



**DENİZLİ İL MERKEZİNDE YAŞAYAN ERİŞKİN KADINLARIN  
GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMU, RUH SAĞLIĞI  
HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**Deniz NALBANTOĞLU**

**Ağustos 2011**

**DENİZLİ**



**DENİZLİ İL MERKEZİNDE YAŞAYAN ERİŞKİN KADINLARIN  
GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMU, RUH SAĞLIĞI  
HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**Pamukkale Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tezi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Deniz NALBANTOĞLU**


**Danışman: Prof. Dr. Mehmet ZENCİR**


**Ağustos 2011**


**DENİZLİ**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

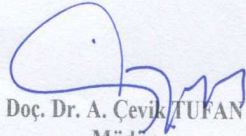
Deniz NALBANTOĞLU tarafından, Doç. Dr. Mehmet ZENCİR yönetiminde hazırlanan “Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT  
Jüri Başkanı

  
Doç. Dr. Mehmet ZENCİR  
Jüri Üyesi (Danışman)

  
Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU  
Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 4.18.11 tarih ve 11/11-2 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

  
Doç. Dr. A. Çevik TUFAN  
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :  
Öğrenci Adı Soyadı : Deniz NALBANTOĞLU

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başlamaya karar verme sürecinden başlayarak, bilgi ve tecrübelerini eğitimimiz boyunca bizlerle paylaşarak gelişimimize katkı sunan, tez konusu seçme sürecinden başlayarak sabır ve özveriyle desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e

Yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdikleri değerli katkılardan dolayı Yrd. Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ'e, Doç. Dr. Ahmet ERGİN'e, Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN'e, Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI'ya ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT'a

Son dakika hatırlatmalarından vazgeçmeyerek eğitimimizi tamamlamada katkılarını unutmayacağımız Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanı Kerim BEŞİRACI'ya ve anabilim dalı sekreterimiz Saide Söylemez'e

Tez yazım sürecinde her tür desteğiyle yanımda olan sevgili arkadaşım Şenay ÜNLÜ'ye

Ve her şeyden önce tüm eğitim hayatım boyunca olduğu gibi, yüksek lisans eğitimimde de desteklerini her zaman arkamda hissettiğim, bana soru sormayı öğreten, annem Gülhan ve babam Tamer NALBANTOĞLU'na

Teşekkür ederim.....

## ÖZET

### DENİZLİ İL MERKEZİNDE YAŞAYAN ERİŞKİN KADINLARIN GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMU, RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NALBANTOĞLU, Deniz  
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı ABD  
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Mehmet ZENCİR  
Ağustos 2011, 113 Sayfa

**Amaç:** Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörlerin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırma Denizli il merkezinde yaşayan 20-59 yaş kadınlarda yapılmıştır. Örnek büyüklüğü 396 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde çok aşamalı, tabakalı, randomize örneklem yöntemi kullanılmıştır. Sosyo-demografik bilgiler, aile ve haneye ait bilgiler, çalışma yaşamı ve ev içi üretime katkı, yaşam biçimi, kültürel özellikler, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma sorularından oluşan anket formu ve Genel Sağlık Anketi (GSA)'dan oluşan veriler Mart 2011'de eğitilmiş anketörler yardımıyla, evde yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. GSA'den 2 ve üzeri puanlama ruhsal bozukluk belirtisi olarak kabul edilmiştir. Ruh sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ki-kare analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kadınların 355'ine (%89,6) ulaşılmış olup yaş ortalaması  $38,35 \pm 9,81$ 'dir. Kadınların %84,5'i evli, % 7,3'ü formel eğitimi tamamlamamış, %48,7'si ilköğretim mezunu, %10,7 ise üniversite mezunudur. Kadınların %26,2'si çalışmakta, %70,7'si sosyal güvenceye, %6,5'i sağlık güvencesine sahip değildir.

Kadınların GSA'ne göre ruhsal bozukluk sıklığı %40'tır. Yine son bir yıl içinde ruhsal yakınmaya sahip olanlar %37,2'dir ve bunların % 43,9'u herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştır. Başvurulan kurumlar sırası ile devlet hastaneleri (%47,3), aile sağlığı merkezleri (%23,0) iken %60,8'i psikiyatristleri tercih etmiştir. Ruhsal hastalık tanısı alanlar %16,9'dur ve çoğunluğu depresyondur(%10,4). Ruhsal yakınma nedeniyle ilaç kullananlar %21,8'dir. Somatizasyon bulgusu sahip olma %53,5'dir.

Dul ve boşanmışlarda (%68,8); eş ile ilgili olarak sosyal güvencesi olmayanlarda (%59,1), işsiz olanlarda (%72,7), güvencesiz çalışanlarda (%42,5); asgari ücret düzeyinde hane geliri olanlarda (%47,3); iki ve üzeri bağımlı grupta yaşayanlarda (%55,2); evde tamir işleri (%64) ve fatura ödeme (%49,4) sorumluluğunu alanlarda; kronik hastalığı olanlarda (%48,5); doğurganlık öyküsü ile ilgili olarak toplam gebelik sayısı 3 ve üzeri olanlarda (%48,8), istemli düşük sayısı 2 ve üzeri olanlarda (%52,2) ruhsal bozukluk daha fazladır.

**Sonuç:** Erişkin kadınlarda ruh sağlığı sorunları yaygın, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma düşük olup ikinci basamak sağlık kurumları ve psikiyatristler tercih edilmektedir. Sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü kadınlarda ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Genel Sağlık Anketi, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma, sosyo-ekonomik faktörler, kadın emeği, kadının statüsü

## ABSTRACT

### EFFECTIVE FACTORS ON MENTAL HEALTH STATUS AND UTILITY OF MENTAL HEALTH CARE AMONG WOMEN IN DENİZLİ, TURKEY

NALBANTOĞLU, Deniz  
M. Sc. Thesis in Public Health  
Supervisor: Doç. Dr. Mehmet ZENCİR  
August 2011, 113 Pages

**Purpose:** The overall assessment of the mental health status of adult women living in the Denizli province centre, to identify the factors affecting their benefit from mental health services and to identify the effecting factors.

**Method:** A sample-section (cross-sectional method) was applied to women age 20-59 living in the city centre of Denizli. The sample size was calculated as 396. Multi-stage sample selection, and a stratified, randomized sampling method was used. Socio-demographic information, information on families and households, work life and household contribution, lifestyle, cultural facilities, was gathered via a mental health service utilization questionnaire together with a General Health Questionnaire (GHQ); all of the data was collected by trained interviewers using a face to face interview method in March 2011. GSA scoring 2 and above, were considered to have a sign of mental disorder. Chi-square analysis was used to determine the factors affecting mental health.

**Results:** 355 women reached (89.6%) and their average age was  $38.35 \pm 9.81$ . 84.5% of the women were married, 7.3% of them did not complete formal education, 48.7% percent were primary school graduates, 10.7% graduated from a university. 26.2% percent of the women were in work, 70.7% percent had social insurance, 6.5% did not have health care.

According to GSA, the frequency of women's mental disorders was 40%. 37.2% of those had complained about mental problems in the last year, and 43.9% of them had not applied to any health care institution. Applying to institutions and state hospitals (%47.3), family health centres (23.0%) while 60.8% chose psychiatrists. 16.9% of those were diagnosed with mental illness, and the majority with depression (%10.4). 21.8% were using drug (medication) because of mental symptoms, 53.5% had evidence of somatization.

Of the widowed and divorced women (68.8%); those without social security due to marriage (59.1%), those unemployed (72.7%), those without guarantee (42.5%), the minimum wage level of those with household income (% 47.3), two or more people who lived in a dependent group (55.2%), responsible for home repairs (64%) and paying bills (49.4%), of these, chronic disease (48.5%), with a history of fertility As the total number of pregnancies, those with 3 or more (48.8%), number of induced abortion with 2 or more (52.2%) are more than mental disorder.

**Conclusion:** Adult women with common mental health problems, mental health service utilization is low and secondary health care institutions and psychiatrists are preferred. This adversely affects the mental health of women with a low socio-economic level.

**Key words:** General Health Questionnaire, mental health service utilization, socio-economic factors, women's labour, women's status



## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

İçindekiler.....	ix
Tablolar Dizini.....	xi
Kısaltmalar Dizini.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....	3
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı.....	3
2.2. Kadınlarda Ruh Sağlığı.....	4
2.3. Kadınlarda Ruh Sağlığı Araştırmaları.....	7
2.4. Kadınlarda Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	8
2.5. Ruh Sağlığı Alan Çalışmalarında Sık Kullanılan Ölçekler.....	16
2.5.1. Tanı Amaçlı Kullanılabilecek Formlar.....	17
2.5.2. Belirti ve Değişiklikleri Derecelendirme Amacıyla Kullanılan Ölçekler...18	18
2.5.3. Ruhsal Sorunları Tarama Amacıyla Kullanılan Ölçekler .....	19
2.5.4. Bilişsel Durumu Değerlendirenler .....	20
2.6. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma .....	20
2.7. Araştırmanın Amacı.....	21
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi .....	23
3.2. Araştırmanın Hipotezi .....	23
3.3. Araştırmanın Evreni .....	23
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Saptanması ve Örnekleme Yöntemi .....	24
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri Bağımlı Değişkeni.....	25
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	25
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	26
3.6. Veri Toplama .....	26
3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler .....	27
3.8. Araştırmanın Tanım ve Kriterleri .....	27
3.8.1. Çalışma Durumu.....	27
3.8.2. İstihdam Biçimi.....	29
3.8.3. Ev İçi Sorumluluk.....	29
3.8.4. Ev İçi Kararlara Katılım.....	29

3.8.5. Genel Sağlık Algısı.....	29
3.9. Veri Değerlendirme.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.11. Araştırmanın Destekleri.....	30
3.12. Araştırmanın İzni .....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR.....	84
EKLER.....	92
Ek 1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma Tabloları.....	93
Ek 2. Araştırmada Uygulanan Anket Formu.....	102
Ek 3. Araştırma İzin Formu.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	113

## TABLOLAR DİZİNİ

	<b><u>Sayfa</u></b>
Tablo 3.3.1 Toplum Sağlığı Merkezlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimi Sayıları.....	24
Tablo 3.4.1 Örneklem Seçimi .....	25
Tablo 4.1 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Yaş, Medeni Durum, Evlilik ve Çocuğa Ait Özellikleri.....	32
Tablo 4.2 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Evli Erişkin Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal Güvence ve Sağlık Güvencesi Durumları.....	32
Tablo 4.3 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Aile, Hane Özellikleri ve Hane Geliri Durumları.....	33
Tablo 4.4 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Göç Öyküsü ve Anadilleri.....	34
Tablo 4.5 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumu.....	34
Tablo 4.6 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Yaş Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri.....	36
Tablo 4.7 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınlarda Kronik Hastalık Bulunma Durumu ve Kronik Hastalıkları.....	37
Tablo 4.8 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Sosyo-Kültürel Özellikleri.....	38
Tablo 4.9 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Çalışma Durumları ve Çalışma Yaşamı Özellikleri.....	39
Tablo 4.10 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Hanelerinde Bakım Yükü Durumu.....	40
Tablo 4.11 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İşlerine Ayırdığı Zaman .....	41
Tablo 4.12 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İçi Sorumluluk Durumları.....	42
Tablo 4.13 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İle İlgili Kararlara Katılım Durumu.....	42
Tablo 4.14 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumu ve Çalışma Yaşamı Özellikleri.....	43

