulanmış ve Seber tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin (BUÖ) niteliği, ergen ve yetişkinlerde uygulanabilen özelliğiyle bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 11 doğru, 9 yanlış önermeden oluşan toplam 20 maddelik bir ölçektir. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt için ise 0 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam "Umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmiştir. Puanların olası değişkenliği 0 ile 20 arasındadır. Ölçekten elde edilen yüksek puan umutsuzluğun veya geleceğe yönelik olumsuz beklenti düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir (113).

Araştırmacılar umutsuzluk ölçeğinden elde edilen puanların yorumlanmasında puan aralıkları önermektedir. Bu puan aralıkları ise 0-3 puan aralığı "normal aralık" (normal range), 4-8 puan aralığı "hafif umutsuzluk" (mild hopelessness), 9-14 puan aralığı "orta düzey umutsuzluk" (moderate hopelessness), 14-20 puan aralığı "yoğun umutsuzluk" (severe hopelessness) biçiminde betimlenmektedir (114).

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Durumluk kaygı düzeyi, sürekli kaygı düzeyi, umutsuzluk düzeyi bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, sosyoekonomik durum bağımsız değişkenlerdir.

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları: Çalışma yaz aylarında yapıldığı için örnekleme alınan kişiler çoğu zaman tarla ve bahçelerde olması nedeniyle evde bulmakta güçlük çekildi. Bu nedenle evlere tekrar tekrar gidilmek zorunda kalındı. Ayrıca bireylerin bir kısmı başka illerde yaşayan yakınlarının yanına gittikleri veya çalışmak için başka illere gittikleri için örneklemin hepsine ulaşılammıştır. Yaşlıların bir kısmı Türkçe bilmemekteydiler. Araştırmacı Zazaca ve Kürtçe bilmediği için iletişime geçebilecek Kürtçe ve Zazaca bilen başka bir kişiden yardım alınmıştır. Bu kişi anket hakkında bilgilendirilmiş ve verileri nasıl toplaması gerektiği konusunda aydınlatılmıştır.

3.7.Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamına kaydedilerek istatistik paket programında ve Epi-info 2005 paket programlarında değerlendirilmiştir. Veri toplama araçlarıyla toplanan değişkenlerin araştırma grubunun özelliklerine göre betimleyici frekans ve yüzde tabloları çıkarılmıştır. Analizlerde χ^2 (khi-kare) testi kullanılmıştır. Daha sonra da her iki grubun durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkları incelemek için t testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla grubu karşılaştırmak için varyans analizi (one-way Anova) uygulanmıştır. Elde edilen farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Değerlendirmede anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ ve %95 GA kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubuna alınan asbeste maruz kalan 292 birey ile karşılaştırmalı kontrol grubu olarak alınan 305 asbeste maruz kalmayan bireylerin demografik özellikleri Tablo.4.1’de verilmiştir. Bireylerin yaşlarına bakıldığında asbeste maruz kalan bireylerin ve asbeste maruz kalmayan bireylerin yaş dağılımının farklı olmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=7,498$, $p=0,112$). Asbeste maruz kalan bireylerin 70’i (%24,0) 35-44 yaş grubunda, 54’ü (%18,5) 65-74 yaş grubundadır, asbeste maruz kalmayan bireylerin 102’si (%33,4) 35-44 yaş grubunda, 55’i (%18,0) 65-74 yaş grubundadır. Asbeste maruz kalanların 163’ü (%55,8) kadın, 129’u (%44,2) erkektir, asbeste maruz kalmayanların ise 173’ü (%56,7) kadın, 132’si (%43,3) erkektir. İki grup arasında cinsiyet dağılımlarının farklı olmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=0,49$, $p=0,825$). İki grup arasında öğrenim durumuna bakıldığında, asbeste maruz kalan bireylerin 145’inin (%49,7) okur yazar olmadığı, 32’sinin (%11,0) okur yazar olduğu, asbeste maruz kalmayan bireylerin 179’unun (%58,7) okur yazar olmadığı, 43’ünün (%14,1) ise okur yazar olduğu belirlenmiştir. Aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,254$, $p=0,016$). Bireylerin mesleklerine bakıldığında, asbeste maruz kalanların 261’i (%89,4) çiftçi, 13’ü (%4,5) memur-emekli, 7’si (%2,4) ise işsizdir, asbeste maruz kalmayanlarda ise 43’ü (%14,1) çiftçi, 19’u (%6,2) memur-emekli, 185’i (%60,7) işsizdir. Meslek açısından iki grup arasında önemli fark olduğu gözlenmiştir ($\chi^2=354,501$, $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 268’i (%91,8) evli, asbeste maruz kalmayan bireylerin 261’i (%85,6) evlidir. Asbeste maruz kalan bireylerin 193’ü (%66,1) çekirdek aileye, asbeste maruz kalmayan bireylerin 212’si (%69,5) çekirdek aileye sahiptir ($\chi^2=0,796$, $p=0,372$).

Bireylerin sosyal güvence durumuna bakıldığında asbeste maruz kalan bireylerin 136’sının (%46,6) SGK’lı, 96’sının (%32,9) yeşil kartlı, 37’sinin (%12,7) sosyal güvencesi yokken, asbeste maruz kalmayan bireylerin 116’sının (%38,0) SGK’lı, 152’sinin (%49,8) yeşil kartlı, 36’sının (%11,8) sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiş ve iki grup arasında sosyal güvence açısından fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2=34,146$, $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 58’i (%19,9) ekonomik durumlarının kötü olduğunu, 180’i (%61,6) orta olduğunu, asbeste maruz kalmayan bireylerin 116’sı (%38,0) ekonomik durumunun kötü olduğunu, 166’sı (%54,4) orta olduğunu belirtmişlerdir ($\chi^2=32,127$, $p=0,000$).

Tablo.4.1. Araştırmaya alınan yetişkinlerin demografik özellikleri

	Y.şeyhler	Çarıklı	Toplam	χ^2	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Yaş					
35-44	70(24,0)	102(33,4)	177(28,8)	7,498	0,112
45-54	73(25,0)	61(20,0)	134(22,4)		
55-64	58(19,9)	57(18,7)	115(19,3)		
65-74	54(18,5)	55(18,0)	109(18,3)		
75 ve üzeri	37(12,7)	30(9,8)	67(11,2)		
Cinsiyet					
Kadın	163(55,8)	173(56,7)	336(56,3)	0,49	0,825
Erkek	129(44,2)	132(43,3)	261(43,7)		
Öğrenim Durumu					
O.Y.D	145(49,7)	179(58,7)	324(54,3)	12,254	0,016
O.Yazar	32(11,0)	43(14,1)	75(12,6)		
İlkokul	99(33,9)	77(25,2)	176(29,5)		
Ortaokul	9(3,1)	3(1,0)	12(2,0)		
Lise	7(2,14)	3(1,0)	10(1,7)		
Mesleği					
Çiftçi	261(89,4)	43(14,1)	304(50,9)	354,501	0,000
Memur+Emekli	13(4,5)	19(6,2)	32(5,4)		
Küçük İşletme Sahibi	3(1,0)	12(3,9)	15(2,5)		
İşsiz	7(2,4)	185(60,7)	192(32,2)		
Diğer ¹	8(2,7)	46(15,1)	54(9,0)		
Medeni Durum					
Evli	268(91,8)	261(85,6)	529(88,6)	5,695	0,017
Bekar-Dul-Boşanmış	24(8,2)	44(14,4)	68(11,4)		
Aile tipi					
Çekirdek Aile ²	193(66,1)	212(69,5)	405(67,8)	0,796	0,372
Geniş Aile	99(33,9)	93(30,5)	192(32,2)		
Sosyal Güvence					
SGK	136(46,6)	116(38,0)	252(42,2)	34,146	0,000
Yeşil Kart	96(32,9)	152(49,8)	248(41,5)		
Yok	37(12,7)	36(11,8)	73(12,2)		
Diğer ³	23(7,9)	1(0,3)	24(4,0)		
Ekonomik durumu nasıl tanımlıyor					
Kötü	58(19,9)	116(38,0)	174(29,1)	32,127	0,000
Orta	180(61,6)	166(54,4)	346(58,0)		
İyi	52(17,8)	22(7,2)	74(12,4)		
Çok iyi	2(0,7)	1(0,3)	3(0,5)		
Toplam	292(100,0)	305(100,0)	597(100,0)		

¹ Terzilik, tandır satma, köy korucusu, serbest, işçi, ² Asbeste maruz kalan 2 parçalanmış aile çekirdek aileye eklenmiştir. ³ 65 yaş maaşı, Sakatlık maaşı, Çocukların üstüne

Tablo.4.2’de bireylerin bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması gösterilmiştir. Asbeste maruz kalan bireylerin 204’ünün (%69,9) tanısı konulan bir hastalığı vardır, asbeste maruz kalmayan bireylerin ise 232’sinin (%76,1) tanısı konulan bir hastalığı vardır. Aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. ($\chi^2=2,914$, $p=0,088$). Akciğer filmi çektirmiş olma yönünden bakıldığında, asbeste maruz kalanların 217’si (%74,3) akciğer filmi çektirmişken, asbeste maruz kalmayanların 134’ü (%43,9) akciğer filmi çektirmiştir. Aralarındaki ilişki anlamlıdır ($\chi^2=56,834$, $p=0,000$). Bölgede oturma süresi açısından asbeste maruz kalanların 8’i (%2,7) 0-9 yıldır bu bölgede oturduğunu, 261’i (%89,4) 40 yıl ve daha fazla süredir bu bölgede oturduğunu belirtmiş, asbeste maruz kalmayanların ise 36’sı (%12,8) 0-9 yıldır, 98’i (%32,1) 40 yıl ve daha fazla süredir bu bölgede oturduklarını belirtmişlerdir ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=204,891$, $p=0,000$).

Tablo 4.2.Araştırmaya alınan yetişkinlerin bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması

	Y.şeyhler	Çarıklı	Toplam	χ^2	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Tanısı Konulan hastalığı					
Evet	204(69,9)	232(76,1)	436(73,0)	2,914	0,088
Hayır	88(30,1)	73(23,9)	161(27,0)		
Akciğer filmi çektirmiş mi?					
Evet	217(74,3)	134(43,9)	351(58,8)2	56,834	0,000
Hayır	75(25,7)	171(56,1)	46(41,2)		
Kaç yıldır burada oturuyor?					
0-9	8(2,7)	36(12,8)	44(7,4)	204,891	0,000
10-19	5(1,7)	39(12,8)	44(7,4)		
20-29	13(4,5)	81(26,6)	94(15,7)		
30 -39	5(1,7)	51(16,7)	56(9,4)		
40 ve üzeri	261(89,4)	98(32,1)	359(60,1)		
Toplam	292(100,0)	305(100,0)	597		

Tablo.4.3’te bireylerin ifadelerine göre kendilerinde tanısı konulan hastalıkların oranı verilmiştir. Asbeste maruz kalan bireylerin 34’ü(%11,6) ak toprak hastalığının olduğunu ifade etmişlerdir, asbeste maruz kalmayan bireylerin ise hiç birinde ak toprak hastalığı olmadığı görülmüştür. Aralarındaki fark anlamlı

bulunmuştur ($\chi^2=37,66$), $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 29'unda (%9,9), asbeste maruz kalmayan bireylerin 40'ında (%13,1) astım –bronşit olduğu gözlenmiştir. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin 3'ünde (%1,0), asbeste maruz kalmayan bireylerin 2'sinde (%0,7) tüberküloz olduğu belirlenmiştir ($p=0,618$). Asbeste maruz kalan yetişkinlerin 37'sinde (%12,7) hipertansiyon, 15'inde (%5,1) diyabet, 20'sinde (%6,8) kalp hastalığı varken, asbeste maruz kalmayanlarda bu oran sırasıyla 81(%26,6), 31(%10,2), 38 (%12,5) olup, asbeste maruz kalmayanlarda bu hastalıkların daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır ($p=0,00002$, $p=0,0213$, $p=0,020$). Böbrek hastalığı ve mide hastalığı açısından asbeste maruz kalanların 16'sında (%5,5) asbeste kalmayanların 48'inde (15,7) bu hastalıkların görüldüğü anlaşılmıştır. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,00005$).