Tablo 4.15 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Sağlık Algıları.....	44
Tablo 4.16 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Bozukluk Belirtileri.....	44
Tablo 4.17 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Belirti Puanları.....	45
Tablo 4.18 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruh Sağlığı Durumu.....	45
Tablo 4.19 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruh Sağlığı Yakınmalarına Sahip Olma ve Yakınmaları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları .....	46
Tablo 4.20 Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Tanı ve Tedavi Durumları.....	47
Tablo 4.21 Kadınların Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 4.22 Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal Güvence ve Sağlık Güvencelerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	49
Tablo 4.23 Kadınların Hane Mülkiyeti, Hane ve Aile Özelliklerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	50
Tablo 4.24 Kadınların Hane Gelirine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	50
Tablo 4.25 Kadınların Göç Öyküsü ve Anadiline Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	51
Tablo 4.26. Kadınların Sigara Alışkanlığına Göre Ruhsal Bozukluk Durumu....	51
Tablo 4.27. Kadınların Doğurganlık Bilgilerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	52
Tablo 4.28 Kadınların Kronik Hastalıklarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	52
Tablo 4.29 Kadınların Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	54
Tablo 4.30 Kadınların Çalışma Yaşamlarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları	55
Tablo 4.31 Kadınların Hanelerinde Bakım Yükü Varlığına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	56

Tablo 4.32 Kadınların Ev İçi Sorumluluklarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	57
Tablo 4.33 Kadınların Karar Süreçlerine Katılımına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	58
Tablo 4.34 Kadınların Eşlerinin Çalışma Yaşamına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	59
Tablo 4.35 Kadınların Genel Sağlık Algılarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	59
Tablo 4.36 Kadınların Ruhsal Yakınma, Tanı ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanmalarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları.....	60
Tablo Ek 1.1 Kadınların Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumlarının Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	93
Tablo Ek 1.2 Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal ve Sağlık Güvencelerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumları.....	94
Tablo Ek 1.3 Kadınların Hane Mülkiyeti, Hane ve Aile Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	95
Tablo Ek 1.4 Kadınların Hane Gelirine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	95
Tablo Ek 1.5 Kadınların Göç Öyküsü Ve Anadillerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	95
Tablo Ek 1.6 Kadınların Sigara Alışkanlığına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	95
Tablo Ek 1.7 Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	96
Tablo Ek 1.8 Kadınların Kronik Hastalıklarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	96
Tablo Ek 1.9 Kadınların Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	97
Tablo Ek 1.10 Kadınların Çalışma Yaşamlarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	98
Tablo Ek 1.11 Kadınların Hanede Bakıma Muhtaç Kişi Varlığına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumları.....	98

Tablo Ek 1.12 Kadınların Ev İçi Sorumluluklarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	99
Tablo Ek 1.13 Kadınların Karar Süreçlerine Katılımlarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	100
Tablo Ek 1.14 Kadınların Eşlerinin Çalışma Yaşamına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	100
Tablo Ek 1.15 Kadınların Genel Sağlık Algılarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları.....	101

**KISALTMALAR**

<b>A.H.</b>	Aile Hekimi
<b>A.S.M.</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>B.B.S.K</b>	Birinci Basamak Sağlık Kurumu
<b>DALY</b>	Disability Adjusted Life Years
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSA</b>	Genel Sağlık Anketi
<b>O.A.K.K.</b>	Olası Alkol Kötüye Kullanımı
<b>Ort.</b>	Ortalama.
<b>PRİME-MD</b>	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
<b>SCL-90-R</b>	Belirti Tarama Listesi 90-R
<b>SS</b>	Standart Sapma.
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>T.S.M.</b>	Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TUİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>YLD</b>	Years Lost With Disability

## 1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedenen, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamıştır. Dünya nüfusunun en az yarısını oluşturan kadınların sağlığı söz konusu olduğunda ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali ve bunları etkileyen faktörlerin de incelenmesi gereklidir.

Kadın ve erkeklerdeki hastalık ve sağlık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınlar da ataerkil yapının desteklediği cinsiyete dayalı işbölümünün getirdiği toplumsal statü düşüklüğü hastalık ve stresten daha fazla etkilenmelerine neden olur.

Ruh sağlığı sorunları kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açan önemli nedenlerdendir. Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, seyri ve yol açtığı sorunlar cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda sık görülen bazı ruhsal hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha sık olduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır. Dünya Sağlık Örgütü’nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020’de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır.

Kadınların ruh sağlığı medeni durum, eğitim, çalışma durumu, çalışma yaşamı, aile gibi toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyolojik pek çok faktörden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların çalışma yaşamları yetersiz ele alınmış, ev içi üretim, ev içi karar süreçlerine katılım ihmal edilen alanlar olmuştur. Yine kadınların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını inceleyen çalışmalar azdır.



Bu araştırma kapsamında Denizli il merkezinde yaşayan kadınların ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumları ve bunlara etki eden faktörlerin ortaya konması amaçlanmıştır. Kadınların ruh sağlığını etkileyen faktörler arasında çalışma yaşamı daha ayrıntılı incelenmiştir.

## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı sorunları kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açan önemli nedenlerdendir. Ruh sağlığı sorunları kişide yeti yitimine yol açması bakımından ön sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla Depresyon, Alkol kullanımı, Bipolar bozukluk, Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluktur.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılmış araştırmalar gözden geçirildiğinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına(BBSK) başvuran hastalarda ruhsal bozukluk sıklığının çeşitli tanısal değerlendirme ölçekleri kullanılarak %11-79 arasında değiştiği bulunmuştur (Kaptanoğlu vd 2003).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında (1998,) 18 yaş üzerinde görüşme yapılan 7479 kişinin % 17.2’ sinde en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Konulan tanılar arasında ise en sık olarak ağrı bozukluğu (%8.4) bulunmuştur. Ayrıca diğer sık görülen tanıların sıklık sırasına göre depresyon (%4), özgül fobi (%2.7), nevrasteni (%2.4), sosyal fobi (%1.8), kronik yineleyici depresyon (%1.6) ve distimi (%1.6) olduğu saptanmıştır (Erol vd 1998).

Ruhsal bozuklukların, kronik ve yaygın olmalarına rağmen fark edilmemeleri ve tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması, ailevi, sosyal ve mesleki yönden ciddi kayıplara

yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalar yanında özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere kognitif bozulmalara neden olmaktadır. Ruhsal bozukluklar yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, hastalığının yaygınlığının ve tedavi maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'ünü psikiyatrik bakım gerektiren ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Çeşitli çalışmalara göre, bu sorunlar birinci basamağa başvuruların %15-40'nı oluşturmaktadır. Türkiye'deki saha araştırmaları da ruh sağlığı bozuklukları yaygınlığının %20 dolayında olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye'de nüfusun %18'i yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır ve ülkemizde nöropsikiyatrik hastalık grubu kardiyovasküler hastalıkların arkasından, %19 ile ikinci sırada hastalık yükü (Disability-Adjusted Life Year: DALY) nedenlerini oluşturmaktadır. Özürlülüğe Bağlı Hastalık Yükü (Years lived with disability: YLD) alt bileşenlerine bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD'ye neden olan ilk yirmi neden arasında erkeklerde altı psikiyatrik hastalığın(Alzheimer dahil), kadınlarda 1. sırada ünipolar depresyon olmak üzere beş psikiyatrik hastalığın yer aldığı görülmektedir.

Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet Etkilik Projesi (2004) final raporuna göre; ulusal düzeyde YLD dağılımları incelendiğinde; her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde ilk sırada ünipolar depresif hastalıklar (%8,7) yer almaktadır.

## **2.2. Kadınlarda Ruh Sağlığı**

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, seyri ve yol açtığı sorunlar cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda sık

görülen bazı ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Kadınların ruh sağlığı bedensel sağlıklarının bir parçasıdır.

Tüm dünyada çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle stresle en fazla karşı karşıya kalanlar kadınlardır. Kadınlar ve erkekler stresi farklı yaşantılamaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020'de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır.

DSÖ'nün "Kadın ve Sağlık" raporuna göre; dünyada kadınlar alkol ve madde kullanımına bağlı rahatsızlıklardan erkeklere göre daha az etkilenmekteyken, anksiyete ve depresyondan daha çok etkilenmektedirler. Dünya çapında 73 milyon erişkin kadın her yıl major depresyondan etkilenmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde erişkin yaş grubu kadınların %40'ının orta ve şiddetli ruhsal bozukluklara bağlı tedavi gördüğü rapor edilmiştir, keza düşük gelirli ülkelerde bu oran %14'tür (Women and Health, WHO,2009).

Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet Etkilik Projesi (2004) final raporuna göre; YLD dağılımların iki cinsiyete göre ayrı ayrı incelendiğinde erkeklerde ilk sırayı %7,3 ile osteoartritler alırken, kadınlarda %10,7 ile unipolar depresif hastalıkların aldığı görülmektedir. 15-59 yaş grubuna bakıldığında %14,4 ile kadınlarda ilk sırayı yine unipolar depresyon almaktadır. Kadınlarda kentsel alanda % 11,0, kırsal alanda % 10,2 ile unipolar depresyon ilk sıradaki yerini korumaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına (1998) göre, kadınlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları(%9.8 ve %8.9) erkeklerden çok daha yüksek saptanmıştır (Erol vd 1998).

Son yıllarda yapılan çeşitli araştırmalarda kadınlarda genel ruh sağlığında bozukluk sıklığı %14,7 ile %58,3 arasında değiştiği gösterilmiştir. Kelleci vd (2001), İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde %58,3; Özşahin vd (2004), Denizli ili genelinde doğurgan

çağ kadınlarda %38.4; Buzlu vd (2005), İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde başvuran kadınlarda %45; Özyurt vd (2007), Manisa'da bir sağlık ocağı bölgesinde doğurgan çağ evli kadınlarda %14,7 olarak bulmuşlardır.

Dönmez vd (2000) Antalya sağlık ocaklarında yaptıkları araştırmada cinsiyetin kadın olmasının duygu durum bozukluğu riskini 2.07 kat, anksiyete riskini 3.56, somatoform bozukluk riskini 1.90 kat artırdığını bulmuştur. Karasu (2007), Eskişehir il merkezinde yaptığı araştırmada kadınların %45.5'in de duygudurum bozukluğu tanısı saptamıştır.

Rezaki'nin (1995) birinci basamak sağlık kuruluşlarında depresyonu araştırdığı çalışmasında, örneklemdaki kadınların %30.3'üne, erkeklerin ise %17.1'ine depresyon tanısı konmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sağduyu vd (2000) "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon" çalışmalarında, 1997 hastanın 465'ine (%23.2) depresyon tanısı konmuş olup kadınların %26.2'sinde, erkeklerin ise %17.7'sinde depresyon tanısı saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur.

Sağduyu'nun (1995) "Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında ise somatik belirtilerin kadınlarda, erkeklere göre daha sık olduğu bulunmuştur.

Özmen vd (2002) 1997 hastayla gerçekleştirdikleri "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk" çalışmasında sağlık ocağı hastalarına %3,5 oranında distimik bozukluk tanısı konmuş olup, distimik bozukluğu olan hastaların %34.8'inin erkek, %65.2'sinin de kadın olduğu saptanmıştır.

Kayahan vd (2001) İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada kadınlarda %51,3 depresif belirti bulmuşlar ve bunların %25.8'ne depresyon tanısı konmuştur.

Patel vd (1997) birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülen ruhsal bozuklukları, kadınlarda daha sık bildirmiş iken, Mumford vd (2000) Pakistan'da kırsal alanda yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların kadınlarda 2.5 kat daha sık görüldüğünü bulmuşlardır.

Linzer vd (1996) 1000 hastayla gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise herhangi bir ruhsal bozukluk oranını kadınlarda %43 olarak saptarlarken, bu oran erkekler için %33'de kalmıştır.

Vazquez-Barquero vd (1990) İspanya'nın Cantabria bölgesinde yaptıkları çalışmada, ruhsal bozuklukları, erkeklerin %12.4'ünde, kadınların ise %23.8'inde saptamışlardır.

Toft vd (2005) Danimarka'da BBSK'larda gerçekleştirdikleri çalışmada ise erkeklerde hipokondriasis ve alkol bağımlılığı sıklığı kadınlardan daha yüksek oranda saptanırken diğer tüm ruhsal bozukluklar kadınlarda daha yüksek oranda saptanmıştır.

### **2.3. Kadınlarda Ruh Sağlığı Araştırmaları**

Kadınlar üzerinde yapılan ruh sağlığı araştırmalarında kadınların eğitim düzeyi, medeni durumları, çalışma durumları, doğurganlık çağı özellikleri (postpartum, postmenapozal), şiddet sık ele alınan faktörler olmaktadır.

Yapılan araştırmalarda kadınların çalışma yaşamı özellikleri detaylı incelenmemekte, kadınların sadece çalışıp çalışmadıkları sorgulanmaktadır. Kadınların gelir getirici formel olmayan çalışma biçimlerine (ev eksenli çalışma, ev işçiliği, ücretsiz aile işçiliği gibi) sahip olup olmadığı irdelenmemektedir.

Kadınların kendine ait sosyal güvencesi neredeyse hiç sorgulanmamakta, sosyal güvenlik aile üzerinden sorulmaktadır. Formel çalışan kadınların ise istihdam biçimleri, çalışma güvenceleri yine çok az ele alınmıştır.

Formel ya da informel çalışma biçimine sahip ya da gelir getirici bir faaliyette bulunmayan (ödenmeyen emek) tüm kadınların ev içi üretimleri, ev içi sorumlulukları, evde bakım yükleri anlamında evdeki görünmeyen emekleri ortaktır. Cinsiyete dayalı

işbölümü sonucu bu işler evde kadınlara kalmaktadır. Kadınların ev içi yüklerini inceleyen çalışma çok azdır.

Kadınların ev içi kararlara katılımları, sosyo-kültürel yaşam özellikleri toplumsal statülerinden etkilenen diğer önemli faktörlerdir. Kadınların statüleri onların sağlığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını inceleyen çalışma sayısı az olmakla birlikte ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını inceleyen çalışma sayısı daha da azdır. Kadınların ruhsal şikayetlerle sağlık kurumlarına başvuru oranları ve geleneksel yöntemleri tercih etmelerini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınlara yönelik ruh sağlığı araştırmalarında bu faktörlerin ayrıntılı ele alınmasına ihtiyaç vardır.

#### **2.4. Kadınlarda Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler**

Kadınlar dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de eğitim, sağlık, çalışma yaşamı gibi temel alanlarda erkeklerin gerisindedir. Toplumsal Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksi’ne göre Türkiye 2010’da 169 ülke içinde 83. sırada (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme Raporu,2011), Cinsiyet eşitsizliği sıralamasında 126. sırada, kadınların ekonomiye katılımında sondan dördüncü olup 131. sıradadır (Dünya Ekonomik Forumu Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu, 2011).

Türkiye’de kadınların %82’si en az ortaokul mezunu olup, okuma yazma bilen kadın oranı %89’dur (TNSA-2008). Yine mecliste kadınların temsil oranı %4.4, üst düzey yönetim ve hukuk alanındaki kadın oranı % 8 iken bunların temelinde yatan olguların başında gelen okullaşma oranı ise %54’tür. TÜİK 2009 verilerine göre tüm sektörler içinde kadın istihdamı %28’dir.

Ülkemiz gerçekleri, düşük sosyoekonomik düzey, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkar, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretilerinin kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz,

çaresiz, kendini değersiz görme gibi duygular yaşamalarına neden olabileceğini düşündürmektedir.

### ***Eğitim Durumu***

Gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılmış çalışmaların büyük bir kısmında eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir.

Dönmez vd (2000) eğitimin az olmasının anksiyete ve somatoform bozukluklar yönünden risk faktörü olarak görüldüğünü ortaya koyarlarken, Kılıç vd (1998) eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmişlerdir.

Rezaki'nin (1995) çalışmasında, öğrenim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmamış iken, Sağduyu vd (2000) "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon" çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir.

Sağduyu'nun (1995) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında ise somatizasyon, 5 yıl ve altında eğitim alanlarda, lise ve daha yüksek düzeyde eğitim alanlara göre daha sık bulunmuştur. Belek (1999), 11 yıldan daha uzun süre eğitim alanların, daha az eğitim alanlara göre ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde, anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyinin ilişkisini araştıran çalışmalardan birisinde Doğan vd (1995) Sivas il merkezinde anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir.

Çilli vd (2004) evli ve evli olmayan çalışan kadınlarda yaptığı araştırmada, lise mezunu olan çalışan evli kadınların fobik, obsesyon, öfke, psikotik, paranoid ve global şiddet indeksi puanları yüksek öğrenimli çalışan evli kadınlardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ev kadınlarında ise kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon puanları ortaokul eğitilmiş olanlarda yüksek öğrenimlilerden daha yüksek bulunmuştur.



Dünyadaki çalışmaların büyük bir kısmında da eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluk yaygınlığını arttırdığı ortaya konulmuştur. Blacker ve Clare (1987), eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon riskini arttırdığını belirtirken, Almeida vd (1991) Brezilya'daki çalışmalarında, eğitim alınan yıl sayısının artmasıyla ruhsal bozukluk yaygınlığının azaldığını ve daha az eğitim alanlarda ruhsal bozuklukların daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Eğitim düzeyinin düşük olması çalışmaların büyük bir bölümünde ruhsal bozukluklarla ilişkili olarak ileri sürülse de Coryell vd (1992) bu çalışmaların aksini savunmuşlar ve 965 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada yüksek eğitim düzeyini depresyon açısından daha riskli olarak tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Rotschild (1999) ise eğitim düzeyi ile duygu durum bozukluklarının yaygınlığı arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüştür.

### *Medeni Durum*

Medeni durumun, ruh sağlığına etkisi konusunda çeşitli araştırmalar vardır. Manhattan'da 20-29 yaş grubunda olan geniş bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, evliliğin kadınlardan çok erkeklerin mutluluğunda önemli olduğu ve bekâr erkeklerin %20 'sinde görülen ruh sağlığı sorunlarının bekâr kadınların sadece %11' inde görüldüğü ifade edilmiştir (Cole, 1992).

Genelde depresif bozukluğun, hiç evlenmemiş, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde sık olarak görüldüğü bildirilmiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının çalışmalarında depresif bozukluğun ayrı yaşayan ya da boşanmışlarda evli ya da hiç evlenmemişlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağduyu'nun (1995) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında, somatizasyonun evli ya da dul olanlarda hiç evlenmemişlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek (1999), evlilerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu bulmuştur.

Kelleci vd (2001) yaptığı çalışmada bekar ve dul olanlarda, evlilere göre ruhsal bozukluk belirtisi daha yüksek puanlarda saptanmıştır.

Linzer vd (1996) araştırmalarında boşanmanın kadınlarda depresyon gelişimi açısından daha riskli olduğunu, Anthony ve Petronis (1991) ise eşinden ayrılmış ve dul olanların depresyon açısından daha riskli olduğunu ortaya koymuştur.

Kaplan ve Saddock (2004) evlilikte ilişki sorunlarının depresyona zemin hazırladığını ve bu nedenle evliliğin depresyon açısından risk oluşturabileceğini iddia etmişlerdir. Charney vd (1988) evli olmayan erkeklerin ve evli kadınların ruhsal bozukluk açısından daha büyük risk altında olduğunu iddia etmişlerdir.

### ***Çalışma Yaşamı***

TNSA-2008 raporuna göre; kadınların %31'i araştırma sırasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çalışma durumu ile medeni durum arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiş, evli olmayanlarda halen evli olanlara göre çalışma oranı daha yüksek bulunmuştur (%39.9, % 30.2).

Kadınların %51'nin hizmet sektöründe, %40'nın tarım sektöründe, %8'nin sanayide çalıştığı tespit edilmiştir. Çalışan kadınların %39'u düzenli veya geçici ücretli işçi, %10'u devlet memuru, %2'si işveren, %17'si kendi hesabına çalışan ve yaklaşık üçte biri ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Kadınların %69'u çalışırken sosyal güvenlik kapsamında değildir. Yine bu kadınların %16'sı sağlık sigortası kapsamında değildir (TNSA 2008).

Çalışma durumu ile ruh sağlığı arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda sorgulanmıştır. Dökmen (1997) çalışmayanları çalışanlara göre daha depresif bulmuştur. Bir çalışmada çalışan kadınlara göre ev kadınlarının daha depresif ve stresli oldukları belirtilmiştir (Ross vd 1983). Dökmen'in(2003) yaptığı çalışmada, üç farklı grup kadının (pazarcı, çalışan, ev kadını) ruhsal bozuklukları açısından da farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Uçman'a (1990) göre, Türkiye'de çalışan kadınların ruh sağlığı çalışan erkeklere göre daha fazla bozulma riski taşımaktadır. Tiedje vd (1990) göre çalışan, eş ve anne rollerinin çatıştığını algılayan kadınlar daha depresiftir.