Tablo 4.3. Araştırmaya alınan bireylerin bazı hastalıklar yönünden karşılaştırılması

	Y.şeyhler	Çarıklı	Toplam	χ^2	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Asbeste bağlı Hastalıklar					
Var	34(11,6)	0(0,00)	34 (5,7)	37,66	0,000
Yok	258 (88,4)	305 (100,0)	563(94,3)		
Astım-bronşit					
Var	29(9,9)	40(13,1)	69(11,6)	1,48	0,223
Yok	263(90,1)	265(96,9)	528(88,4)		
Tüberküloz					
Var	3(1,0)	2(0,7)	5(0,8)	0,25	0,618
Yok	289(99,0)	303(99,3)	592(99,2)		
Hipertansiyon					
Var	37(12,7)	81(26,6)	118(19,8)	18,14	0,00002
Yok	255(97,3)	224(73,4)	479(80,2)		
Diyabet					
Var	15(5,1)	31(10,2)	46(7,7)	5,30	0,0213
Yok	277(94,9)	274(89,8)	551(92,3)		
Kalp Hastalığı					
Var	20(6,8)	38(12,5)	58(9,7)	5,35	0,020
Yok	272(93,2)	267(87,5)	539(90,3)		
Böbrek Hastalığı					
Var	16(5,5)	48(15,7)	64(10,7)	16,40	0,00005
Yok	276(94,5)	257(84,3)	533(89,3)		
Mide hastalığı					
Var	16(5,5)	48(15,7)	64(10,7)	16,40	0,00005
Yok	276(94,5)	257(84,3)	533(89,3)		
Toplam	292(100,0)	305(100,0)	597(100,0)		

Araştırmaya alınan bireylerin bazı değişkenler açısından karşılaştırmasını gösteren bilgiler Tablo.4.4'te verilmiştir. Bireylerin sigara içme durumlarına bakıldığında asbeste maruz kalan bireylerin 44'ünün (%15,1) halen sigara içtiği, 191'inin (%65,4) hiç içmemiş olduğu, asbeste maruz kalmayanların 90'ının (%29,5) halen içtiği, 162'sinin (%53,1) hiç içmemiş olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=18,044$, $p=0,000$). Oturdukları konut tipi açısından bakıldığında asbeste maruz kalanların 58'inin (%19,9) betonarme evde, 158'inin (%54,1) kerpiç-toprak evde oturduğu, asbeste maruz kalmayanların 276'sinin (%90,5) betonarme evde, 29'unun (%9,5) kerpiç-toprak evde oturduğu saptanmıştır ($\chi^2=307,139$, $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 275'i (%94,2) asbestin sağlığa zararlı olduğunu belirtmişlerdir, asbeste maruz kalmayanların ise 14'ü (%4,6) zararlı olduğunu belirtmiştir. Asbestin sağlığa zararlarını bilme açısından iki grup arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır ($\chi^2=497,410$, $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 270'inin (%92,5) ak toprak hastalığını bildikleri, asbeste maruz kalmayanların 16'sinin (%5,2) ak toprak hastalığını bildikleri saptanmıştır. Aralarındaki fark anlamlıdır ($\chi^2=457,7$, $p=0,000$). Burada yaşadığı için kanser olmaktan korktuğunu belirtenler, asbeste maruz kalanlarda 177 (%60,6), asbeste maruz kalmayanlarda 109 (%35,7) dur. Kanser olmaktan korkma açısından aralarında anlamlı ilişki vardır ($\chi^2=36,999$, $p=0,000$). Asbeste maruz kalan bireylerin 157'si (%53,8) olanağı olsa farklı bir yerde yaşamak istediğini, asbeste maruz kalmayan bireylerin 131'i (%43,0) farklı bir yerde yaşamak istediğini belirtmiştir ($p=0,008$).

Tablo 4.4.Araştırmaya alınan yetişkinlerin bazı değişkenler açısından karşılaştırılması

	Y.şeyhler	Çarıklı	Toplam	χ^2	p
Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sigara içme durumu					
Halen içiyor	44(15,1)	90(29,5)	134(22,4)	18,044	0,000
Bırakmış	57(19,5)	53(17,4)	110(18,4)		
Hiç içmemiş	191(65,4)	162(53,1)	353(59,1)		
Oturduğu Konut Tipi					
Taş ev	76(26,0)	0(0,0)	76(12,7)	307,139	0,000
Betonarme	58(19,9)	276(90,5)	334(55,9)		
Kerpiç-toprak	158(54,1)	29(9,5)	187(31,3)		
Asbesin sağlığa zararlı olduğunu bilme					
Evet	275(94,2)	14(4,6)	289(48,4)	497,410	0,000
Hayır/Bilmiyor	17(5,8)	291(95,4)	308(51,6)		
Asbestle ilgili hastalıkları bilme					
Evet	270(92,5)	16(5,2)	286(47,9)	454,7	0,000
Hayır	22(7,5)	289(94,8)	311(52,1)		
Burada yaşadığı için kanser olmaktan korkma					
Evet	177(60,6)	109(35,7)	286(47,9)	36,999	0,000
Hayır	115(39,4)	196(64,3)	311(52,1)		
Olanığı olsa farklı bir yerde yaşamak ister mi?					
Evet	157(53,8)	131(43,0)	288(48,2)	6,990	0,008
Hayır	135(46,2)	174(57,0)	309(51,8)		
Toplam	292(100,0)	305(100,0)	597(100,0)		

Tablo.4.5'te asbeste maruz kalan bireylerin asbestli toprak kullanma durumlarıyla ilgili bilgiler verilmiştir. Bireylerin 197'si (%67,5) ailede ak toprak hastalığıyla ilgili konuştuklarını, 279'u (%95,5) eskiden evinde asbest kullandıklarını ve bunların hepsinin de (279 (%100,0)) badana amaçlı kullandıkları, 196'sının (%70,3) da 20-29 yıldır kullanmadıkları belirlenmiştir. Bireylerin 262'si (%89,7)

komşularının da eskiden asbest kullandıklarını belirtmişlerdir. Asbest satma durumuna baktığımızda ise bireylerin 105'inin (%36,0) hiç satmadıkları, 185'inin (%63,4) de eskiden sattıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin asbestle ilgili konuşma ve asbestli toprak kullanma ve satma durumları

	Y.şeyhler
Özellikler	Sayı (%)
Asbest hastalığı ile ilgili ailede konuşma	
Evet	197(67,5)
Hayır	95(32,5)
Evinde asbestli toprak kullanma durumu	
Evet	0(0,0)
Hayır	13(4,5)
Eskiden kullanıyordu	279(95,5)
Toplam	292(%100,0)
Kullanmışsa hangi amaçla	
Badana	279(%100,0)
Diğer	0(0,0)
Eskiden kullanmış ise kaç yıldır kullanmıyor?	
0-4 yıl	1(0,4)
5-9 yıl	6(2,1)
10-19 yıl	46(16,5)
20-29 yıl	196(70,3)
30-39 yıl	27(9,7)
40 yıl ve üzeri	3(1,1)
Toplam	279(100,0)
Komşuların asbestli toprak kullanma durumu	
Evet	2(0,7)
Hayır	26(8,9)
Eskiden kullanıyordu	262(89,7)
Bilmiyor	2(0,7)
Asbestli toprak satma durumu	
Evet	2(0,7)
Hayır	105(36,0)
Eskiden	185(63,4)
Toplam	292(100,0)

Araştırmaya alınan asbeste maruz kalan bireylerin kendisinde ve ailesinde asbeste bağlı hastalıkların bulunma durumu ile ilgili bilgiler Tablo.4.6'da belirtilmiştir. Bireylerin 55'i (%18,8) kendisinde ak toprak hastalığı olduğunu, 112'sinin (%38,4) ailesinde veya çevresinde bu hastalığı olanların bulunduğunu, 115'inin (%39,4) bu hastalıktan öldüğünü belirtmişlerdir.

Tablo 4.6. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin kendisinde ve ailesinde/çevresinde asbeste bağlı hastalıkların olduğunu belirtenlerin dağılımı

Y.şeyhler	
Özellikler	Sayı (%)
Kendisinde asbeste bağlı hastalık olduğunu belirtenler	
Evet	55(18,8)
Hayır	237(81,2)
Ailesinde/çevresinde bu hastalığı olanlar	
Var	112(38,4)
Yok	180(61,6)
Bu hastalıktan ölenler	
Evet	115(39,4)
Hayır	177(60,6)
Toplam	292(100,0)

Tablo.4.7’de asbeste maruz kalan bireylerin asbestle ilgili yakınmaları verilmiştir. Bireylerin 99’unun (%33,9) öksürük, 120’sinin (%41,1) nefes darlığı, 92’sinin (%31,5) göğüs ağrısı olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.7. Asbeste maruz kalan bireylerin asbestle ilgili yakınmaları

Y.şeyhler (n=292) ¹	
Özellikler	Sayı (%)
Yakınmaları	
Öksürük	99(33,9)
Nefes darlığı	120(41,1)
Balgam	75(25,7)
Göğüs ağrısı	92(31,5)
Omuz ağrısı	149(51,0)

¹Kişiler birden fazla yanıt verdiği için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.8’de asbeste maruz kalan ve kalmayan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, aile tipi ve sosyoekonomik durum’a göre durumluk kaygı puanları arasında farkın olup olmadığı görülmektedir. Asbeste maruz kalan bireylerin toplam durumluk kaygı puanları, asbeste maruz kalmayanlara göre daha yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (GA(%95)=3,92-6,76). Yaşa göre, bireylerin durumluk kaygı ortalamaları arasında 35-44 yaş arası bireylerde anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,038$, GA(%95)=0,16-5,84) diğer yaş gruplarında önemli fark olduğu görülmüştür. Cinsiyetin iki grup arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (GA(%95)=2,80-6,19, GA(%95)= 4.16-8.82). Her iki grupta da kadınların durumluk kaygı düzeyleri erkeklerin durumluk kaygı düzeyinden daha yüksek bir değerde olduğu görülmüştür.

Eğitim durumlarına baktığımızda, her iki grupta da eğitim düzeylerinin düşük olması bireylerdeki durumluk kaygı düzeyini anlamlı derecede arttırdığı belirlenmiştir (GA(%95)=3.79-7.35, GA(%95)=3.18-12.01, GA(%95)=2.21-7.49). Bireylerin medeni durumlarıyla hem asbeste maruz kalan, hem de asbeste maruz kalmayan bireyler arasında durumluk kaygı düzeyleri açısından fark olduğu gözlenmiştir (GA(%95)=3.82-6.90, GA(%95)=1.83-8.78). Aile tipi açısından her iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeye baktığımızda, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenler arasında önemli bir fark olmadığı (GA(%95)=0,63-8,81), orta ve kötü olarak belirtenler arasında önemli fark olduğu gözlenmiştir (GA(%95)=3.25-7.05, GA(%95)=5.67-10.90). Asbeste maruz kalanların sosyoekonomik açıdan, asbeste maruz kalmayanlara göre durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

Durumluk kaygı düzeyi	N	Y.şeyhler Ort±SD	N	Çarıklı Ort±SD	t	p	GA(%95)	
Yaş	35-44	70	42.8±9.9	102	39.8±8.7	2.091	0.038	0.16-5.84
	45-54	73	43.9±9.4	61	37.8±8.3	3.974	0.000	3.08-9.19
	55-64	58	42.4±9.4	57	37.9±7.7	2.828	0.006	1.36-7.74
	65-74	54	43.3±10.1	55	34.9±5.1	5.522	0.000	5.41-11.51
	75 ve ↑	37	43.5± 9.5	30	36.8±6.9	3.196	0.002	2.49-10.81
Cinsiyet	Kadın	163	44.1±8.3	173	39.6±7.5	5.219	0.000	2.80-6.19
	Erkek	129	42.0±11.0	132	35.5±7.8	5.485	0,000	4.16-8.82
Eğitim	OYD	145	44.4± 8.4	179	38.8±7.8	6.166	0.000	3.79-7.35
	OY	32	43.6±10.8	43	36.0±6.9	3.461	0.001	3.18-12.01
	İlk O ve↑	115	41.6±10.4	83	36.7±8.3	3,629	0.001	2.21-7.49
Medeni durum	Evli	268	43.2±9.8	261	37.8±8.1	6.860	0,000	3.82-6.90
	Bekar	24	43.4±8.1	44	38.1±6.1	3.050	0.003	1.83-8.78
Aile tipi	Çekirdek	193	43.4±9.9	212	38.0±8.0	6.017	0.000	3.63-7.17
	Geniş	99	42.8±9.2	93	37.5±7.6	4.311	0.000	2.86-7.68
Sosyoekonomik durum	İyi	54	40.8±9.2	23	36.1±5.4	2.303	0.024	0.63-8.81
	Orta	180	42.7±9.7	166	37.6±8.2	5.331	0.000	3.25-7.05
	kötü	58	46.9±9.1	116	38.6±7.8	6.256	0.000	5.67-10.90
Toplam		292	43,2±9,6	305	37,9±7,9	7,397	0,000	3,92-6,76

Tablo.4.9’da asbeste maruz kalan ve kalmayan bireylerin toplam sürekli kaygı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$, $GA(\%95)=2,82-5,68$). Yaşa göre sürekli kaygı puanları arasında 35-44 yaş arası bireylerde anlamlı bir farkın olmadığı ($t=-0,368$, $p=0,713$, $GA(\%95)=-3,15-2,16$) diğer yaş gruplarında önemli fark olduğu görülmüştür. Cinsiyetin iki grup arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p=0,000$, $p=0,000$, $GA(\%95)=1,43-4,87$, $GA(\%95)=3.65-7.93$). Her iki grupta da kadınların sürekli kaygı düzeyleri erkeklerin sürekli kaygı düzeyinden daha yüksek bir değerde olduğu görülmüştür.

Eğitim durumlarına baktığımızda, okur yazar olmakla sürekli kaygı arasında önemli bir fark olmadığı ($p=0,081$, $GA(\%95)=-0,46-7,80$), okur yazar olmamak ve ilkokul ve üzeri olanlarda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($GA(\%95)=2.78-6.32$, $GA(\%95)=2.42-7.86$). Bireylerin medeni durumlarıyla hem asbeste maruz kalan, hem de asbeste maruz kalmayan bireyler arasında sürekli kaygı düzeyleri açısından fark olduğu gözlenmiştir ($GA(\%95)=2.50-5.57$, $GA(\%95)=1.47-9.74$). Aile tipi açısından her iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($GA(\%95)=2.18-5.66$, $GA(\%95)=2.39-7.46$). Sosyoekonomik düzeye baktığımızda,

ekonomik durum açısından aralarında önemli fark olduğu gözlenmiştir. (GA(%95)=1.52-10.26, GA(%95)=2.03-5.82, GA(%95)=3.23-8.71). Asbeste maruz kalanlarda sosyoekonomik duruma göre sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9. Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

Sürekli kaygı düzeyi		N	Y.şeyhler Ort±SD	N	Çarıklı Ort±SD	t	p	GA(%95)
Yaş	35-44	70	46.5±9.3	102	47.0±8.2	-0.368	0.713	-3.15-2.16
	45-54	73	48.3±9.6	61	44.2±8.2	2.700	0.008	1.11-7.21
	55-64	58	48.4±8.3	57	44.3±8.5	2.664	0.009	1.07-7.29
	65-74	54	48.1±8.1	55	37.1±7.8	7.292	0.000	8.07-14.10
	75 ve↑	37	46.5±9.1	30	39.5±7.0	3.452	0.001	2.94-11.02
Cinsiyet	Kadın	163	49.8±7.8	173	46.6±8.2	3.615	0,000	1.43-4.87
	Erkek	129	45.0±9.6	132	39.2±7.9	5.322	0,000	3.65-7.93
Eğitim	OYD	145	49.7±7.8	179	45.1±8.2	5.067	0.000	2.78-6.32
	OY	32	45.3±7.6	43	41.7±9.7	1.768	0.081	-0.46-7.80
	İlk O ve↑	115	45.8±10.1	83	40.6±8.8	3.729	0.000	2.42-7.86
Medeni durum	Evli	268	47.6±9.1	261	43.6±8.9	5.162	0.000	2.50-5.57
	Bekar	24	47.8±7.9	44	42.2±8.3	2.710	0.009	1.47-9.74
Aile tipi	Çekirdek	193	47.5±8.9	212	43.5±8.9	4.432	0.000	2.18-5.66
	Geniş	99	48.1±8.9	93	43.1±8.9	3.836	0.000	2.39-7.46
Sosyo-ekonomik durum	İyi	54	47.1±9.01	23	41.2± 8.3	2.686	0.009	1.52-10.26
	Orta	180	47.0±8.9	166	43.0±9.1	4.077	0.000	2.03-5.82
	kötü	58	50.4±8.8	116	44.4±8.6	4.299	0.000	3.23-8.71
Toplam		292	47,7±8,9	305	43,4±8,8	5,842	0,000	2,82-5,68

Tablo.4.10'da yer alan analize göre,her iki grup arasındaki toplam umutsuzluk puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000, GA(%95)=1,26-2,74). Yaş grupları açısından baktığımızda iki gruptaki 35-44 ve 45-54 yaş grubunun onların umutsuzluk düzeyini etkilemediği (GA(%95)=-0,75-1,93, GA(%95)=0,53-3,56), diğer yaş gruplarının umutsuzluk düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. 55-64 yaş grubunda asbeste maruz kalanlarda umutsuzluk puan ortalamasının yüksek düzeyde, (x=7,4), asbeste maruz kalmayanlarda ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür (x=5,6).

Cinsiyetin her iki grupta da umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (GA(%95)0,071-2.03, GA(%95)=2.16-4.33). Asbeste maruz kalanlarda cinsiyet açısından umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Gruplar arasında, okur yazar olmayanlarla, okur yazar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiş, ilkökul ve üzeri eğitim alanlar arasında

fark görülmüştür. ($t=4,388$, $p=0,000$, $GA(\%95)=1,44-3,81$). Asbeste maruz kalan evli bireylerde asbeste maruz kalmayan bireylere göre umutsuzluk düzeyi ortalaması yüksek bulunmuştur. Asbeste maruz kalan evli bireylerde $x=7,3$ iken, asbeste maruz kalmayan bireylerde $x=5,5$ tir, medeni durum bakımından aralarında istatistiksel olarak ta anlamlı ilişki saptanmıştır. ($GA(\%95)=1.03-2.60$, $GA(\%95)=1.92-6.54$) Geniş aile tipinin umutsuzluk düzeyini etkilediği anlaşılmıştır. ($p=0,000$, $GA(\%95)=1.14-3.78$)

Asbeste maruz kalan ve asbeste maruz kalmayan bireylerin umutsuzluk düzeyi, sosyoekonomik durumu iyi ve kötü olanlar arasında anlamlı farklılık göstermediği, orta olanlar arasında anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($t=4,845$, $p=0,000$, $GA(\%95)=1,34-3,18$).

Tablo 4.10 Asbeste maruz kalan ve kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması

Umutsuzluk düzeyi		N	Y.şeyhler Ort±SD	N	Çarıklı Ort±SD	t	p	GA(%95)
Yaş	35-44	70	6.7±4.6	102	6.1±4.2	0.870	0.386	-0.75-1.93
	45-54	73	7.5±4.8	61	5.4±4.1	2.677	0.008	0.53-3.56
	55-64	58	7.4±5.4	57	5.6±3.5	2.077	0.040	0.78-3.45
	65-74	54	7.9±5.4	55	4.6±3.6	3.746	0.000	1.56-5.08
	75 ve↑	37	9.0±5.7	30	5.5±3.4	3.070	0.003	1.21-5.76
Cinsiyet	Kadın	163	7.5±4.9	173	6.5±4.2	2.111	0.036	0.071-2.03
	Erkek	129	7.6±5.5	132	4.3±3.1	5.905	0.000	2.16-4.33
Eğitim	OYD	145	7.9±5.1	179	6.1±4.1	3.458	0.001	0.78-2.84
	OY	32	7.2±5.5	43	5.2±3.8	1.733	0.089	-0.30-4.25
	İlk O ve↑	115	7.2±5.0	83	4.6±3.3	4.388	0.000	1.44-3.81
Medeni durum	Evli	268	7.3±5.1	261	5.5±4.0	4.547	0.000	1.03-2.60
	Bekar	24	9.9±5.0	44	5.7±3,2	3.727	0.001	1.92-6.54
Aile tipi	Çekirdek	193	7.4±5.0	212	5.6±4.0	3.941	0.000	0.89-2.67
	Geniş	99	7.8±5.5	93	5.3±3.6	3.696	0.000	1.14-3.78
Sosyo-ekonomik durum	İyi	54	6.8±4.1	23	3.9±3.6	2.986	0.004	0.98-4.94
	Orta	180	7.3±5.0	166	5.1±3.6	4.845	0.000	1.34-3.18
	kötü	58	8.9±6.2	116	6.6±4.1	2.612	0.011	0.56-4.14
Toplam		292	7,5±5,1	305	5,5±3,9	5,343	0,000	1,26-2,74

Asbeste maruz kalan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri Tablo.4.11’de yer almaktadır. 35-44 yaş grubundaki bireylerin durumluk kaygı ortalaması 42,8, 65-74 yaş grubundakilerin 43,3 tür. Yaşları bakımından aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($F=0,244$, $p=0,913$). Cinsiyetin asbeste maruz kalanların durumluk kaygı düzeyi üzerinde farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($t=1,800$, $p=0,073$).

Bireyler eğitim düzeyleri yönünden değerlendirildiğinde okur yazar olmayanların durumluk kaygı düzeyi ortalaması 44,4, ilkokul ve üzeri eğitimi olanların ise 41,6 bulunmasına rağmen eğitim düzeyleri arasında önemli bir ilişki gözlenmemiştir ($p=0.060$). Medeni durum bakımından da evli ve bekarlar arasında durumluk kaygı düzeyi arasında fark görülmemektedir. Aile tipi de durumluk kaygı düzeyini etkilememektedir ($p=0.577$). Sosyoekonomik durumu iyi olanların durumluk kaygı düzeyi ortalaması 40.8 iken, kötü olanların ortalaması 46.9 dur. Sosyoekonomik durumun asbeste maruz kalan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptanmıştır ($F=6.451$, $p=0,002$). Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey testi uygulanmıştır. Tukey analize göre sosyoekonomik durumu “orta” ve “kötü” olan arasında ($p=0,009$) ve “iyi” ve “kötü” olan arasında ($p=0,002$) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.11. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle durumluk kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler

Durumluk kaygı düzeyi		N	Y.şeyhler Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	70	42.8±9.9	F=0.244	0.913	40.39-45.15
	45-54	73	43.9±9.4			41.76-46.15
	55-64	58	42.4± 9.4			39.97-44.92
	65-74	54	43.3±10.1			40.58-46.08
	75 ve ↑	37	43.5±9.6			40.29-46.67
Cinsiyet	Kadın	163	44.1±8.3	t=1.800	0.073	42.84-45.41
	Erkek	129	42.0±11.0			40.10-43.95
Eğitim	OYD	145	44.4±8.5	F=2.839	0.060	43.00-45.79
	OY	32	43.6±10.9			39.69-47.55
	İlk O ve ↑	115	41.6±10.5			39.62-43.50
Medeni durum	Evli	268	43.2±9.8	t=-0.093	0.926	42.00-44.36
	Bekar	24	43.4±8.1			39.97-46.77
Aile tipi	Çekirdek	193	43.4±9.9	t=0.559	0.577	42.02-44.83
	Geniş	99	42.8±9.2			40.92-44.59
Sosyoekonomik durum	İyi	54	40.8±9.2	F=6.451	0.002	38.30-43.31
	Orta	180	42.7±9.7			41.29-44.13
	kötü	58	46.9±9.1			44.52-49.33

Tablo.4.12’de asbeste maruz kalan bireylerin, bazı değişkenlerle sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki yer almaktadır. Yaş gruplarına baktığımızda 35-44 yaş grubunda sürekli kaygı düzeyi ortalaması 46.5, 55-64 yaş grubunda 48.4, 75 ve üzeri

yaş grubunda 46.5 tir ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların sürekli kaygı puanı ortalaması ($x=49.8$), erkeklerin sürekli kaygı puanı ortalamasından yüksektir ($x=45.0$), aralarındaki fark önemli düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=4.589$, $p=0.000$). Eğitim düzeyleri yönünden okur-yazar olmayanların sürekli kaygı puanı ortalaması 49.7 iken ilkokul ve üzeri eğitim almış olarda bu puan 45.8' dir, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($F=7.582$, $p=0.001$). Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre eğitim durumu “okur-yazar olmayan” ve “okur-yazar” olan arasında ($p=0,031$) ve “okur-yazar olmayan” ile “ilkokul ve üzeri” olan arasında ($p=0,001$) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır.

Medeni durum yönünden evli veya bekar olma ile asbeste maruz kalma bakımından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t=0.077$, $p=0.939$). Çekirdek ailede yaşayanların sürekli kaygı puanları ortalaması 47.5, geniş ailede yaşayanlarda bu puan 48.1 olarak bulunmuştur ve aralarında bir ilişki gözlenmemiştir ($p=0.592$). Sosyoekonomik durumun asbeste maruz kalanların sürekli kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($F=3.366$, $p=0.036$). Ekonomik durumunu “iyi” olarak ifade edenlerin sürekli kaygı puan ortalaması 47.1 iken, ekonomik durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin sürekli kaygı puan ortalaması 50.4 olarak tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey HSD analize göre sosyoekonomik durumu “orta” ve “kötü” olan arasında ($p=0,029$) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.12. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle sürekli kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler

Sürekli kaygı düzeyi		N	Y.şeyhler Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	70	46.5±9.3	F=0.683	0.604	44.32-48.76
	45-54	73	48.3±9.6			46.08-50.57
	55-64	58	48.4±8.3			46.25-50.64
	65-74	54	48.1±8.1			45.93-50.35
	75 ve ↑	37	46.5±9.1			43.45-49.51
Cinsiyet	Kadın	163	49.8±7.8	t=4.589	0.000	48.57-50.95
	Erkek	129	45.0±9.6			43.31-46.66
Eğitim	OYD	145	49.7±7.8	F=7.582	0.001	48.38-50.94
	OY	32	45.3±7.6			42.60-48.08
	İlk O ve ↑	115	45.8±10.1			43.91-47.63
Medeni durum	Evli	268	47.6±9.1	t=-0.077	0.939	46.55-48.73
	Bekar	24	47.8±7.9			44.47-51.11
Aile tipi	Çekirdek	193	47.5±8.9	t=-0.537	0.592	46.18-48.73
	Geniş	99	48.1±8.9			46.26-49.83
Sosyoekonomik durum	İyi	54	47.1±9.0	F=3.366	0.036	44.65-49.57
	Orta	180	47.0±8.9			45.64-48.25
	kötü	58	50.4±8.8			48.05-52.67

Araştırmaya alınan asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlere göre umutsuzluk puan ortalaması Tablo.4.13'te yer almaktadır. Ortalama puanın yaş, cinsiyet , eğitim, aile tipi ve sosyoekonomik gibi değişkenlerden etkilenmediği belirlenmiştir (p=0,246, p=0,976, p=0,555, p=552, p=0,060). Medeni durumun umutsuzluk düzeyini etkilediği ve bekarlarda umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (x=9,9), aralarında önemli fark olduğu anlaşılmıştır (p=0,018).