Bilgin (1990) Adana'da yaptığı çalışmada, çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre, depresyonu daha yüksek oranda saptamıştır.

Çetin vd (1999) tarafından Trabzon'da yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %42,9 ile en yüksek düzeyde ev kadınlarında tespit edilmiştir.

Çilli vd (2004) yılında Konya’da ev kadınları ve çalışan evli kadınlarda yaptığı araştırmada ev kadınlarında anksiyete, fobi, paranoid, psikotik, somatizasyon ve global şiddet indeksi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Budakoğlu vd (2002) Ankara’da 15 yaş üzeri kadınlarda %20,1 anksiyete şüphesi saptamışlar ve çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda bulmuşlardır.

### ***Sosyoekonomik Düzey***

Sosyal statünün temelini oluşturan gelir durumu göz önünde tutulduğunda kadınların konumu hiç de iç açıcı değildir (Kottak 2002). Kadınların yoksullukla erkeklerden daha çok karşılaştıkları ve yoksulluğun kadınlar için gerçekten yıkıcı bir sorun olduğu, 4. Dünya Kadın Konferansı sonucunda tespit edilmiştir. "Yoksulluğun Kadınlaşması" ifadesi ise Pekin Eylem Planı'na yerleştirilmiş ve bu konferansta, kadın yoksulluğunun son on yılda, erkeklerinkiyle kıyaslanamayacak kadar hızlı arttığı vurgulanmıştır. Ülkemizde de, çeşitli değişkenler bağlamında ele alınan yoksulluk çalışmalarında kadınların daha büyük sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir.

Araştırmalarda, kadın-erkek arasındaki işgücüne katılım farklılıklarının temelinde kültürel faktörlerin belirleyici olduğu cinsiyete dayalı toplumsal iş bölümü ayrımının olduğunu doğrulamaktadır. Kadınların iş yaşamına katılımları, genelde aile fertleri tarafından engellenmektedir. İş yaşamına katılan kadınlar ise evlenme ya da çocuk doğurma nedeniyle, er ya da geç işten ayrılmaktadır. Önem sırasına göre, kadının eş ve anne konumunu içeren cinsiyete dayalı iş bölümü işi terk nedenleri arasında en ön sırada yer almaktadır. Çalışan kadınlar ise ev işlerini üstlenmenin getirdiği çifte yükümlülük nedeniyle ev kadını konumunu tercih edebilmektedirler. Alt sosyo-ekonomik sınıflardaki çoğu eğitimsiz kadınlar ise kentlerin düşük ücretli, sosyal güvencesi olmayan ağır çalışma koşulları ile karşı karşıyadırlar. Araştırmalar, cinsiyete dayalı iş bölümünün kadınların kendileri tarafından da içselleştirildiğini ve kadınların, erkeği ev geçiminin sorumlusu olarak gördüklerini ve ayrıca bu koşullarda, ev dışında çalışmayı istemediklerini bulgulamıştır (Türk İş Raporu, 2005).

Ülkemizde depresyona yönelik çalışmaların bazılarında düşük sosyoekonomik düzeyin depresyon riskini arttırdığı ortaya konulmuştur. Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek(1999), aylık geliri yüksek olanların ve geliri giderinden daha fazla olanların daha sağlıklı olduğunu ortaya koymuştur.

Ayrancı ve Yenilmez'in (2002) Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında gerçekleştirdikleri retrospektif çalışmada sosyoekonomik durumu yüksek olarak kabul edilen mahallelerin sağlık ocaklarında konulan ruhsal bozukluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Yine Doğan vd (1995), Güleç(1981) ülkemizde depresyonu en yüksek oranda düşük gelir düzeyine sahip olanlarda bulmuşlardır.

Kayahan vd (2001) yaptığı çalışmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %41'nin sosyal güvencesinin olmadığı, %34,1'nin eşinin düzenli olarak çalışmadığı ya da hiç çalışmadığı, %27,3'nün düzenli gelirinin olmadığı saptanmıştır.

Çetin vd (1999) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayanların %47,2'sinde depresyon mevcutken, sosyal güvencesi olanlarda bu oran %29,9'dur.

Baum vd (1999) çalışmalarında sosyoekonomik durum düşüklüğünün ruhsal bozuklukların artması ile ilişkili olduğunu belirtmişler iken, Patel vd (1997) de BBSK'larda görülen ruhsal bozuklukları ekonomik sorunları olanlarda daha yüksek oranlarda bulmuşlardır. Reijneveld vd, Hollanda'nın sosyoekonomik açıdan geri kalmış bölgelerinde yaptıkları çalışmada, ruhsal bozuklukların yaygınlığını % 32.3 olarak bulmuşlardır. Araştırmacılar, sosyoekonomik açıdan geri kalmış bölgelerde, ruhsal bozuklukların daha fazla olduğunu ve bunun bireysel faktörlerden bağımsız olduğunu ayrıca düşük bir gelir düzeyine sahip insanların ister fakir isterse zengin bir bölgede yaşasın, ruhsal bozukluklara daha çok maruz kaldığını bildirmişlerdir.

Lewis vd (1998), İngiltere'de gelir eşitsizliğinin nevrotik bozukluk sıklığındaki artışın en önemli nedeni olarak görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Düşük gelirli ve göçmen hastalara hizmet veren bir sağlık ocağında yaptıkları çalışmada, Olfson vd (2000); majör depresyonu %18.9, yaygın anksiyete bozukluğunu %14.8 ve panik

bozukluğu %8.3 oranında bulmuşlardır.

### ***Göç***

Göç, insanlık tarihinin bütün dönemleri boyunca var olan bir olgudur. Göç kavramı bireylerin veya toplulukların bir bölgeden başka bir bölgeye taşınması olarak tanımlanabilir. Sonuçları itibariyle sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik birçok ögeyi içinde barındırır (Sağlam 2006).

Kadınların göç etme nedenleri arasında en sık bağlantılı göçe rastlanmaktadır. Bağlantılı göç ailenin herhangi bir nedenle (iş bulma veya iş tayini) göç eden erkek üyelerini takip eden kadınların hareketini tanımlayan bir olgudur. Burada kadının bağımsız bir göç kararından ziyade aile içindeki konumuna bağlı olarak göç etmesi söz konusudur (İlkkaracan ve İlkkaracan 1998). Türkiye geneline bakıldığında, göçlerde evlilik, eğitim, iş değişikliği, tayin, memlekete geri dönüş ve emeklilik gibi nedenlerden oluşan bireysel nedenler ile yapılan göçlerin en yüksek paya (%47,1) sahip olduğu görülmektedir (Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması 2006).

Kadınların ruhsal sağlıklarıyla sosyal statülerini etkileyen faktörlerden birisi de göçtür. Göç etmiş kadınların ortalama kaygı puanlarının, göç etmemiş kadınların kaygı puanına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğunu biliyoruz. Ülkemizde son 20 yılda gerçekleşen dengesiz göçlerin kadınların yaşam kalitesindeki etkileri bu bağlamda ele alınabilir. Kadınların üretimden kopmalarında göçün etkili olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda kırsal alandan kentlere yönelik göçlerin sonucunda kadınların özel alana hapsedikleri ve bunun da onları üretimden kopararak statülerini düşürdüğü söylenebilir.

### ***Doğurganlık Özellikleri***

Kayahan vd (2003) bildirdiğine göre; kadınların üreme ile ilgili durumları; menstrüel siklus, gebelik, gebelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama, menopoz dönemleri duygu durumlarında dalgalanmalara yol açmakta ve ruh sağlıkları etkilenebilmektedir. İnfertilite problemi olan kadınlar, genç yaşta anne olan kadınlar depresyon için yüksek derecede risk grubunu oluşturmaktadır. Menopozda görülen depresyon, diğer yaş gruplarında görülen depresyondan farklı değildir. Yaşam değişikliklerine bağlı oluşan

depresyonda, geçmişte yaşanan depresif epizotların da etkisi vardır . “Boş yuva sendromunda”, çocuklar evi terk ettiğinde kadınlar amaçlarını ve kimliklerini kaybettiklerini düşünerek depresif belirtiler gösterebilirler. Özellikle toplumumuzda menopoz anksiyetesinin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık ve izolasyon duygusu yatmaktadır.

Kılıç'ın yaptığı bir çalışmada premenopozal devredeki kadınlarda depresif belirtiler postmenopozal devredeki kadınlardan daha yüksek çıkmıştır. Endicott vd (1992) premenstrüel sendromlu kadınlarda major depresyon prevalansı %60 olarak bulunurken, Dejong vd (1986) major depresyon prevalansını %30 olarak bildirmiştir.

Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır. Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon gelişebilmektedir. Kayahan vd (2003) İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada psikiyatrik görüşme yaptıkları kadınların %76,1'i çocuk sahibi ve bunların da %89,7'si iki veya daha fazla çocuk sahibi olduğu bulunmuştur.

### ***Bedensel Hastalık Durumu***

Depresyon gelişiminde sorumlu tutulan etkenlerden birisi de bedensel hastalıklar ve bunların tedavisidir. Bedensel hastalıkların bazılarının doğrudan, bazılarının stres etkeni olarak ikincil depresyona yol açtığı bilinmektedir.

Bedensel hastalığı olanların %41'inde olmayanlara göre ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirme riski vardır. Bu grup hastalarda özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları daha sık gözlenmektedir. Çoğu kişide yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmak depresyona neden olmaktadır. Diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi toplumda daha yaygın görülen bedensel hastalıklarda duygudurum bozukluklarının yaygınlığının arttığı gösterilmiştir. 10 kontrollü çalışmanın gözden geçirildiği bir derlemede, dokuz çalışmada diyabetlilerde sağlıklı kontrollere göre depresif bozukluk ya da depresif semptomların belirgin olarak daha sık

saptandığı ve bu hasta grubunda major depresyonun %10-15 oranında gözlemlendiği belirtilmiştir (Katon ve Ciechanowski 2002).

Levenson vd (1987) genel hastanelerde yatan hastaların %22-33'ünde, ayakta hastaların ise %6-20'sinde depresif belirtiler saptamıştır.

Klinik bakımdan tanı koyduracak şiddette depresyon, bedensel hastalığı olanların %15'inde görülmektedir. Bu durum, bedensel hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu göstermektedir (Ünal ve Özcan, 2000).

Kayahan vd (2003) yaptığı çalışmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %28,4'nün önceden önemli bir hastalık geçirdiği bulunmuştur. Depresyon dışında hastalık geçiren kadınların %23,8'nin kardiyovasküler sistem hastalığı, %22,1'inin santral sinir sistemi hastalığı ve %13,6'sının böbrek hastalıkları geçirdiği saptanmıştır.