Tablo 4.13. Asbeste maruz kalan yetişkinlerin bazı değişkenlerle umutsuzluk düzeyi ile ilişkili parametreler

Umutsuzluk düzeyi		N	Y.şeyhler Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	70	6.7±4.6	F=1.366	0.246	5.57-7.77
	45-54	73	7.5±4.8			6.37-8.61
	55-64	58	7.4±5.4			5.97-8.81
	65-74	54	7.9±5.4			6.43-9.38
	75 ve ↑	37	9.0±5.7			7.11-10.94
Cinsiyet	Kadın	163	7.5±4.9	t=-0.030	0.976	6.78-8.29
	Erkek	129	7.6±5.5			6.61-8.51
Eğitim	OYD	145	7.9±5.1	F=0.590	0.555	7.03-8.71
	OY	32	7.2±5.5			5.17-9.13
	İlk O ve ↑	115	7.2±5.0			6.31-8.17
Medeni durum	Evli	268	7.3±5.1	t=-2.378	0.018	6.72-7.95
	Bekar	24	9.9±5.0			7.79-12.04
Aile tipi	Çekirdek	193	7.4±5.0	t=-0.595	0.552	6.75-8.12
	Geniş	99	7.8±5.5			6.71-8.89
Sosyoekonomik durum	İyi	54	6.8±4.1	F=2.847	0.060	5.70-7.96
	Orta	180	7.3±5.0			6.58-8.04
	kötü	58	8.9±6.2			7.29-10.56

Tablo.4.14’te görülen sonuçlara göre, asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin yaş gruplarıyla durumluk kaygı puan ortalaması arasında farklılıkların olduğu ve gençlerde durumluk kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. 35-44 yaş grubunda durumluk kaygı puan ortalaması 39,8 iken, 65-74 yaş grubunda 34,9 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (F=3,735, p=0,006). Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre yaşı “35-44” ile “65-74” olanlar arasında (p=0,001) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır. Cinsiyet ve eğitim durumunun da durumluk kaygı puan ortalamasını etkilediğini, kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda puan ortalamasının yüksek olduğu anlaşılmıştır (p=0,000, p=0,033). Eğitim yönünden Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre tüm gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu anlaşılmıştır. Medeni durum, aile tipi ve sosyoekonomik durumun durumluk kaygı düzeyini etkilemediği anlaşılmıştır. Evli olanların puan ortalaması 37,8, çekirdek ailede yaşayanların 38,0, sosyoekonomik durumu iyi olanların 36,1 olarak bulunmuş ve aralarında fark gözlenmemiştir (p=0,814, p=0,585, p=0,280).

Tablo 4.14. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle durumluluk kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler

Durumluk kaygı düzeyi		N	Çarıklı Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	102	39.8±8.7	F=3.735	0.006	38.04-41.48
	45-54	61	37.8±8.3			35.70-39.93
	55-64	57	37.9±7.7			35.83-39.95
	65-74	55	34.9±5.1			33.50-36.24
	75 ve ↑	30	36.8±6.9			34.26-39.39
Cinsiyet	Kadın	173	39.6±7.5	t=4.660	0.000	38.50-40.75
	Erkek	132	35.5±7.8			34.19-36.86
Eğitim	OYD	179	38.8±7.8	F=3.464	0.033	37.68-39.97
	OY	43	36.0±6.9			33.89-38.15
	İlk O ve ↑	83	36.7±8.3			34.89-38.52
Medeni durum	Evli	261	37.8±8.1	t=0.236	0.814	36.83-38.81
	Bekar	44	38.1±6.1			36.21-39.93
Aile tipi	Çekirdek	212	38.0±8.0	t=0.546	0.585	36.93-39.10
	Geniş	93	37.5±7.6			35.92-39.05
Sosyoekonomik durum	İyi	23	36.1±5.4	F=1.279	0.280	33.76-38.40
	Orta	166	37.6±8.2			36.29-38.81
	kötü	116	38.6±7.8			37.21-40.06

Tablo.4.15'te asbeste maruz kalmayanların sürekli kaygı puanları verilmiştir. Yaşın sürekli kaygı puanını etkilediği belirlenmiştir. 35-44 yaş grubundaki yetişkinlerin puan ortalaması 47,0 iken, 65-74 yaş grubunun 37,1 olduğu gözlenmiş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır (F=15,633, p=0,000). Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre yaşı "35-44" ile "65-74", (p=0,000), "35-44" ile "75 ve üzeri" (p=0,000), "45-54" ile "65-74" (p=0,000), "55-64" ile "65-74" (p=0,000) olanlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır. Kadınların sürekli kaygı puan ortalamasının (x=46,6), erkeklerin puan ortalamasından(x=39,2) yüksek olduğu ve eğitim düzeyi düşük olanların da eğitim düzeyi yüksek olanlardan daha yüksek kaygı puanına sahip olduğu, aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,000, p=0,000). Eğitim yönünden farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre eğitim durumu "okur-yazar olmayan" ve "okur-yazar" olan arasında (p=0,050) ve "okur-yazar olmayan" ile "ilkokul ve üzeri" olan arasında (p=0,000) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır. Medeni durum, aile tipi ve sosyoekonomik durumunun sürekli kaygı puanını etkilemediği belirlenmiştir (p=0,323, p=0,710, p=0,207)

Tablo 4.15. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle sürekli kaygı düzeyi ile ilişkili parametreler

Sürekli kaygı düzeyi		N	Çarıklı Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	102	47.0±8.2	F=15.63 3	0.000	45.42-48.65
	45-54	61	44.2±8.2			42.05-46.26
	55-64	57	44.3±8.5			42.00-46.52
	65-74	55	37.1±7.8			34.95-39.15
	75 ve ↑	30	39.5±7.0			36.87-42.12
Cinsiyet	Kadın	173	46.6±8.2	t=7.985	0.000	45.39-47.85
	Erkek	132	39.2±7.9			37.83-40.54
Eğitim	OYD	179	45.1±8.2	F=8.648	0.000	43.89-46.32
	OY	43	41.7±9.7			38.67-44.67
	İlk O ve ↑	83	40.6±8.8			38.69-42.55
Medeni durum	Evli	261	43.6±8.9	t=0.990	0.323	42.52-44.70
	Bekar	44	42.2±8.3			44.70-42.02
Aile tipi	Çekirdek	212	43.5±8.9	t=0.372	0.710	42.33-44.73
	Geniş	93	43.1±8.9			41.29-44.94
Sosyoekonomik durum	İyi	23	41.2±8.3	F=1.586	0.207	37.62-44.80
	Orta	166	43.0±9.1			41.62-44.40
	kötü	116	44.4±8.6			42.81-45.96

Araştırmaya katılan asbeste maruz kalmayan bireylerin umutsuzluk durumları Tablo.4.16’da analiz edilmiştir. Yaş grupları ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiye baktığımızda 35-44 yaş grubunun umutsuzluk puanı 6,1, 55-64 yaş grubunun 5,6, 75 ve üzeri grubun 5,5 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır (F=1,325, p=0,260).Cinsiyetin ve eğitim durumunun umutsuzluk düzeyini etkilediği, kadınlarda (x=6,5), ve eğitim düzeyi düşük olanlarda (x=6,1) umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,000, p=0,017). Eğitim düzeyi bakımından farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre eğitim durumu “okur-yazar olmayan” ile “ilkokul ve üzeri” olan arasında (p=0,014) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır. Medeni durum ve aile tipinin umutsuzluk düzeyini etkilemediği anlaşılmıştır. Sosyoekonomik durumu kötü olan yetişkinlerin umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu (x=6,6) ve ortalama puanın sosyoekonomik durumdan önemli ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir (F=7,756, p=0,001). Farklılıkların hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc karşılaştırmalarından Tukey analize göre sosyoekonomik durumu “orta” ve

“kötü” olan arasında ($p=0,003$) ve “iyi” ile “kötü” olan arasında ($p=0,006$) anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.16. Asbeste maruz kalmayan yetişkinlerin bazı değişkenlerle umutsuzluk düzeyi ile ilişkili parametreler

Umutsuzluk Düzeyi		N	Çarıklı Ort±SD		p	GA(%95)
Yaş	35-44	102	6.1±4.2	F=1.325	0.260	5.24-6.91
	45-54	61	5.4±4.1			4.40-6.48
	55-64	57	5.6±3.5			4.69-6.56
	65-74	55	4.6±3.7			3.58-5.57
	75 ve ↑	30	5.5±3.5			4.23-6.83
Cinsiyet	Kadın	173	6.5±4.2	t=5.197	0.000	5.85-7.12
	Erkek	132	4.3±3.1			3.78-4.84
Eğitim	OYD	179	6.1±4.1	F=4.157	0.017	5.45-6.66
	OY	43	5.2±3.9			3.99-6.38
	İlk O ve ↑	83	4.6±3.4			3.87-5.35
Medeni durum	Evli	261	5.5±4.0	t=0.251	0.802	5.03-6.01
	Bekar	44	5.7±3.2			4.71-6.66
Aile tipi	Çekirdek	212	5.6±4.0	t=0.622	0.535	5.09-6.18
	Geniş	93	5.3±3.6			4.58-6.08
Sosyoekonomik durum	İyi	23	3.9±3.6	F=7.756	0.001	2.30-5.43
	Orta	166	5.1±3.7			4.49-5.61
	kötü	116	6.6±4.1			5.82-7.33

5. TARTIŞMA

Daha önce yapılan asbestle ilgili yayınlarda, daha çok asbestin neden olduğu sağlık sorunları ve hastalıklar, asbestin yoğun olduğu bölgeler gibi durumlar belirlenmiştir (8,115). Biz ise onlardan farklı olarak asbestin yoğun olduğu bölgelerde yaşayan insanlarda asbeste maruz kalmanın onlarda kaygı ve umutsuzluk oluşturup oluşturmadığını ortaya koyarak konunun ruhsal ve toplumsal yönüyle ilgili farklı bir boyut elde etmeye çalıştık. Çünkü bu konuda daha önce benzer bir çalışma yapılmamıştır.

Çalışmamızda, Araştırmaya alınan gruplar yaş ve cinsiyet dağılımı açısından benzerdir. Her iki grupta da eğitim düzeyinin düşük olması aynı zamanda sosyoekonomik durumlarının düşüklüğünü de göstermektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yapılan başka çalışmalarda da okur yazar olmama yüksek bulunmuştur (116). Asbeste maruz kalan bölgede çiftçilikle uğraşanların oranı (%89,4), asbeste maruz kalmayan bölgede yaşayanlardan yüksektir (%14,1). Asbeste maruziyetin olduğu bölge daha kırsal bir alan olduğu için çiftçilikle uğraşmaları beklenen bir bulgudur. Asbest maruziyetinin olmadığı bölgede oturanlarda işsizlik oranı daha yaygındır. Bu da o bölgede tarımla yeterince uğraşmadığı için insanların çoğu kendilerini işsiz olarak değerlendiriyor olabilecekleri düşünülmüştür. Her iki grupta da sosyal güvence açısından fark görülmüştür.

Her iki grupta da kendisinde tanısı konulan hastalıklar açısından bir fark görülmemiştir. Asbeste maruz kalan bireylerde akciğer filmi çektirme, asbeste maruz kalmayanlara göre daha fazladır. Bunun nedeninin o bölgede yıllardır yapılan asbestle ilgili araştırmalar ve sağlık taramalarından kaynaklanıyor olduğu düşünülmüştür. Asbestin benign ve malign hastalık yapabilmesi için solunduktan 20-40 yıllık bir sürenin geçmesi gerekmektedir (117). Çalışmamızda asbeste maruz kalan grupların bu bölgede daha uzun süre yaşadıkları anlaşılmıştır. %89,4'ü 40 yıldan fazla süredir bu bölgede oturmaktadırlar. Uzun süre bu bölgede ikamet ediyor olmak asbeste daha fazla maruz kalınmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda gruplarda değişik hastalıkların varlığı sorgulanmıştır. Asbeste maruz kalmayan grupta asbeste bağlı hastalıklar dışında diğer kronik hastalıkların daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır. Bunun nedeni asbeste maruz kalmayan grubun

yaşadığı bölgenin şehir merkezine yakın olması ve ulaşımın kolay olması nedeniyle sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları ve daha fazla kişinin hastalıkların tanısının konulmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca sağlığın kötü olmasının nedeni burada yaşayanların çoğunun göç eden sorunlu grup olmasından, öğrenim durumlarının ve ekonomik durumlarının daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye dünyada en fazla tütün ürünü tüketilen ülkeler arasında ilk 10 ülke arasındadır. Aile araştırma kurumu ve Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada 18 ve üzeri yaşlarda her gün sigara kullananların sıklığı %33,4 olarak saptanmıştır. Sigara kullanımı erkeklerde (%50,6) kadınlara (%16,6) göre daha fazla bulunmuştur.(118). Ayrıca küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporunda da Türkiye’de 15 yaşından büyük yetişkinlerin yaklaşık olarak üçte biri (%31,2) halen tütün kullanmaktadır. Erkekler (%47,9) kadınlardan (%15,2) daha fazla sigara kullanmaktadır (119).

Çalışmamızda asbeste maruz kalmayan bireylerin daha fazla sigara içtiği anlaşılmıştır. Akciğer kanseri meydana gelmesi bakımından sigara ile asbest maruziyeti arasında sinerjik bir etki vardır. İkisinin birlikteliğinde akciğer kanseri riski artmaktadır. Asbest maruziyeti yanında sigara içmekte olan bireylerde, yaşa göre düzeltilmiş akciğer kanseri insidansı, sadece asbeste maruz kalıp sigara içmeyenlere göre 6-10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (51,52). Asbeste maruz kalan bireylerde sigara içiminin daha az olması, bu bölgede asbeste bağlı akciğer hastalıkları ve ölümleri nedeniyle kişilerin bu konuda daha bilinçli olmalarıyla açıklanabilir. Gürbüz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada asbest temasıyla sigara kullanımının birlikte olması akciğer kanserlerinden; Epidermoid kanser, adenokanser, küçük hücreli kanser türlerini artırdığı gözlenmiştir (120).

Asbeste maruz kalan yetişkinlerin yarısından fazlası kerpiç-toprak evlerde oturmaktadır. Bu da evlerinde badana amaçlı kolayca elde ettikleri asbestli toprak kullanmalarına neden olmuştur. Başka çalışmalar da bunu desteklemektedir (121). Bölgemizde Şenyiğit ve arkadaşlarının halen asbestli toprak kullanımının yaygın olduğu Ergani ilçesinin bazı yerleşim yerlerinde asbest bilgisi konusunda yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %80’i asbestin sağlığa zararlı olmadığını (121), Tanrıku ve arkadaşlarının bizim çalışma yaptığımız yerleşim bölgesinde

yapmış oldukları bir çalışmada da kişilerin %80'i asbestin sağlığa zararlı olduğunu belirtmişlerdir.(122). Bizim çalışmamızda da katılanların %94'ü asbestin sağlığa zararlı olduğunu söylemişlerdir. Bu durum bize asbestin kullanımının engellenmesi için bu maddenin zararları konusunda eğitimin önemini göstermektedir. Asbest konusunda toplumun bilinç düzeyinin artırılmasının, bu maddeyi kullanımını ve dolayısı ile neden olduğu hastalıkların önlenmesindeki katkısı bilinmektedir (123). Bir çok alanda olduğu gibi eğitimin bu maddeyle mücadelede çok önemli olduğu düşünülmüştür.

Ayrıca bu beldede sadece evde kullanım değil aynı zamanda bu maddeyi kaynaktan çıkarma ve pazarda satma gibi maruziyetin boyutlarını arttıran çeşitli faktörler de saptanmıştır.

Asbestin neden olduğu hastalıkları bilme bakımından asbeste maruz kalan bireylerin büyük çoğunluğu (%92,5) bu hastalıkları bildiklerini, asbeste maruz kalmayanların ise %5,2'si bildiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışmamızdan beklenen bir bulgudur. Çünkü asbest kullanmamış ve asbestin yoğun olarak bulunduğu bir bölgede oturmamış olan bireylerin bu hastalıkları bilmemeleri doğal karşılanmalıdır.

Asbeste maruz kalan bireylerde bu bölgede yaşadıklarından dolayı kanser olma korkusu yaşayanların oranı, asbeste maruz kalmayan bireylere göre oldukça fazladır ve bu kişilerin yarısından fazlası olanağı olsa farklı bir yerde yaşamayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Asbeste maruz kalan bireylerin bu hastalığa yakalanmaları ve bölgelerinde bu hastalıklardan ölenlerin sayısının fazla olması göz önüne alındığında bu fark akla yatkın görünmektedir. Duydukları bu endişe ve kanser olma korkusundan dolayı gitmek istedikleri söylenebilir. Turgut ve arkadaşlarının meme şikayeti olan kadınlarda yapmış oldukları çalışmada kanser olmaktan korkma yüksek bulunmuştur (124).

Asbest doğada yaygın olarak bulunan bir mineraldir. Bazı bölgelerde toprak üstünde diğer minerallerle karışım halinde bulunur. Bazı yerlerde "aktoprak", bazı yerlerde "çorak" olarak adlandırılan bu toprağı, kırsal alanda yaşayan köylüler, bir sosyo-kültürel özellik olarak, söz konusu toprağı ısı ve su yalıtımı amacıyla evlerin çatısında örtü, duvarlarında sıva-badana amacıyla uzun yıllar kullanmışlardır (11,12,13,14,15). Çalışmamızda Asbeste maruz kalan bireylerin %95,5'inin asbestli

toprağı eskiden kullandıkları ve badana amaçlı kullandıkları ve %81,1'inin 20 yıldan fazla bir süredir kullanmadıkları anlaşılmıştır. Komşularında büyük çoğunluğunun eskiden kullandıkları anlaşılmıştır. Asbest kullanmayla paralel olarak çoğunun eskiden asbest sattıkları görülmüştür. Asbeste maruz kalan bireylerin büyük çoğunluğu asbeste bağlı hastalıklarla ilgili aile içinde konuşmaktadırlar. Aynı bölgede yapılan başka bir çalışmada asbestin daha çok tandır amaçlı kullanıldığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda kişiler tandırdan hiç söz etmemişler , gözlemlerimizle de tandıra rastlanmamıştır (122).

Asbeste maruz kalanların %18,8'i kendilerinde asbeste bağlı hastalık teşhisi konulduğunu belirtmişlerdir. Daha önce kişilere açık uçlu olarak sorduğumuz "Bilinen/tanısı konulan bir hastalığınız var mı?" sorusuna 34 (%11,6) kişi asbeste bağlı hastalığı olduğunu belirtmiştir. Anketin sonlarına doğru direk olarak "Sizde ak toprak hastalığı var mı?" sorusuna 55 (%18,8) kişi "evet" cevabı vermiştir. Bu da kişilerin hafıza faktörü nedeniyle açık uçlu sorulduğunda o anda hatırlayamayabileceği düşüncesini doğrumuştur. %38,4'ünün de ailesinde/çevresinde bu hastalığın olduğu, %39,4'ü ailesinde/çevresinde bu hastalıktan ölenlerin olduğunu belirtmişlerdir. Tanırıkulu ve arkadaşlarının aynı yerleşim yerinde yapmış oldukları çalışmada kişilerin %33'ünde asbestten etkilenme saptanmıştır (122). Yazıcıoğlu ve arkadaşları, plevral tümörlerin asbestle temasın tesbit edildiği bölgelerde, mevcut temasın saptanmadığı bölgelere göre 22 kat daha fazla olduğunu ve bronşiyal kanserlerin asbest teması tesbit edilen bölgelerde, tesbit edilmeyen bölgelere göre 1,5 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir (115). Yine bölgemizde Şenyiğit ve arkadaşları, 1990-1999 yılları arasında MPM insidansını 42,9/1.000.000 olarak hesaplamışlardır (8). Kapadokya bölgesinde yapılan bir çalışmada asbest maruziyeti olan erkeklerde MPM insidansı 114.8/100.000 ve kadınlarda 159.8/100.000 olarak saptanmıştır (125).

Asbest maruziyetine bağlı hastalıklarda en sık rastlanan yakınmalar (MPM, PP vs.) öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısıdır (50). Çalışmamızda asbeste maruz kalan bireyler asbeste bağlı hastalık belirtileri yönünden kendilerinde öksürük, nefes darlığı, balgam, göğüs ağrısı ve omuz ağrısı gibi belirtiler olduğunu belirtmişlerdir. Tanırıkulu ve arkadaşlarının çalışmasında da etkilenen grupta öksürük, balgam, nefes darlığının anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir (122).

Kaygı ve umutsuzluk ile ilgili çalışmalar, kaygı ve umutsuzluk düzeyinin bir çok değişkenden etkilendiğini göstermektedir (126). Çalışmamızda araştırmaya katılan asbeste maruz kalan bireylerin ortalama durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin asbeste maruz kalmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Amerika'da asbeste maruz kalmış ve yardım almak için kliniğe başvurmuş kişilerin psikososyal sağlık durumlarını araştıran bir çalışmada bireylerin %34,5'inde psikososyal bozukluk olduğu ortaya konmuştur (127).

Yaş faktörü, diğer bir çok fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkta etkili olduğu gibi kaygı ve umutsuzluk durumunu da etkileyebilir. Bizim çalışmamızda da asbeste maruz kalan bireylerde yaş grupları açısından durumluk kaygı düzeyleri, sürekli kaygı düzeyleri ve umutsuzluk düzeyleri asbeste maruz kalmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyetin pek çok ruhsal durumla ilgili konuda olduğu gibi kaygı ve umutsuzluk durumunda da etkili olabileceği düşünülmüştür. Araştırmaya alınan yetişkin bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, asbeste maruz kalan bireylerin başta kadınlar olmak üzere her iki cinsiyette de durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bunun nedeni kadınların stres etmenlerine daha duyarlı olması ve gelecek kaygısının daha fazla olması olabilir. Araştırma kapsamına alınan asbeste maruz kalan bireylerin eğitim düzeylerine göre durumluk kaygı düzeyi daha yüksek, sürekli kaygı düzeyi okur-yazar olanlar arasında farklı olmayıp, okur-yazar olmayan ve ilkokul ve üzeri olanlarda daha yüksek bulunmuş ve umutsuzluk düzeylerinin ise sadece ilkokul ve üzeri eğitimi olanlarda asbeste maruz kalmayan bireylere göre daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Bireylerle ilgili bir başka değişken olan sosyoekonomik durumun kaygı ve umutsuzluk düzeyine etkisi de irdelenmiştir. Asbeste maruz kalan bireylerde sosyoekonomik durumu kötü olanlarda durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin asbeste maruz kalmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ekonomik güçlük, bireylerce sık yaşanan bir stres faktörüdür. Bu bağlamda, araştırmamızda her iki grupta da ekonomik durumun kötü olduğunu belirtenlerin kaygı puanlarının yüksek bulunması şaşırtıcı değildir.

Asbeste maruz kalan bireylerde durumluk-sürekli kaygı düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim gibi değişkenler bakımından yüksek olması beklenen bir bulgudur. Çünkü bu bölgede yaşayan insanların bir çoğu bu hastalığa yakalanmakta ve çevrelerinde yakınları/komşularından bu hastalıktan dolayı hayatını kaybedenler olmuştur ve olmaktadır. Barak ve arkadaşlarının asbeste maruz kalan elektrik atölyesinde çalışan işçilerde yapmış oldukları bir çalışmada, işçilerin %50'sinde Post Travmatik Stres Bozukluğu ortaya çıktığı belirtilmiştir (128). Yine başka bir çalışma da asbeste maruz kalan 48 vakanın 9'unda (%19) Post Travmatik Stres Bozukluğu olduğundan bahsetmiştir (129). Ayrıca İrlanda'da 1985-1989 yılları arasında operatif olarak çalışan bir işçi asbeste maruz kalmasından dolayı hasta olacağı korkusu yaşadığını belirterek çalıştığı kurumu dava etmiş ve mahkeme sanıkları suçlu bulmuştur (130). Lebovits ve arkadaşlarının bir grup işçi üzerinde karşılaştırmalı olarak yapmış oldukları bir çalışmada asbeste maruz kalan işçilerin maruz kalmayanlara göre stres düzeyleri yüksek bulunmuştur (131).

Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde bazı değişkenlere göre değerlendirildiğinde durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ve umutsuzluk düzeyi puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği gözlenmiştir. Erkeklerle göre kadınlar daha fazla kaygılı bulunmuş fakat durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Umutsuzluk düzeyi açısından da cinsiyetler arası fark belirlenmemiştir. Weinert ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş ve cinsiyetin depresyon ve stres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Genç yaşta olanların ve kadınların depresyon ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu hesaplanmıştır (127). Hermanns ve arkadaşları, kadın olmanın anksiyete ve depresyon için risk etkeni olduğunu bildirmişlerdir (132). Asbeste maruz kalan bireylerin eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla kaygılı ve umutsuz olduğunun belirlenmesine karşın sadece sürekli kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yetişkin'in yapmış olduğu çalışmada eğitimle kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmazken (133), Bahar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada eğitim ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (134). Bekarların evlilere göre daha fazla kaygılı ve umutsuz oldukları belirlenmiş fakat durumluk ve sürekli kaygı puanları bakımından aralarında anlamlı ilişki ($p=0,926$, $p=0,939$)

bulunmamıştır. Bazı epidemiyolojik çalışmalar, bekar veya dullarda sosyal kaygı bozukluğunun daha fazla olduğunu bildirmiştir (135,136).