Üçok (1995), "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuşu" adlı çalışmasında, 400 kişilik örnekleme en az bir kronik bedensel hastalığı olan 230 kişinin (56 erkek, 174 kadın) % 40.4'ünde, kronik bedensel hastalığı olmayan 170 kişinin ise % 27.1'inde ruhsal bozukluk saptandığını bildirmiştir. Kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozuklukların sıklığı, bedensel hastalığı olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır.

Rezaki (1995) ise depresyonu olanların %69.5'inde hastaların kendi bildirimlerine göre, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, romatizma, şeker hastalığı gibi kronik bedensel hastalıklardan en az birinin bulunduğunu tespit etmiştir. Depresyonu olmayanların ise %52.9'unda kronik bedensel hastalık tespit edilmiştir. Bu oran istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

## **2.5. Ruh Sağlığı Alan Çalışmalarında Sık Kullanılan Ölçekler**

Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri kişinin psikik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırmaya yarar. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri çok farklı amaçlar için kullanılırsa da pratikte sıklıkla tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini ve bu şiddetin tedaviyle değişimini

belirleme amacıyla kullanılırlar. Derecelendirme ölçekleri hem geçerli, hem de güvenilir olması halinde yararlı olabilir.

Bir derecelendirme ölçeği seçilirken hasta grubu ve derecelendirmeyi yapan kişinin yeteneği, ölçeğin kullanılabilirliği, değerlendirilecek durumun klinik özellikleri önemlidir.

### **2.5.1.Tanı Amaçlı Kullanılabilecek Formlar**

Psikiyatrik hastalıkların tanısında oldukça yaygın olarak kullanılan rehber DSM-IV'ün Birinci Basamak versiyonu DSM-IV-PC (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Primary Care) ve Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), birinci basamakta tanı amaçlı kullanılabilir.

**Prime-MD:** Spitzer ve arkadaşları(1994) tarafından özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlere psikiyatrik bozuklukları kısa sürede ve doğru olarak tanıma kolaylığı sağlamak amacıyla geliştirilmiş, tam yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Temel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan dört psikiyatrik bozukluk grubunu içermektedir; duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, alkol bağımlılığı ve somatoform bozukluk. Soruların oluşturulmasında DSM-III-R tanı ölçütleri ele alınmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan belirtiler soru şekline getirilmiştir. Değerlendirme tanı koymak için standardize edilmiş soruların sorulması ve ayırıcı tanıyı kolaylaştıran karar ağacı modelinin kullanılması ile kısa sürede yapılabilmektedir.

Prime-MD uygulamasında iki form kullanılır. Hasta soru formu; bir sayfadan oluşur ve hasta tarafından doldurulur. Hastanın evet olarak cevapladığı sorulara göre somatoform, duygu durum, yeme bozukluğu, anksiyete, alkol modüllerine klinisyen yönlendirir. Klinisyen değerlendirme kılavuzu; hekim tarafından kullanılır ve yukarıda sayılan beş tanı grubuna ait şu anda bir hastalık olup olmadığı saptanmaya çalışılır.

Türkiye'de geçerlik-güvenirlilik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır. Kolay ve çabuk uygulanabilmesi gibi olumlu yanları olmakla birlikte, eşik altı belirtileri de hastalık olarak tanıyabilmesi ve bu nedenle ruhsal bozukluk sıklığının bir miktar yüksek



çıkmasına yol açabilmesi, hekim tarafından uygulanması gerekliliği ölçeğin kısıtlılıklarını göstermektedir.

### **2.5.2. Belirti ve Değişiklikleri Derecelendirme Amacıyla Kullanılan Ölçekler**

Bu gruptaki ölçekler tanı amaçlı değil, rahatsızlığın düzeyini, belirtilerin risk, şiddet ve dağılımını, değişimini ve tedaviye cevabını ölçmek amaçlı formlar olup hastalık takibinde kullanılabilirler.

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Klinisyen tarafından depresyon belirtileri olanlara uygulanan bir ölçektir. Ölçek, Hamilton(1960) tarafından geliştirilmiştir. 17 sorudan oluşur. En yüksek 53 puan alınır ve 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) yapılmıştır.

**Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:** Hamilton (1959) tarafından geliştirilen ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları(1998) tarafından yapılmıştır.

**Beck Depresyon Ölçeği:** Kendini değerlendirme ölçeği olup depresyon riski, şiddeti ve değişimini ölçer. Beck tarafından 1961'de geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin(1980) ve Hisli(1988) tarafından yapılan test, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Maddeler, depresyonun ciddiyetine göre 0-3 arasında değişen dereceli bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir.

**Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği:** Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmıştır. Kendini değerlendirme ölçeğidir ve doğum sonrası depresyon riskini

belirlemede kullanılır. Türkçe formu Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından uyarlanmış ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

### 2.5.3. Ruhsal Sorunları Tarama Amacıyla Kullanılan Ölçekler

**Belirti Tarama Listesi 90-R:** Psikiyatrik belirtileri ölçen kendini değerlendirme testidir. Normal popülasyonun 17 yaşından itibaren genç ve yetişkin, en az ortaöğretimden geçmiş kişilere uygulanabilir. 5 dereceli likert tipi cevaplanan 90 maddeden oluşmaktadır. Somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve diğer sorulardan oluşan bir ölçektir. Deragotis (1977) tarafından geliştirilen test, türkçe formuna Dağ (1991) uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

SCL-90-R'nin geçerliğiyle ilgili olarak yapılan çalışma sonuçları bu testin genel olarak psikopatolojiyi ölçebileceği, fakat alt ölçeklerin birbirinden farklı psikiyatrik belirti gruplarını ayırt edemeyeceği; ancak bir bütün olarak psikiyatrik belirtiselliği çok iyi gösterecek bir yapı geçerliğinin bulunduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Kendini değerlendirme türü ölçeklerin rasyonelini ve kısıtlı yönlerini bilen araştırmacıların ya da pratisyenlerin kullanması uygundur.

**Genel Sağlık Anketi:** Toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla David Goldberg tarafından geliştirilmiş bir tarama testidir. GSA, özellikle psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkların erken saptanmasında kullanılır. Kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. GSA, tanıya götürmez ancak sürekli gerilim, değersizlik hissi, intihar düşünceleri, keyifsizlik ve kendine güven kaybının genel bir ölçümünü yapar. Testin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır.

Sorular dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı her maddelerin toplanması ile elde edilir. GSA tipi puanlama ile her maddenin ilk iki yanıtı 0, son iki yanıtı 1 puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir.

Türkiye de Kılıç (1996) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında 12 ve 28 soruluk biçimlerinin geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir. Türkçe formu Kılıç tarafından uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Alan çalışmalarında en sık kullanılan iki ölçekten biridir.

#### **2.5.4. Bilişsel Durumu Değerlendirenler**

Kısa mental durum incelemesi ve kısa kognitif muayene çizelgesi bu grupta sayılabilecek Türkçe geçerlik ve güvenilirliği olan iki ölçektir. Kısa sürede uygulanabilen, yönelim, dikkat, bellek gibi fonksiyonları değerlendirerek organik rahatsızlıklar hakkında bilgi veren formlardır.

### **2.6. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma**

Ruhsal bozukluklar, genel sağlık hizmetleri çerçevesinde dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır (Tabak ve Şarlak, 2008).

Halk Sağlığı açısından ruhsal sağlık sorunları dört nedenle önem taşır:

1. Yaşam kalitesi, önemli oranda kişinin ruhsal durumu tarafından belirlenir.
2. Tıbbi bakıma gereksinim duyan kişilerin büyük bölümü aynı zamanda ruhsal veya nörolojik bozukluklara sahiptir.
3. Birçok bedensel hastalığın önemli ruhsal yönü vardır.
4. Erken ölümler ya da kalıcı hasar geliştirebilirler (Çelikkol 2001).

Pektaş vd'nin (2006) aktardığına göre; toplum ruh sağlığı hizmetleri ise, toplum ruh sağlığı için gerekli olan tüm hizmetleri içeren bir kavramdır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde esas, ruh sağlığını korumak, ruh hastalıklarının oluşumunu önlemek ve bu çalışmaları halka götürebilmek (birincil önleme), ruh hastalarının erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak (ikincil önleme), ruh hastalarının rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamak ve bunun için sistem oluşturmaktır (üçüncül önleme).



## **2.7. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma kapsamında Denizli il merkezinde yaşayan kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve bunlara etki eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezi**

Kadınların sosyo-ekonomik-kültürel durumları, demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, yaşam biçimleri, ev içi üretim ve çalışma yaşamı özellikleri genel ruh sağlığı durumlarını ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını etkiler.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Denizli, Anadolu Yarımadasının güneybatı, Ege Bölgesi'nin doğusunda yer almaktadır. Ege, İç Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri arasında bir geçit durumundadır. Denizli ili doğuda Burdur, Isparta, Afyon; batıda Aydın, Manisa; güneyde Muğla; kuzeyde Uşak illeri ile komşudur. Yüzölçümü 11.868 km<sup>2</sup>, denizden yükseltisi 428 metre'dir.

Denizli ilinde merkez ilçe hariç 18 ilçe, 87 belediye, 360 köy bulunmaktadır. 2010 yılı ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) verilerine göre toplam il nüfusu 931.823 olup 467.719'u kadındır. Denizli Merkez ilçe şehir nüfusu 498.643 olup 250.145'i kadındır.

Denizli il merkezinde 4 Toplum Sağlığı Merkezi(TSM) bulunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı Aile Sağlığı Merkezi(ASM) ve Aile Hekimi(AH) sayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3.3.1 Toplum Sağlığı Merkezlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimi Sayıları**

Toplum Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
TSM 1	6	37
TSM 2	11	39
TSM 3	17	35
TSM 4	11	33

Araştırmanın evreni Denizli il merkezine bağlı Toplum Sağlığı Merkezi Bölgelerinde yaşayan 20-59 yaş erişkin kadınlardan oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Women and Health,2009" raporunda erişkin yaş kadınlar 20-59 yaş grubu olarak tanımlanmıştır. Denizli il merkezinde yaşayan 20-59 yaş kadın nüfusu 162.461'dir.

### 3.4. Örneklem Büyüklüğünün Saptanması ve Örnekleme Yöntemi

Erişkin kadınlarda ruh sağlığı bozukluğu görülme sıklığına göre örneklem büyüklüğü saptanmıştır. Örneklem büyüklüğü,  $N=t^2x(pxq)/d^2$  formülünden daha önce yapılmış çalışma sonuçlarına göre prevalans (%38±5) alınarak hesaplanmış, en az 362 kadına ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır.

Örnek seçim yöntemi olarak çok aşamalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada TSM bölgelerine ait Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), her TSM bölgesi için randomize olarak seçilmiş, ikinci aşamada ASM bölgesinden randomize olarak aile hekimleri (AH) seçilmiş, üçüncü aşamada her AH bölgesinden örneğe kadınlar randomize olarak belirlenmiştir. 12 Aile Hekiminin bölgelerinden 33'er kadın randomize yöntemle seçilerek toplam 396 kadına ulaşılması planlanmıştır.

Örneklem seçimi Tablo 3.4.1. de verilmiştir.

**Tablo 3.4.1. Örneklem Seçimi**

<b>TSM</b>	<b>ASM</b>	<b>AH</b>	<b>20-59 Yaş Kadın Nüfusu</b>
<b>TSM-1</b>	Saltak ASM	20.01.001	1146
<b>TSM-1</b>	Denizli Belediyesi ASM	20.01.009	1162
<b>TSM-1</b>	Karaman ASM	20.01.021	1196
<b>TSM-2</b>	Kınıklı ASM	20.01.049	1224
<b>TSM-2</b>	Ticaret Borsası ASM	20.01.059	1234
<b>TSM-2</b>	Bağbaşı ASM	20.01.068	1241
<b>TSM-3</b>	Karşıyaka ASM	20.01.079	1230
<b>TSM-3</b>	Şöf. ve Otomobilciler Odası ASM	20.01.82	1014
<b>TSM-3</b>	Deliktaş ASM	20.01.086	1120
<b>TSM-4</b>	Yeşilyurt ASM	20.01.115	1147
<b>TSM-4</b>	Şifabul ASM	20.01.119	1296
<b>TSM-4</b>	Gümüşler ASM	20.01.132	981

### **3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni**

1. Erişkin kadınların ruh sağlığı bozukluğu:
  - a. Genel Sağlık Anketi
  - b. Tanı konulmuş bir ruhsal hastalık varlığı
2. Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumu:
  - a. Ruh sağlığı hizmetinden yararlanma durumu
  - b. Yararlanılan ruh sağlığı hizmeti:
    - i. Kurumsal; birinci, ikinci ve üçüncü basamak
    - ii. Sağlık personeli; psikiyatrist, aile hekimi/pratisyen, uzman hekim, psikolog
    - iii. Ruh sağlığı hizmeti; poliklinik görüşmesi, ilaç, psikoterapi (bireysel-grup), uğraş terapisi



### 3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

1. Demografik Özellikler; yaş, medeni durum
2. Sosyo-ekonomik Özellikler; eğitim durumu, sağlık güvencesi, sosyal güvence, eşin özellikleri(eğitim, çalışma, sosyal güvence), hane geliri, aile tipi, hanede yaşayan kişi sayısı, bağımlı gruplar ( genç, yaşlı, bakıma muhtaç), göç öyküsü, anadil
3. Doğurganlık Özellikleri; evlilik öyküsü ve doğurganlık öyküsü
4. Yaşam Biçimi; Sigara ve alkol kullanma durumu, uyku süresi
5. Sosyo-kültürel Özellikler; gazete ve kitap okuma, televizyon izleme, sosyal etkinliklere katılma, spor yapma, ev ile ilgili kararlara katılım
6. Ev İçi Üretim ve Çalışma Yaşamında Kadın Emeği; çalışma durumu, çalıştığı kurum, çalışma statüsü, ev içi üretime katkı,

### 3.6. Veri Toplama

Araştırmanın verileri, literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket ve Genel Sağlık Anketi (Ek-1) ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Anket soruları; sosyo-demografik özellikler, aile ve haneye ait özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sosyal yaşam özellikleri, çalışma yaşamı özellikleri, ev içi sorumluluk, ev içi kararlara katılım, kadının eşine ait bilgiler, ruhsal hastalık öyküsü, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaya ait sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma planlandıktan sonra hazırlanan soru formu, 20 kişilik erişkin kadın grubu üzerinde pilot olarak uygulanmış, gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verilmiştir.

Araştırmaya katılacak anketörlere araştırmanın amacı, soru formundaki soruların özellikleri, iletişim tekniği hakkında bilgiler içeren eğitim verilmiştir.

Araştırmacı ve eğitilmiş anketörler tarafından evde yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır. Her kadına bir kez gidildikten sonra evde bulunamayanlara randevu verilerek ikinci kez gidilmiştir.

### 3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmaya katılan kadınların ruh sağlığı durumlarının belirlenmesinde Genel Sağlık Anketi kullanılmıştır.

Genel Sağlık Anketi(GSA), toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla David Goldberg tarafından geliştirilmiş bir tarama testidir. GSA, özellikle psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkların erken saptanmasında kullanılır. Kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. GSA, tanıya götürmez ancak sürekli gerilim, değersizlik hissi, intihar düşünceleri, keyifsizlik ve kendine güven kaybının genel bir ölçümünü yapar. Testin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Türkiye de Kılıç (1996) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında 12 ve 28 soruluk biçimlerinin geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir. Bu çalışmada 12 soruluk GSA' i kullanılmıştır.

Türkçe formunun güvenilirliği: Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı GSA 12 için 0.78, GSA 28 için 0.84 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde GSA 12 için  $r = 0.84$ , GSA 28 için  $r = 0.70$  elde edilmiştir. Yarım test güvenilirliği katsayısı ise GSA 12' de  $r = 0.81$ , GSA 28 için  $r = 0.672$ dir.

Türkçe formunun geçerliliği: Geçerlilik çalışmasında, ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA 12 için kesme puanı 1/2, GSA 28 için ise 4/5 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada GSA tipi puanlama uygulanmıştır. Her maddenin ilk iki yanıtı 0 ve son iki yanıtı 1 puan alır. Toplam puan her madde puanının toplanması ile elde edilir. 2 ve üzeri puanlama ruhsal bozukluk belirtisi olarak kabul edilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Tanım ve Kriterleri

#### 3.8.1. Çalışma Durumu

Araştırmamızda kadınların çalışma yaşamı ayrıntılı ele alınmıştır. Kadınlara çalışma yaşamına ait yedi grup soru yöneltilmiştir. Herhangi bir işte çalışıp çalışmadıkları, nerede çalıştıkları, çalıştıkları kurumdaki statülerine ilişkin sorular sorulmuştur.

Çalışmadığını ifade eden kadınların gelir getirici bir işte bulunup bulunmadıkları sorgulanmıştır(ev eksenli çalışma, evde çalışma). Herhangi bir gelir getirici faaliyette bulunmayanlar, ücretsiz aile işçisi olmayanlar “ödenmeyen emek” olarak değerlendirilmiştir.

**Ödenmeyen Emek:** Ev kadınlığı olarak da nitelenen ödenmeyen emek, kadınların günlük ev içinde harcadığı emektir. Kadınların evde yaptıkları bu işler cinsiyete dayalı işbölümü çerçevesinde kadınlık rolüyle özdeşleşmiştir ve görünür değildir. Ev işlerinin, sorumluluklarının yanında bakım yükü de bu emeğin bir bölümünü oluşturmaktadır. Kadınların bu emeklerinin karşılığı ücretlendirilmemektedir.

**Formel Çalışma:** Kişinin kamuda, özel sektörde ücret karşılığı ya da kendi işinde çalışması.

**Ücretsiz Aile İşçisi:** Formel çalışma biçimlerinden farklı olarak kişinin ailesinden herhangi bir kişiye ait bir işyerinde ( market, büro, fabrika, tarla) ücret almadan çalışması.

**Ev Eksenli Çalışma:** Ev-eksenli çalışma, genellikle “ev”de yapılan çalışmadır. Ev-eksenli çalışmanın önde gelen özelliği yapılan işin de çalışanlarında görünmezliğidir. Ev- eksenli çalışanların %80-90’ nı kadınlar oluşturmaktadır. Uzun yıllardır var olan bir çalışma türüdür. El dokumaları, dikiş, çeyizlik eşya, kışlık gıda üretimi, şarap üretimi, başkalarının çamaşırlarının yıkanması, ütülenmesi gibi bir çok mal ve hizmet üretimi Ev-eksenli olarak yapılmaktadır.

Ev- eksenli çalışma değişik biçimlerde görülebilmektedir; kişinin kendi karar verdiği malzeme ile kendi istediği ürünü üretmesi, fiyatlandırması ve satması “bağımsız çalışma”, kişinin evde yapacağı işi sipariş olarak alıp, siparişi verenin istediği ürünü istediği model ve miktarda, istediği zamanda yetiştirmek üzere ücret konusunda anlaştığı “ birden çok işverenin işçisi”, kişinin işi bir aracı, taşerondan aldığı, işverenin belirlediği malzeme ile bir malı ya da malın bir parçasını, işverenin istediği zamanda teslim etmek üzere parça başı çalışanlar “bağımlı çalışma”.

### 3.8.2. İstihdam Biçimi

Çalışma güvencesi sınıflandırılırken, ev kadınları “ödenmeyen emek” olarak, formel çalışanlardan kamuda 4-A lı çalışanlar, özelde sürekli belirsiz süreli çalışanlar, kendi hesabına işyerinde çalışanlar “güvenceli çalışan”, kamuda sözleşmeli, taşeron çalışanlar, özel sektörde belirli süreli sözleşmeli, fason çalışanlar, ara işlerde çalışanlar, ücretsiz aile işçileri, ev-eksenli çalışanlar ve ev işçileri “güvencesiz çalışan” olarak değerlendirilmiştir.

### 3.8.3. Ev İçi Sorumluluk

Kadınlara ev içinde yaptıkları işler; yemek-bulaşık, alışveriş, ev temizliği, çamaşır-ütü, ev onarım işleri, fatura ödenmesi, çocuk bakımı, çocuk eğitimi işleri her biri ayrı soru ile bu işlerin sorumluluğunun evde kime ait olduğu sorulmuştur. Her soruda “çoğunu ben yaparım” cevabı 1, diğerleri 0 puan olarak puanlanmıştır. 8 soru üzerinden 5 ve üzeri puan alanlar **yüksek sorumluluk**, 4 ve altı puanlar **düşük sorumluluk** olarak değerlendirilmiştir.

### 3.8.4. Ev İçi Kararlara Katılım

Kadınların ev ve aileyle ilgili kararlara ne kadar katıldıklarını değerlendirmek için sorular sorulmuştur. Cevaplar beşli likert tipi “çok az ya da hiç”, “az”, “orta”, “çoğunlukla”, “her zaman” birini işaretlemeleri ile değerlendirilmiştir. Çok az ya da hiç, az, orta cevapları **düşük katılım**, çoğunlukla, her zaman cevapları **yüksek katılım** olarak değerlendirilmiştir.

### 3.8.5. Genel Sağlık Algısı

Kadınların genel sağlık algılarını değerlendirmek için “genel olarak sağlığımız son 15 gün içinde nasıldır” sorusu sorulmuş ve cevaplarını beşli likert tipi “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü”, “çok kötü” üzerinden cevaplamaları istenmiştir. Çok iyi ve iyi cevapları “iyi”, orta, kötü, çok kötü cevapları “kötü” olarak değerlendirilmiştir.