Aile tipinin asbeste maruz kalanlarda durumluk kaygı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkilemediği görülmüştür. Ailelerin ekonomik gelir düzeyinin iyi olması temel gereksinimlere yönelik ihtiyaçların karşılanmasını kolaylaştırmakta ve kaygıyı azaltmaktadır. Asbeste maruz kalan bireylerin ekonomik durumu arttıkça sürekli kaygı düzeyi, durumluk kaygı düzeyi ve umutsuzluk düzeylerinin azaldığı anlaşılmıştır. Ancak umutsuzluk düzeyi açısından aralarında fark saptanmamıştır. Başka çalışmalarda da ekonomik durum yükseldikçe kaygı ve umutsuzluk durumunun düştüğü belirtilmiştir (137,138).

Asbeste maruz kalmayan bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanlarının yaşa göre farklılık gösterdiği, genç yaşta olan grupların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu, umutsuzluk puanlarının ise yaşa göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır. Kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve umutsuzluk düzeyleri erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu hesaplanmıştır. Başka çalışmalar da bizim bulgularımızı desteklemektedir (127,139). Eğitim düzeyi arttıkça durumluk ve sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinde azalma olduğu anlaşılmıştır. Asbeste maruz kalmayan bireylerde evli veya bekar olmak, durumluk ve sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkilemediği görülmüştür. Aile tipinin de kaygı ve umutsuzluk düzeyine etki etmediği anlaşılmıştır. Sosyoekonomik durum yönünden baktığımızda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkilemediği fakat umutsuzluk düzeyini etkilediği, ekonomik durumu kötü olanların daha umutsuz oldukları anlaşılmıştır. Başka çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (137,138).

6.SONUÇ

Bu çalışmada çevresel asbestin yoğun olduğu bölgede yaşayan erişkin insanlarda asbeste maruz kalmanın onlarda kaygı ve umutsuzluk oluşturup oluşturmadığı araştırılmıştır.

Bu çalışma çevresel asbeste maruz kalmanın bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeylerini artırdığını göstermiştir.

Asbeste maruz kalan bireyler bu bölgede yaşıyor olmaktan dolayı kanser olma korkusu yaşamaktadırlar. Bu nedenle olanakları olsa başka bir yerde yaşamak istemektedirler.

Yapılan diğer araştırmaların ışığında ve kişilerin kendi ifadeleriyle asbeste maruz kalanlarda ve ailesi/çevresindeki kişilerde asbeste bağlı hastalık teşhisinin konulduğu ve ailesinde/çevresinde bu hastalıktan ölenlerin olduğu görülmüştür.

Kaygı ve umutsuzluk ile ilgili çalışmalar, kaygı ve umutsuzluk düzeyinin birçok değişkenden etkilendiğini göstermektedir. Bu çalışmada da asbeste maruz kalan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, sosyoekonomik durum gibi değişkenlerden etkilendiği ve kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Böylece asbeste maruz kalanların geleceğe yönelik olumsuz beklenti düzeylerinin yüksek olduğu ve geleceğe şüpheyile baktıkları anlaşılmaktadır.

Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde bazı değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Buna göre sadece sosyoekonomik durum durumluk kaygı düzeyini etkilemektedir, sosyoekonomik durumun düşük olması durumluk kaygı düzeyini artırmaktadır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi durumluk kaygı düzeyini etkilememektedir. Cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumun sürekli kaygıyı etkilediği ortaya çıkmıştır. Kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların ve sosyoekonomik düzeyi kötü olanların daha kaygılı olduğu görülmüştür. Umutsuzluk düzeyinin ise sadece medeni durumdan etkilendiği, bekarların daha umutsuz olduğu saptanmıştır.

Asbeste maruz kalmayanlar kendi içinde değerlendirildiğinde ise yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun durumluk/sürekli kaygı düzeyini etkilediği; cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durumun ise umutsuzluk düzeyini etkilediği, kadın olmanın, eğitimsiz olmanın ve ekonomik düzeyinin düşük olmasının kişileri gelecekleri hakkında olumsuz düşüncelere ittiği, umutsuzluk düzeyini artırdığı saptanmıştır.

7.ÖNERİLER

Erken tanı amacıyla çevresel asbestin bulunduğu yörelerde yaşamakta olan tüm bireylere yönelik her yıl düzenli ve sürekli sağlık kontrolleri yapılmalı ve sağlık kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulması sağlanmalıdır.

Bu bölgede sürekli hizmet veren sağlık personellerine ve bu bölgede yaşayanlara asbest ve sağlığa etkileriyle ilgili eğitim verilmelidir.

Bu bölgede uzun yıllar çevresel asbeste maruz kalmış tüm bireylerin sorunlarının tanımlanması, problemle baş etme becerilerinin yükseltilmesi ve kendilerini ifade etmelerinin sağlanması açısından uzun süreli psikolojik danışmanlık ve rehberlik sunulmalıdır.

Araştırmaya alınan bireylerin kadın olması, eğitimsiz olması, bekar olması ve ekonomik durumun düşük olması kaygı ve umutsuzluk seviyelerinin yükselmesinde etkili olduğundan bu gruplara yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu gruplara sağlık hizmetlerinde öncelik verilmelidir.

Bu bölgelerde yaşayan bireylerin ruhsal durumlarını ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Asbestin yoğun olarak bulunduğu yerleşim yerlerinden ayrılmak isteyenlere yardımcı olmak amacıyla yasal ve ekonomik her türlü destek verilmelidir.

Ayrıca kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen önemli faktörler kişilerin eğitimi ve sosyoekonomik durumu gibi sosyal faktörler olduğuna göre kaygı ve umutsuzluğu azaltmanın en iyi yolu bu bölgede yaşayan bireylerin eğitilmesi ve toplumsal kalkınmanın sağlanmasıdır.

8.KAYNAKLAR

- 1-Özyürek A, Demiray K. Yurtta ve ailesi yanında kalan ortaöğretim öğrencilerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Doğu Üniversitesi Dergisi,2010; 11(2), 247-256,
- 2-Öner N. LE Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul,1998, Boğaziçi üniversitesi yayınları,1-26
- 3-Ak M, Özmenler KN, Bozkurt A. Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. Kriz dergisi,1993; 14(3); 1-7
- 4-Beck AT, Ster RA, Beck JS. Hopelessness, depression. SuicideLife Threat Behav.,1993; 32:139-145
- 5-Clements M, Bery G, Shi J et al. Projected mesothelioma incidence in men in New South Wales. Occup Environ Med 2007;64:747-52
- 6-Welch LS. Asbestos exposure causes mesothelioma, but not this asbestos exposure: an amicus brief to the Michigan Supreme Court. Int Occup Environ Health 2007;13:318-327
- 7-Kim HR. Overview of Asbestos Issues in Korea. J Korean Med Sci 2009;24:363-7
- 8-Şenyiğit A, Babayiğit C, Gökırmak M, et al. Incidence of malignant pleural mesothelioma due to environmental asbestos exposure in the southeast of Turkey.Respiration 2000;67:610-14
- 9-Fraser RS, Colman N, Müler NL. Pare PD. İnorganik tozlar bağı Akciğer hastalıkları. Synopsis of Diseases of the Chest, Türkteş H.3. baskı, Güneş kitabevi, 2006 s:724,
- 10-Barış, YI. Asbestos and eronite related Chest diseases. Ankara. Turkey. Semih Ofset. Lmd Co, 1987; 62-109
- 11-Metintaş M. Asbest Temasına Bağı Plevral Patolojiler ve Mezotelyoma. Dahili Tıp Bilimleri Göğüs Hastalıkları Dergisi,2005;1(32) 481
- 12- Metintaş M, Özdemir N. Hillerdal G. et al. Enviromental asbestos exposure and malignant plevral mesotelioma. Respir Med,1999; 93:349-355
- 13-Selçuk ZT, Emri S, Şahin A, et.al. Malignant mesotelioma and erionite exposure. Eur Respir J,1999 14:480
- 14-Erk M. Akciğer Kanseri. Göğüs Hastalıkları Ders Kitabı, İstanbul, 2001 ; 2.İstanbul Üniversitesi Yayınları,753-803
- 15-Yaman M. Akciğer Kanseri. Göğüs Hastalıkları Ders Kitabı, Unat S. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2008;319-372
- 16-Şporn TA.Mineralogy of asbestos. Recent Results Cancer Res. 2011;189:1-11.
- 17http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/4627b65e6e6a4c2_ek.pdf?tipi=2&turu=H&sube=0 /28.08.2011

- 18-Lotti M,Bergamo L,and Murer B. Occupational toxicology of asbestos-related malignancies clinical Toxicology. 2010;48:485-496,
- 19- Ramazzini C. Asbestos is stil with us: Repeat call for a universal ban. American Journal of Industrial Medicine, 2011;54:168-173
- 20-Bilir N, Yıldız AN. Tozlarla meydana gelen meslek hastalıkları. İş Sağlığı ve Güvenliği.Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2004;205-229
- 21-Tezcan E. Asbest nedir. Mühendis ve makine, 48(567).
http://www.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/21fa74b50ba3f7c_ek.pdf?dergi=97/06.10.2011
- 22-Liddell FDK. Magic, Manace, Myth and Malice. Ann Occup Hyg. 1997;41:3-12
- 23-Barış İ. Sanayide Asbest, <http://iyh.istabip.org.tr/sirer/kk/8.pdf/09.09.2011>
- 24- TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı yayını, Türkiye’de mesleksel ve çevresel hastalıklar, 2009.
- 25-Ross M. Geological occurrence and health hazards of amphiboles and serpentines. In amphiboles: petrology and experimental relations vol 9B. Reviews in Mineralogy. Edited by D. Veblen, Mineralogical Society of America, 1981;279-324
- 26-Gaines R, et al. Dana’s New Mineralogy. Ohn Wiley and Sons, New York, 1997
- 27- Hartgerink JD, Beniash E, Stupp SI. Self-assebly and mineralization of peptide-amphiphile nanofibers. Science 2001;294:1684-1688
- 28-Hillerdal G. Pleural Plaques. Occurence, Exposure to Asbestos, And Clinical İmportance. Offsetcenter ab. Uppsala, 1980,
- 29-Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province. Br J Indust Med 1960;17:260-271
- 30-Virta, Robert . Worldwide Asbestos Supply and Consumption Trends from 1900 to 2000, US Geological Survey Open-File Report ,2001;03-83.
- 31-Işık R. Metintaş M. Gibbs AR. et al. p53, p21 and metallothionein immunoreactivities in patient with malignant plevral mesothelioma: correlations with the epidemiological features and prognosis of mesotheliomas with enviromental asbestos exposure. Respir Med.2001; 95:588-593
- 32- Çöplü L. Asbeste bağlı plevral hastalıklar, Çavdar T, Ekim N. Plevral hastalıklar. Toraks Kitapları,İstanbul, Toraks Derneği Yayını. 2003;4: 225
- 33-Madencilik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 2001
<http://ekutup.dpt.gov.tr/madencil/metalmad/oik639.pdf/> 22.09.2011
- 34-Yazıcıoğlu S. Pleural calcification associated with exposure to chrysotile asbestos in southeast Turkey. Chest 1976;70:43-47

- 35-T.C.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ankara 2009.<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.pdf>/ 10.09.2011
- 36-Şenyiğit A, Dalkılıç A, Kavak O. Asbestin Sağlığa Etkileri. Dicle Tıp Dergisi,2004; 31(4): 48-52.
- 37-Tuğ T. Tuğ E. Asbest Maruziyeti Ve Malign Mezotelyoma’da Etiyopatogenez ve Epidemiyolojik Özellikler; Tümör Supresör Gen İlişkileri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2005;25 (3)
- 38-Karakoca Y, Emri S, Cangir AK, Baris YI. Enviromental pleural plaques due to asbestos and fibrous zeolite exposure in Turkey. Indoor Built Environ, 1997;6:100-5.
- 39-Doğan M, Emri S. Enviromental health problems related to mineral dust in. Ankara and Eskişehir, Turkey. Yerbilimleri, 2000;22:149-61
- 40- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2007), "Elimination of Asbestos Related Diseases", *Policy Paper*.
- 41-Hillerdal G. Mesothelyoma:cases associated with non-occupational and low dose exposure. Occup Environ Med, 1999;56:505-513
- 42-Emri S, Demir A, Doğan M et al. Lung diseases due to enviromental exposures to erionite and asbestos in Turkey. Toxicol Lett 2002; 127:251-57
- 43-Sivirkoz MC, Yildirim H, Tulay MC, et al. Local Pleural Malignant Mesothelyoma. Turkiye Klinikleri JMed SCI,2007; 27:800-801
- 44-www. mesothelioma-tr.org/ 14.10.2011
- 45-Rom WN. Asbestos-Related Lung Disease. In: Fishman’s Pulmonary Diseases and Disorders. Fourth edition, Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Senior RM, and Pack AI. McGraw Hill Medical, 2008; 55: 943-959
- 46-Boutin C, Schlessler M, Frenay C, Astoul P. Malignant pleural mesothelioma. Eur Respir J 1998; 12: 972-81
- 47-Tammilehto L, Maasilta P, Kostianen S, et al. Diagnosis and prognostic factors in malignant pleural mesothelioma :a retrospective analisis of sixty-five patients. Respiration 1992; 59: 129-35.
- 48-Peto J, Hodgson JT, Matthews FE, Jones JR. Continuing increase in mesothelioma in mortality in Britain. Lancet 1995;345:535-9
- 49-McDonald JC, McDonald AD. The epidemiology of mesothelioma in historical contex. Eur Respir J, 1996;9:1932-42
- 50-Metintaş, M, Mezotelyoma,Çavdar T, Ekim N. Plevra hastalıkları, Toraks Kitapları,Toraks Derneği Yayını,İstanbul,2003;4:230-259