## 3.9. Veri Değerlendirme

Bu araştırmadan elde edilen veriler SPSS Version 11.0 programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak frekans, yüzde, ortalama ve standart

sapma kullanılmıştır. Ruh sağlığını etkileyen faktörlerin saptanmasında ki-kare analizleri kullanılmıştır.  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Ruh sağlığı bozukluğunun saptanması için ölçek kullanılması, ölçeğin tanı koydurucu olmaması, klinik görüşme yapılmaması, ruhsal hastalık tanılarının öykü düzeyinde olması dezavantajlı yanlarını oluşturmaktadır.

### **3.11. Araştırmanın Destekleri**

Araştırmamız Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje (BAP) Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir.

### **3.12. Araştırmanın İzni**

Denizli İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra örnekleme çıkan Aile Sağlığı Merkezleri ziyaret edilerek Aile Hekimlerine ve Aile Sağlığı Elemanlarına araştırmanın amacı anlatılmış ve uygulanacak anketle ilgili bilgilendirmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara anket uygulanmadan önce araştırmayla ilgili bilgilendirme yapılarak sözlü onam alınmıştır.

#### 4.BULGULAR

Hedeflenen 396 kadının 355'ine (%89,6) ulaşılmıştır. Hedeflenen kadınlara; 17'si ankete katılmayı reddettiği, 24'ü ise adres değişikliği ve iki kere gidilmesine rağmen evde bulunamaması nedeniyle ulaşılamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $38,4 \pm 9,8$  olup minimum 20, maksimum 59'dur.

Araştırmaya katılan kadınların yaş, medeni durum, evlilik ve çocuk bilgileri Tablo 3.1. de verilmiştir. Kadınların %34,6'sı 30-39 yaş, %29,3'ü 40-49 yaş arasındadır. Kadınların %84,5'i halen evlidir, %9'u eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanlardır, %95,2'si bir evlilik yapmıştır. Kadınların % 5,1'nin hiç çocuğu yok iken %50,3'ü iki çocuk sahibidir (Tablo 4.1).

Kadınların %7,3'ü formel eğitimi tamamlamamış, %48,7'si ilkokul mezunudur. Kadınların %70,7'sinin kendisine ait sosyal güvencesi yoktur, %18,3'ü SSK'lıdır. Kadınların %6,5'nin sağlık güvencesi yok iken %63,7 SSK, %3,7 Yeşil Kart sahibidir (Tablo 4.2).

Kadınların eşlerinin %1,3'ü formel eğitimi tamamlamamışken, %45,7'si ilkokul mezunudur. Kadınların eşlerinin %7,3'nün sosyal güvencesi yok iken %64,7'si SSK'lıdır. Yine kadınların eşlerinin % 4'nün sağlık güvencesi yok iken %64,3'ü SSK, %3'ü Yeşil Kart sahibidir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.1. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Yaş, Medeni Durum, Evlilik ve Çocuğa Ait Özellikleri**

Yaş	Sayı	%
20-29	74	20,8
30-39	123	34,6
40-49	104	29,3
50-59	54	15,2
<b>Medeni Durum</b>		
Hiç Evlenmemiş	23	6,5
Evli	300	84,5
Eşi Ölmüş	9	2,5
Boşanmış	22	6,2
Eşinden Ayrı	1	0,3
Toplam	355	100,0
<b>Evlilik Sayısı</b>		
Bir	316	95,2
Birden Fazla	16	4,8
<b>Çocuk Sayısı</b>		
0	17	5,1
1	55	16,6
2	167	50,3
3	64	19,3
4 ve Üstü	29	8,7
Toplam	332*	100,0

\* En az bir kez evlilik yapanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.2. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Evli Erişkin Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal Güvence ve Sağlık Güvencesi Durumları**

Eğitim Durumu	Kadın		Eşi	
	Sayı	%	Sayı	%
Formel Eğitimini Tamamlamamış	26	7,3	4	1,3
İlkokul Mezunu	173	48,7	137	45,7
Ortaokul Mezunu	61	17,2	51	17,0
Lise Mezunu	57	16,1	61	20,3
Üniversite Mezunu	38	10,7	47	15,7
<b>Sosyal Güvence</b>				
Yok	251	70,7	22	7,3
Emekli Sandığı	14	3,9	45	15,0
SSK	65	18,3	194	64,7
Bağkur	22	6,2	38	12,7
Özel Sigorta	1	0,3	1	0,3
Diğer	2	0,6	0	0,0
<b>Sağlık Güvencesi</b>				
Yok	23	6,5	12	4,0
SSK	226	63,7	193	64,3
Emekli Sandığı	45	12,7	49	16,3
Bağkur	47	13,2	36	12,0
Yeşil Kart	13	3,7	9	3,0
Özel Sağlık Sigortası	1	0,3	1	0,3
Toplam	355	100,0	300*	100,0

\* Halen evli olanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %13'ü geniş ailede yaşamaktadır. Hanede yaşayan kişi sayısı %24,1'inde 5 ve üzeridir. Yine kadınların % 45,1'i ailenin sahibi olduğu evde oturmaktadır. Oda başına düşen kişi sayısı % 41,5'nde bir ve üzeridir (Tablo 4.3).

Kadınların yaşadığı hanelerin %11,5'nde çalışan kişi yoktur. Kadınların hane geliri %20,5'nde asgari ücret ve altında, %11'nde 2000 TL ve üzerindedir (Tablo 4.3).

Kadınların %27,3'ü doğduğundan beri Denizli'de yaşamakta olduğunu, %34'ü il içinden göç ettiğini, %38,6'sı başka illerden göç ettiğini ifade etmiştir. Kadınların % 6,8'nin anadili Türkçe değildir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.3. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Aile, Hane Özellikleri ve Hane Geliri Durumları**

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek	309	87,0
Geniş	46	13,0
Toplam	355	100,0
<b>Ev Mülkiyeti</b>		
Evet	160	45,1
Hayır	195	54,9
Toplam	355	100,0
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı</b>		
1-2	35	9,9
3	94	26,6
4	140	39,5
5	54	15,3
6 ve Üstü	31	8,8
Toplam	354*	100,0
<b>Oda Başına Düşen Kişi</b>		
1 ve Altı	207	58,5
1'in Üzeri	147	41,5
Toplam	354*	100,0
<b>Hane Geliri</b>		
Asgari Ücretten Az	16	4,6
Asgari Ücret	55	15,9
700-2000 TL	238	68,6
2000 Üzeri	38	11,0
Toplam	347*	100,0
<b>Hanede Çalışan Kişi Sayısı</b>		
0	41	11,5
1	214	60,3
2	87	24,5
3	13	3,7
Toplam	355	100,0

\* Yanıt vermeyenler vardır.



**Tablo 4.4. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Göç Öyküsü ve Anadilleri**

Göç Etme Durumu	Sayı	%
Doğduğundan Beri Denizli'de Yaşıyor	97	27,3
Denizli'nin Köy ve Beldelerinden Göç Etmiş	47	13,2
Denizli'nin İlçelerinden Göç Etmiş	74	20,8
Başka İlden Göç Gelmiş	137	38,6
Toplam	355	100,0
<b>Anadil</b>		
Çerkezce	1	0,3
Hemşince	1	0,3
Kürtçe	22	6,2
Türkçe	331	93,2
Toplam	355	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %20,6'sı sigara içmektedir. Kadınların %13'nün sigaraya başlama yaşı 15 ve altındadır. Yine bu kadınların %48,1'i 10-19 yıldır sigara içmekte iken %57,1'i günde 1-9 adet sigara içmektedir. Kadınların %2,8'i alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumu**

Halen Sigara İçme Durumu	Sayı	%
Evet	73	20,6
Hayır	278	78,3
Bıraktım	4	1,1
Toplam	355	100,0
<b>Sigaraya Başlama Yaşı</b>		
15 ve Altı	10	13,0
16-25	50	64,9
26 ve Üstü	17	22,1
Toplam	77	100,0
<b>Kaç Yıl Sigara İçti</b>		
1-9	18	23,4
10-19	37	48,1
20 ve Üstü	22	28,6
Toplam	77	100,0
<b>Günde Kaç Tane İçiyor/du?</b>		
1-9	44	57,1
10-19	19	24,7
20 ve üstü	14	18,2
Toplam	77	100,0
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Evet	10	2,8
Hayır	345	97,2
Toplam	355	100,0

Araştırmaya katılan evli erişkin kadınların doğurganlık özellikleriyle ilgili bilgiler Tablo- 3.6. da verilmiştir. Kadınların %1,5'i halen gebedir. Adölesan evlilik oranı kadınlarda %47,1 iken erkeklerde %10,4'tür. Kadınlarda adölesan gebelik oranı %30,4'tür (Tablo 4.6).

Kadınların %4,5'nde gebelik öyküsü yok iken %51,9'nda 3 ve üzeri gebelik öyküsü vardır. Kadınların %22,9'nda düşük, %24,7'sinde kürtaj, %2,4'nde ölü doğum, %3,3'nde bebek ölümü, %1,2 çocuk ölümü öyküsü saptanmıştır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Yaş Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri**

Gebe	Sayı	%
Hayır	327	98,5
Evet	5	1,5
Toplam	332*	100,0
<b>Kadının İlk Evlilik Yaşı</b>		
19 ve altı	155	47,1
20-24	141	42,9
25 ve üstü	33	10,0
Toplam	329**	100,0
<b>Eşin Evlilik Yaşı</b>		
19 ve Altı	34	10,4
20-24	148	45,3
25 ve üstü	145	44,3
Toplam	327**	100,0
<b>İlk Doğum Yaşı</b>		
19 ve Altı	96	30,4
20-24	153	48,4
25-29	48	15,2
30-34	13	4,1
35 ve Üstü	6	1,9
Toplam	316**	100,0
<b>Toplam Gebelik</b>		
0	15	4,5
1	47	14,2
2	98	29,5
3	76	22,9
4	48	14,5
5 ve Üstü	48	14,5
Toplam	332*	100,0
<b>İstemsiz Düşük</b>		
0	256	77,1
1	55	16,6
2 ve Üstü	21	6,3
Toplam	332*	100,0
<b>İstemli Düşük</b>		
0	250	75,3
1	59	17,8
2 ve Üstü	23	6,9
Toplam	332*	100,0
<b>Ölü Doğum</b>		
Hayır	324	97,6
Evet	8	2,4
Toplam	332*	100,0
<b>Bebek Ölümü</b>		
Hayır	321	96,7
Evet	11	3,3
Toplam	332*	100,0
<b>Çocuk Ölümü</b>		
Hayır	328	98,8
Evet	4	1,2
Toplam	332*	100,0

\* En az bir kez evlilik yapanlar alınmıştır.