- 51-Kilburn KH. Asbestos and other fibers, Robert B.Wallace MD, Public health&Preventive Medicine, Appleton &Large, 1998;459-474,
- 52- Delas D.Carrier, MD MSPH&Lee S.Newman, MD,MA. Mesleksel ve Çevresel Akciğer Hastalıkları ,Uçar ES, Michael E. Hanley, Carolyn H.Welsh, LARGE, CURRENT, Göğüs Hastalıkları Güncel Tanı ve Tedavi , Güneş Kitabevi 2005; 325-331
- 53-Doğan M. Enviromental pulmonary health problems related to mineral dusts: Examples from central Anatolia, Turkey. Environmental Geology, 2002; 41:571-578
- 54-Peacock C, Copley SJ, Hansell DM. Asbestos related benign pleural disease. Clin Radiol 2000;55:422-532
- 55-World Health Organization. Elimination of Asbestos-Related Diseases. Geneva. [http://www.who.int/occupational health/publications/asbestosrelated diseases./](http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelated_diseases/)14.10.2011.
- 56-Takala, Jukka . SafeWork, International Labour Organization – ILO, "ILO's role in the global fight against asbestos", 2003 Avrupa Asbest Konferansı'nda yaptığı konuşma. www.hvbg.de/e/asbest/index.html -/11.10.2011
- 57-HESA Newsletter. *Special Report, Asbestos in the world*, 2005;27
- 58-Özvaran MK. Malign mezotelyomada gen tedavisi. Toraks Dergisi 2004;5:110-5.
- 59-<http://www.mesothelioma-tr.org/saglik/epido.php/> 16.09.2011
- 60-<http://www.mesothelioma-tr.org/sla/sla3.html/> 16.09.2011
- 61-<http://www.mesothelioma-tr.org/halk/halkicin.php/> 16.09.2011
- 62-Cloninger, C.R. Anxiety and Theories of Emotion. In: Noyes, R., Jr.; Roth, M; and Burrows, G.D. (eds.), Handbook of Anxiety: Volume 2. New York: Elsevier Science Publishers, 1998.
- 63-Işık, E. Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaası,1996; 31-45
- 64-Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. Stres-related diseases-a potential role for nitric oxide. Med Sci Monit 2002;8:103-18
- 65-Öztaş B. Halk Sağlığı Açısından Stres. 2. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, İstanbul,1990, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 66- Köknel, Ö. Zorlanan İnsan. Bilişsel Sorunlar Dizisi. İstanbul,1987, 3. Baskı, Altın Kitaplar Matbaası
- 67-Köknel, Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. İstanbul,2005, Altın Kitaplar Yayınevi, 135-136
- 68-Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı. İstanbul,1999, Remzi Kitabevi, 237
- 69-Güngör E. Özel Eğitime Muhtaç Çocukların Anne ve Babalarının Psikolojik İlişki İhtiyaçları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008

- 70-Horney, K. Çağımızın Nevrotik Kişiliği. Selçuk Budak. Öteki psikoloji dizisi, Ankara,1999;34-48
- 71-İnanç BY, Yerlikaya EE. Kişilik Kuramları,Pegem Akademi,Ankara,2009; 24
- 72-Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul,2004, Remzi Kitabevi,50-54,
- 73-Başaran, MH. Sporcularda durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008
- 74-Konter E. Sporda Stres ve Performans,İzmir,1996, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 28-41
- 75-Öner N.1994, Türkiye’de kullanılan psikolojik Testler, Boğaziçi Yayınları, İstanbul
- 76-William ZM. The Physche Centered Zone Of Peak Performance; Dept Phychology Applied to Golf, Pasifika Graduate İnstitute,2002
- 77-Erol N, Öner Ö. Anksiyeteye yeni bakışlar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Aydınlik matbaası,Ankara, 1999; 6(1):52-60
- 78-Craske MG, Sanderson WC, Barlow D., The Relationships Among Panic, Fear and Avoidance. Journal of Anxiety Disorder,1987; 1:153-160
- 79-Altuğ, D. Çocukluktan Yaşlılığa KENDİ’lik Değeri Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 2005,150-151
- 80-Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Anksiyete bozuklukları. 2006,MN Medikal & Nobel.163
- 81-Merikangas KR. Comprehensive Textbook of psychiatry. Aydın H, Bozkurt A, 8.baskı,Ankara,Güneş Kitabevi,2007
- 82-Kocabaşoğlu, N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış, İ.Ü. Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hatalıklar. Sempozyum Dizisi,2008;175-184
- 83-Sadock, BJ. Sadock, VA Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, 232, Kaplan&Sadock.
- 84-Kemer, G. Atik, K. Kırsal ve il merkezinde yaşayan lise öğrencilerinin umut düzeylerinin aileden algılanan sosyal destek düzeyine göre karşılaştırılması. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,2005; 21:162-168
- 85-
(<http://tdk.org.tr/TR/Genel/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&Kelime=umut> Erişim Tarihi: 05.09.2011)
- 86-Cheaven JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder CR. Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly,2006; 20(2):135-145

- 87-Ağır, M. Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2007
- 88-Cutcliffe JR, Herth K. The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *Br J Nurs*,2002; 11:832-840
- 89-Herth KA, John RC. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs*,2002; 11:977-983
- 90-Rideout E, Montemuro M. Hope, morale and adaptation in patient with chronic heart failure. *J. Adv.Nurs*,1986; 11:429-438
- 91-Panzarella C, Alloy LB, Whitehouse WG. Expanded hopelessness theory of depresyon: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognit Ther Res*,2006; 30:307-333
- 92-Gençöz, F. Vatan, S. Lester, D. Umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik ölçeği'nin Türk örnekleminde Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*,2006; 14: 21-29
- 93-Şahin, A. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Dergisi*,2002; 13:143-157
- 94-Üngören E. Ehtiyar R. Türk ve Alman öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Turizm eğitimi alan öğrenciler üzerinde bir araştırma. *Journal of Yaşar University*,2009; 4(14), 2093-2127
- 95-Collins S. Cutcliffe R. Adressing Hopelessness in people with suicidal ideation: Building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioral approach. *Journal of Psychiatric and Mental Healty Nursing*,2003; 10(2):175-185
- 96-Güler BK. İşsizlik ve yarattığı psiko-sosyal sorunların öğrenilmiş çaresizlik bağlamında incelenmesi. *İktisat Fakültesi Mecmuası*,2005;55,(1):373-393
- 97- Durak A. Palabıyık R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*,1994; 2(2): 311-319
- 98-Abbey JG. Hopelessness at the end of life: The utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients. *British Journal of Health Psychology*,2006; 11;173-183
- 99-Rutter PA. Behrendt AE. Adolescent suicide risk; Four psychosocial factors. *Adolescence*, 2004; 39(154): 295-302
- 100-Melges, FT. Types of hopelessness in Psychological process. *Arch Gen Psychiatry*,1969; 20:690-699
- 101-Houston DM. Surviving a failure: efficacy and a laboratory based test of the hopelessness model of depression. *European Journal of Social Psychology*, 1995;25, 545-558

- 102-Hanklin BL, Abramson LY, Siler M. A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*,2001; 25(5), 607-632
- 103-Abela JRZ, Payne AVL. A test of the intergration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in schoolchildren. *Cognitive Therapy and Research*,2003; 27(5), 519-535
- 104-Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory- based subtype of depression. *Psychological Review*,1989; 96 (2), 358-372
- 105-Gök Özer F, Taşcı Beydağ KD, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(10):123-136)
- 106-Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi* 2007;12(1): 023-027)
- 107-Lyod CE, Dyert PH, Barnett AH. Prevalanceof symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med* 2000;17:198-202.)
- 108-Ackermann RT, Rosenman MB, Downs SM. Telephonic case-finding of major depression in a medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*,2005; 27(5):338-344)
- 109-Karakaş SA. Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ,2007)
- 110-<http://okulweb.meb.gov.tr/21/03/604579/beldemiz.htm>/02.12.2011
- 111-Yazıcıoğlu, S. Asbest ve kanser. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi.1973-1993 s.3,200
- 112-<http://www.yerelnet.org.tr/belediyeler/belediye.php?belediyeid=126770>/15.12.2011
- 113-Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz dergisi*, 1993; 1(3):139-142
- 114-Ceyhan AA. Ortaöğretim alan öğretmenliği tezsiz yüksek lisans programına devam eden öğretmen adaylarının umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2004, 1:91-102
- 115-Yazıcıoğlu A. A high incidence of pleural calcification, pleural mesotheliomas and bronchial carsinomas due to asbestosis in Southern Turkey. *Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi* 1980;11:354-61
- 116-TNSA 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> /11.10.2011
- 117-Yazıcıoğlu S, İlçayto R, Balcı K ve ark. Güneydoğu Anadolu'da çevresel asbestosise bağlı endemik olarak görülen plevra kalsifikasyonu ve mezotelioma vakaları. *Cerrahpaşa Tıp Fak Derg*. 1980; 11:354-61

- 118-T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve T.C. TÜİK. Aile yapısı araştırması ,Ankara,2006.
- 119-T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu,Ankara 2010
- 120-Gürbüz B, Metintaş S, Mwtintaş M, ve ark. Çevresel asbest teması olan bronş kanserli olguların epidemiyolojik özellikleri, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(1):5-13
- 121-Şenyiğit A. Tanrıkulu AÇ. Dağlı CE. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde halen asbestli toprak kullanan ailelerin asbest konusundaki bilgileri ve asbeste bakışları. Solunum Hastalıkları 2004; 15:76-80
- 122-Tanrıkulu AÇ, Abakay A, Sezgin C, Dallı A, Çarkanat Aİ, Şenyiğit A.Çevresel asbest maruziyetinin akciğer sağlığı üzerine etkileri. Dicle Tıp Dergisi.2010;37(1):30-34
- 123-Zeren EH. Gümürdülü D. Roggli VL. Zorludemir S. Erkişi M. Tuncer I. Enviromental malignant mesothelioma in Southern Anatolia: a study of fifty cases. Environ Heath Perpect. 2000;108:1047-1050
- 124-Turgut GE. ve ark. Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı (anksiyeteyi) etkileyen faktörler. Meme Sağlığı Dergisi, 2009;5:2
- 125-Metintaş S. Metintaş M. Üçgün I. Öner U. Malignant mesothelioma due to enviromental exposure to asbestos: follow-up of a Turkish cohort living in rural area. Chest 2002;122:2224-2229
- 126-Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyode-mografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Akciğer Arşivi 2006; 7:11-15.
- 127-Weinert C. et. al. Psychosocial health status of persons seeking treatment for exposure to libby amphibole asbestos. ISRN Nursing. Volüme 2011 <http://www.isrn.com/journals/nursing/2011/735936/ref//12.11.2011>
- 128-Barak Y. Achiron A. Elizur A. Noy S. Stress associated with asbestosis: the trauma of waiting for death. Psycho-Oncology,1998; 7:126-128
- 129-Perr IN. Asbestos exposure and posttraumatic stres disorder. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1993;21(3)331-44
- 130-Irish Supreme Court,2003. Liability to “fear-of disease” victims for negligent exposure to asbestos- the position of the “worried well” under Irish law.Case Notes,2004;1(6) :111-126
- 131-Lebovits AH. Byrne M. Bernstein J. Strain JJ. Cronic occupational exposure to asbestos: more than medical effects?. JOccup Med.1988;30(1)49-54

- 132-Hermanns N, Kulzer B, Krichbaumt M, Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet Med* 2005; 22:293-300
- 133-Yetişkin, ř. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi* 2008, İstanbul
- 134-Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal Of Psychiatry* 2006; 7:18-26
- 135-Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the duke epidemiological catchment area study. *Psychol Med* 1993; 23(3):709-18,
- 136-Kesler RG, Mc Gonogle KA, Zhao S ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA:results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
- 137-Gül Akmaz M, Ceyhan N. Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli kaygı düzeyleri ve nedenleri. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*. 2009, 1;131-147,
- 138-Dereli F, Kabataş, S. Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin iş bulma endişeleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26:31-36
- 139-Pandey M, Sarita GP, Devi N, et al. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J of Surgical Oncology*,2006; 4: 68

9.EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Forumu

“ÇEVRESEL ASBESTE MARUZ KALAN ERİŞKİN BİREYLERDE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ” ARAŞTIRMA ANKET FORMU (YUKARIŞEYHLER)

Adı-Soyadı:.....

Hane no:.....

1-Yaşı:.....

2-Cinsiyeti: 1)Kadın 2)Erkek

3- Öğrenim durumu;

1)OYD 2)OY 3)İÖ 4)OO 5)lise 6)yüksekokul

4- Mesleği: 1)çiftçi 2)memur 3)vasıfsız işçi 4)vasıflı işçi 5)küçük işletme sahibi 6)işsiz 7)Diğer.....

5-Medeni durum: 1)Evlili 2)Bekar 3)Dul-Boşanmış

6-Aile tipi: 1)Çekirdek 2)Geniş 3)Parçalanmış

7-Sosyal güvencesi: 1)SGK 2)Yeşil kart 3)Yok 4)Diğer....

8-Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlıyorsunuz? 1)Orta 2)İyi 3)Çok iyi 4)Kötü

9-Bilinen/Tanısı konulan bir hastalığınız var mı? 1)Evet 2)Hayır

10-Evet ise nasıl bir hastalık kaç yıldır var.....

11-Aşağıdaki yakınmalarınız var mı?

1)Öksürük 4)Göğüs ağrısı
2)Nefes darlığı 5)Omuz ağrısı
3)Balgam 6-Diğer.....

12-Hiç akciğer filmi çektiniz mi? 1)Evet 2)Hayır

13-Kaç yıldan beri burada oturuyorsunuz?.....

14- Daha önce nerede oturuyordunuz?

15-Sürekli köyde mi oturuyorsunuz? 1)Evet 2)Hayır

16-Halen ailede yaşayan kişi sayısı?

	Adı-soyadı	Yaş	Cinsiyet	Yakınlık durumu	Öğr.durumu	Sağ. durumu
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

17-Sigara içiyor musunuz ? 1)Halen içiyor 2)Bırakmış 3)Hiç içmemiş

- 18-Kullanıyorsanız kaç yıldırGünde kaç tane.....
- 19-Bırakmışsanız ne zamanKaç yıl içtiniz..... Günde kaç tane.....
- 20-Sigarayı neden bıraktınız?.....
- 21-Oturduğunuz konut tipi nasıldır? 1)Taş ev 2)Beton 3)Kerpiç-toprak 4)Ahşap
- 22-Çermik hastalığını biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
- 23-Sizce bu hastalık nasıl bir hastalıktır?
- | | | |
|--------------------------------|--------|---------|
| 1-Tedavisi mümkündür | 1)Evet | 2)Hayır |
| 2-Bulaşıcıdır | 1)Evet | 2)Hayır |
| 3-Ağır bir hastalıktır | 1)Evet | 2)Hayır |
| 4-Ölümcüldür | 1)Evet | 2)Hayır |
| 5-Yaşam kalitesini bozar | 1)Evet | 2)Hayır |
| 6-Kronik(uzun süren) bir hast. | 1)Evet | 2)Hayır |
- 24-Bu hastalık nasıl oluşmaktadır?
- 1)Solunum yoluyla
 - 2)Dokunmayla
 - 3)Gıdalarla
 - 4)Diğer.....
- 25-Bilgiyi nereden aldınız?
- 1)Sağlık görevlilerinden
 - 2)Basından (televizyon,radyo,gazete vb)
 - 3)Komşu-Akrabadan
 - 4)Diğer.....
- 26-Sizce çermik hastalığının nedeni nedir?
- | | | |
|------------------|--------|---------|
| 1)Ak toprak | 1)Evet | 2)Hayır |
| 2)Sigara içmek | 1)Evet | 2)Hayır |
| 3)Kalıtsal | 1)Evet | 2)Hayır |
| 4)Beslenme şekli | 1)Evet | 2)Hayır |
| 5)Hava kirliliği | 1)Evet | 2)Hayır |
- 27-Hastalıktan korunmak için ne yapıyorsunuz?
- 1)Hiçbir şey yapmıyorum
 - 2>Tüm önlemleri alıyorum
 - 3)Sigara içmiyorum
 - 4)Ak toprak kullanmıyorum
 - 5)Diğer.....
- 28-Çermik hastalığı ile ilgili konuları ailede/çevrede konuşuyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
- 29-Evinizde Ak toprak kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Eskiden kullanıyordum
- 30-Evet ise hangi amaçla? 1)Badana 2)yalıtım 3) Tandır 4)Diğer.....
- 31-Eskiden kullanıyordusanız kaç yıldan beri kullanmıyorsunuz?.....
- 32-Komşularınız Ak toprak kullanıyor mu? 1)Evet 2)Hayır 3)Eskiden kuln. 4)Bilmiyorum

- 33-Ak toprağı satıyor musunuz? 1)Evet (Kaç yıldır.....) 2)Hayır
3)Eskiden(Kaç yıldır satmıyor)
- 34-Ak toprak sağılığa zararlı mıdır? 1)Evet 2)Hayır
- 35-Evet ise ne tür sağılık sorunları yaratır?
1)Akciğer hastalığı yapar
2)Kanser yapar
3)Çermik hastalığı yapar
4)Akciğer zarı hastalığı yapar
5)Diğer.....
- 36-Burada yaşıyor olmaktan endişeniz var mı? 1)Var 2)Yok
- 37-Varsa ne tür endişeleriniz var?.....
- 38-Varsa hala neden burada yaşamayı sürdürüyorsunuz?.....
- 39-Olanağıınız olsa farklı bir yerde yaşamak ister misiniz? 1)Evet 2)Hayır
- 40-Burada yaşadığınız için kanser olmaktan korkuyor musunuz? 1)Evet
2)Hayır
- 41-Sizde çermik hastalığı var mı? 1)Evet 2)Hayır
- 42-Evet ise kaç yıl önce teşhis konuldu?.....Teşhis:.....
- 43-Nerede tanı konuldu? 1)Köyde tarama sırasında 2)Üniversite hast. 3)Devlet Hast.
4)Diğer..
- 44-Hastalığa karşı tepkiniz ne oldu?
1)Korktum
2)İyimser yaklaştım
3)Çaresizlik hissettim
4)Kaderci yaklaştım
5)İnanmadım
6)Diğer.....
- 45-Hastalık hayatınızı nasıl etkiledi?
1)Sağılığıma daha çok önem vermeye başladım
2)Daha çok doktor kontrolüne gittim
3)Bu hastalıkla ilgili daha çok bilgi edinmeye çalıştım
4)Hiçbir şey yapmadım
5)Diğer.....
- 46-Tedavide neler yapıldı/yapılıyor.....
- 47-Ailenizde/ çevrenizde bu hastalığı olan var mı? 1)Var 2)Yok
- 48-Varsa kim? 1)1. derecede akraba 2)2. derecede akraba 3)Komşu
- 49-Kaç yıl önce hastalanmış?..... Teşhis:.....
- 50-Bu Hastalıktan ölen var mı? 1)Evet 2)Hayır

51-Varsa Kim? 1)1. derecede akraba 2)2. derecede akraba 3)Komşu

52-Kaç yıl önce ölmüş?.....Teşhis.....

53-Bu konuda yetkililerden beklentiniz nedir?

- 1)Sık sık gelip sağlık taraması yapsınlar
- 2)Bilgi versinler
- 3)Başka bir yerde yaşamamız için yer gösterebilirler
- 4)Maddi destek versinler
- 5)Diğer.....

Tarih:

Telefon:

ÇEVRESEL ASBESTE MARUZ KALAN ERİŞKİN BİREYLERDE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ” ARAŞTIRMA ANKET FORMU (ÇARIKLI)

Adı-Soyadı:.....

Hane no:.....

1-Yaşı:.....

2-Cinsiyeti: 1)Kadın 2)Erkek

3- Öğrenim durumu;

- 1)OYD 2)OY 3)İÖ 4)OO 5)lise 6)yüksekokul

4- Mesleği: 1)çiftçi 2)memur 3)vasıfsız işçi 4)vasıflı işçi 5)küçük işletme sahibi 6)işsiz 7)Diğer.....

5-Medeni durum: 1)Evli 2)Bekar 3)Dul-Boşanmış

6-Aile tipi: 1)Çekirdek 2)Geniş 3)Parçalanmış

7-Sosyal güvencesi: 1)SGK 2)Yeşil kart 3)Yok 4)Diğer....

8-Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlıyorsunuz? 1)Orta 2)İyi 3)Çok iyi 4)Kötü

9-Bilinen/Tanısı konulan bir hastalığınız var mı? 1)Evet 2)Hayır

10-Evet ise nasıl bir hastalık kaç yıldır var.....

12-Hiç akciğer filmi çektirdiniz mi? 1)Evet 2)Hayır

13-Kaç yıldan beri burada oturuyorsunuz?.....

14- Daha önce nerede oturuyordunuz?

16-Halen ailede yaşayan kişi sayısı?

	Adı-soyadı	Yaş	Cinsiyet	Yakınlık durumu	Öğr.durumu	Sağ. durumu
1						
2						
3						

4						
5						
6						
7						
8						

17-Sigara içiyor musunuz ? 1)Halen içiyor 2)Bırakmış 3)Hiç içmemiş

18-Kullanıyorsanız kaç yıldırGünde kaç tane.....

19-Bırakmışsanız ne zamanKaç yıl içtiniz..... Günde kaç tane.....

20-Sigarayı neden bıraktınız?.....

21-Oturduğunuz konut tipi nasıldır? 1)Taş ev 2)Beton 3)Kerpiç-toprak 4)Ahşap

22-Çermik hastalığını biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

23-Sizce bu hastalık nasıl bir hastalıktır?

- | | | |
|--------------------------------|--------|---------|
| 1-Tedavisi mümkündür | 1)Evet | 2)Hayır |
| 2-Bulaşıcıdır | 1)Evet | 2)Hayır |
| 3-Ağır bir hastalıktır | 1)Evet | 2)Hayır |
| 4-Ölümcüldür | 1)Evet | 2)Hayır |
| 5-Yaşam kalitesini bozar | 1)Evet | 2)Hayır |
| 6-Kronik(uzun süren) bir hast. | 1)Evet | 2)Hayır |

24-Bu hastalık nasıl oluşmaktadır?

- 1)Solunum yoluyla
- 2)Dokunmayla
- 3)Gıdalarla
- 4)Diğer.....

25-Bilgiyi nereden aldınız?

- 1)Sağlık görevlilerinden
- 2)Basından (televizyon,radyo,gazete vb)
- 3)Komşu-Akrabadan
- 4)Diğer.....

26-Sizce çermik hastalığının nedeni nedir?

- | | | |
|------------------|--------|---------|
| 1)Ak toprak | 1)Evet | 2)Hayır |
| 2)Sigara içmek | 1)Evet | 2)Hayır |
| 3)Kalıtsal | 1)Evet | 2)Hayır |
| 4)Beslenme şekli | 1)Evet | 2)Hayır |
| 5)Hava kirliliği | 1)Evet | 2)Hayır |

27-Hastalıktan korunmak için ne yapıyorsunuz?

- 1)Hiçbir şey yapmıyorum
- 2)Tüm önlemleri alıyorum
- 3)Sigara içmiyorum
- 4)Ak toprak kullanmıyorum
- 5)Diğer.....

29-Evinizde Ak toprak kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

34-Ak toprak sağlığa zararlı mıdır? 1)Evet 2)Hayır

35-Evet ise ne tür sağlık sorunları yaratır?

- 1)Akciğer hastalığı yapar
- 2)Kanser yapar
- 3)Çermik hastalığı yapar
- 4)Akciğer zarı hastalığı yapar
- 5)Diğer.....

36-Burada yaşıyor olmaktan endişeniz var mı? 1)Var 2)Yok

37-Varsa ne tür endişeleriniz var?.....

38-Varsa hala neden burada yaşamayı sürdürüyorsunuz?.....

39-Olanağınız olsa farklı bir yerde yaşamak ister misiniz? 1)Evet 2)Hayır

40-Burada yaşadığınız için kanser olmaktan korkuyor musunuz? 1)Evet
2)Hayır

41-Sizde çermik hastalığı var mı? 1)Evet 2)Hayır

Tarih:

Telefon:

EK 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri Soruları

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği Soruları

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için “Evet”, uygun olmayanlar için ise “Hayır” sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. Evet () Hayır ()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
Evet () Hayır ()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
Evet () Hayır ()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. Evet () Hayır ()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
Evet () Hayır ()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum. Evet () Hayır ()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum. Evet () Hayır ()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum. Evet ()
Hayır ()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için hiçbir neden yok.
Evet () Hayır ()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. Evet () Hayır ()
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor. Evet () Hayır ()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum. Evet () Hayır ()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
Evet () Hayır ()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. Evet () Hayır ()
15. Geleceğe büyük inancım var. . Evet () Hayır ()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. Evet ()
Hayır ()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. Evet () Hayır ()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. Evet () Hayır ()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum. Evet () Hayır ()
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. Evet () Hayır ()

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı soyadı: Gülhan YİĞİTALP

Doğum Tarihi:15.01.1971

Doğum Yeri: Diyarbakır/Ergani

Mezun Olduğu Üniversite: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu/Sivas

Mezun Olduğu Tarih: 20.06.1994

Görev Yaptığı Yerler:

1994-1999 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Hemşire

1999 yılı itibariyle Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi

2007 yılında Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı ABD’da Yüksek lisans