\*\* Cevap vermeyenler vardır.

Araştırmaya katılan kadınların %28,5'i kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Kadınların kronik hastalıklarının dağılımına bakıldığında %7,3 Diyabet ve %7,3 Hipertansiyon en sık görülen hastalıklardır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınlarda Kronik Hastalık Bulunma Durumu ve Kronik Hastalıkları**

Kronik Hastalık Durumu	Sayı	%
Hayır	254	71,5
Evet	101	28,5
Toplam	355	100,0
<b>Kronik Hastalıklar</b>		
Diabet	26	7,3
Hipertansiyon	26	7,3
Astım	14	3,9
Hiperlipidemi	11	3,1
Ruhsal bozukluklar	11	3,1
Guatr	11	3,1
Lumbal disk henisi	7	2,0
Diğerleri	22	6,2

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-kültürel özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3.8. de verilmiştir. Kadınların sadece %30,7'si son bir yıl içinde tatil için bir yere gitmiştir. Yine kadınların %13'ü her gün gazete, %5,4'ü her gün kitap okumakta iken %84,5'i her gün televizyon izlemektedir (Tablo 4.8).

Kadınların %6,5'i ev gezmesine nadiren gitmekte ya da hiç gitmemekte iken %76,1'i hiç spor yapmamakta, %73,2'si son bir ay içinde herhangi bir sosyal etkinliğe katılmamıştır (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan kadınların günlük uyku süresi ortalama  $7.39 \pm 1,33$  saat olup, %6,8'i 5 saat ve altında, %12,4'ü 9 saat ve üzerinde uyumaktadır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Sosyo-Kültürel Özellikleri**

<b>Tatil</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	109	30,7
Hayır	246	69,3
Toplam	355	100,0
<b>Gazete Okuma</b>		
Okumam	120	33,8
Nadiren	133	37,5
Haftada Bir İki	56	15,8
Her Gün	46	13,0
Toplam	355	100,0
<b>Kitap Okuma</b>		
Okumam	153	43,1
Nadiren	136	38,3
Haftada Bir İki	47	13,2
Her Gün	19	5,4
Toplam	355	100,0
<b>TV İzleme</b>		
Nadiren	7	2,0
Haftada Bir Gün	9	2,5
Haftada İki Üç Gün	39	11,0
Her Gün	300	84,5
Toplam	355	100,0
<b>Ev Gezmesi</b>		
Gitmem	23	6,5
Ayda Bir	47	13,3
On Beş Günde Bir	28	7,9
Haftada Bir	92	26,0
Haftada Bir İki	164	46,3
Toplam	354*	100,0
<b>Spor</b>		
Yapmam	270	76,1
Ayda Bir	9	2,5
On Beş Günde Bir	4	1,1
Haftada Bir	15	4,2
Haftada Bir İki	57	16,1
Toplam	355	100,0
<b>Sosyal Etkinlik**</b>		
Hayır	260	73,2
Sinema	60	16,9
Tiyatro	8	2,2
Konser	6	1,7
Yemek	63	17,7
<b>Uyku (saat)</b>		
1-5	24	6,8
6-8	286	80,8
9 ve Üstü	44	12,4
Toplam	354*	100,0

\* Cevap vermeyenler vardır.

\*\* Birden fazla yanıt veren vardır.

Araştırmaya katılan kadınların %26,2'si halen çalışmakta olup, %43,1'i evlenmeden önce çalıştıklarını belirtmiştir. Çalışmakta olan kadınların %12,8'i özel sektörde, %3,1'i kamuda, %4,8'i kendi hesabına çalışmaktadır. Yine kadınların %4,5'i emeklidir (Tablo 4.9).

Kadınların çalışma statülerine bakıldığında %20,8'i formel bir işte çalışırken, %13,5'i ev eksenli çalışan ve ev işçisi, %3,9 ücretsiz aile işçisi, %61,7'si ödenmeyen emek sahibidir. Kadınların %30,7'sinin çalışma güvencesi yok iken, %7,6'sı güvenceli çalışmaktadır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Çalışma Durumları ve Çalışma Yaşamı Özellikleri**

<b>Çalışma</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	93	26,2
Hayır	262	73,8
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100,0</b>
<b>Çalışma Durumu</b>		
Ödenmeyen emek	219	61,7
Formel	74	20,8
Ücretsiz Aile İşçisi	14	3,9
Ev Eksenli + Ev işçisi	48	13,5
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100,0</b>
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Devlet	11	3,1
Özel Sektör	46	12,8
Ara İşler	19	5,4
Kendi Hesabına	17	4,8
Ev Kadını	246	69,3
Emekli	16	4,5
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100,0</b>
<b>Devlet Statü</b>		
4-A	9	81,8
4-C	2	18,2
<b>Toplam</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>Özel Statü</b>		
Belirsiz Süreli	37	80,4
Belirli Süreli	4	8,7
Taşeron	5	10,9
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>
<b>İstihdam Biçimi</b>		
Ödenmeyen emek	219	61,7
Güvencesiz çalışma	90	25,4
Güvenceli çalışma	46	13,0
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100,0</b>
<b>Evlenmeden Önce Çalışma</b>		
Evet	153	43,1
Hayır	178	50,1
<b>Toplam</b>	<b>331*</b>	<b>93,2</b>

\* Cevap vermeyen vardır.

Kadınların ev içi yükü incelenirken evde yaşayan, bakım yükü oluşturan kişi varlığı, ev işlerine ayrılan süre, ev içi sorumluluklar değerlendirilmiştir. Bakım yükü oluşturan kişilerin belirlenmesinde yaş özellikleri, fiziksel ya da zeka engelli kişi bulunması, kronik hasta varlığı değerlendirilmiştir. Kadınların ev içi yüküne ait bilgiler Tablo 4.10., Tablo 4.11., Tablo 4.12. de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların hanelerinde, %62,3'nde 15 yaş altında kişi, %8,5'de 65 yaş üstünde kişi, %4,5'nde fiziksel ya da zeka engelli kişi, %33,5'nde kronik hastalığı olan kişi yaşamaktadır. Bakım yükü oluşturan grup sayısı olarak bakıldığında %77,7'sinin hanesinde bakım yükü oluşturan en az bir grup bulunmaktadır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Hanelerinde Bakım Yükü Durumu**

<b>15 Yaş Altı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yok	134	37,7
Var	221	62,3
Toplam	355	100,0
<b>65 Yaş Üstü</b>		
Yok	325	91,5
Var	30	8,5
Toplam	355	100,0
<b>Fiziksel ya da Zeka Engelli Olan</b>		
Yok	339	95,5
Var	16	4,5
Toplam	355	100,0
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Yok	236	66,5
Var	119	33,5
Toplam	355	100,0
<b>Bakım Yükü Oluşturan Kişi Sayısı</b>		
0	79	22,3
1	115	32,4
2	87	24,5
3	42	11,8
4	19	5,4
5 ve üzeri	13	3,7
Toplam	355	100,0
<b>Bakım Yükü Oluşturan Grup Sayısı</b>		
0	79	22,3
1	189	53,2
2	71	20,0
3	9	2,5
4	7	2,0
Toplam	355	100,0

Ev işlerine ayrılan süre hafta içi ortalama  $3,21 \pm 1,35$  saat, hafta sonu ortalama  $3,82 \pm 1,39$  saattir. Kadınların %28,5'i hafta içi , %32,7'si hafta sonu ev işleri için dört saat zaman ayırmaktadır. Kadınların %5,6'sı ev işleri için yardımcı çalışmaktadır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İşlerine Ayırdığı Zaman**

Ev İşi Hafta İçi (saat)	Sayı	%
0	11	3,1
1	19	5,4
2	80	22,5
3	90	25,4
4	101	28,5
5 ve üzeri	54	15,3
Toplam	355	100,0
Ev İşi Hafta Sonu (saat)		
0	8	2,3
1	5	1,4
2	51	14,4
3	66	18,6
4	116	32,7
5 ve üzeri	109	30,8
Toplam	355	100,0
Evde Yardımcı Çalıştırma		
Evet	20	5,6
Hayır	335	94,4
Toplam	355	100,0

Araştırmaya katılan kadınlar; %87 yemek-bulaşık, %46,8 alışveriş, %87,9 ev temizliği, %89,3 çamaşır-ütü, %7 tamir işleri, %25,1 fatura ödeme, %65,5 çocuk bakımı, %52,9 çocuk eğitimi sorumluluğunun çoğunlukla kendinde olduğunu ifade etmiştir. Kadınların ev içi sorumluluk düzeyine bakıldığında %60,1'i yüksek sorumluluktadır (Tablo 4.12).



**Tablo 4.12. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İçi Sorumluluk Durumları**

Ev İçi Sorumluluk	Çoğunu Ben Yaparım		Çoğunu Eşim Yapar		Eşit yada Az Paylaşırız		Başka Birisi Yapar		Yapılmaz		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yemek Bulaşık	309	87,0	0	0,0	22	6,2	23	6,5	1	0,3	355
Alışveriş	166	46,8	58	16,3	105	29,6	25	7,0	1	0,3	355
Ev Temizliği	312	87,9	0	0,0	17	4,8	26	7,3	0	0,0	355
Çamaşır Ütü	317	89,3	1	0,3	11	3,1	25	7,0	1	0,3	355
Ev Onarımı	25	7,0	226	63,7	16	4,5	84	23,7	4	1,1	355
Fatura Ödeme	89	25,1	164	46,2	59	16,6	37	10,4	6	1,7	355
Çocuk Bakımı	230	65,5	2	0,6	29	8,3	21	6,0	69	19,7	351*
Çocuk Eğitimi	184	52,9	7	2,0	65	18,7	15	4,3	77	22,1	348*

\* Cevap vermeyenler vardır.

Kadınların ev ve kendileriyle ilgili kararlara katılım durumları değerlendirilirken çok az, az, orta ise düşük katılım; çoğunlukla, her zaman ise yüksek katılım olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %40,6'sı mülkiyet, %38,9'u taşıt, %42'si gelirin yönlendirilmesi, %60,4'ü çocuğun eğitimi, %70,1'i nasıl giyineceği, %69,3'ü kimlerle görüşeceği, %69,9 mahalle ve çevrede hareket etme özgürlüğü, %57,6'sı bir işte çalışma kararlarına yüksek katılım sağlamaktadır (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ev İle İlgili Kararlara Katılım Durumu**

Kararlara Katılım	Çok az		Az		Orta		Çoğunlukla		Her zaman		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Mülkiyet	27	7,6	60	16,9	124	34,9	102	28,7	42	11,8	355
Taşıt	29	8,2	65	18,3	123	34,6	98	27,6	40	11,3	355
Gelirin Yönlendirilmesi	33	9,3	39	11,0	134	37,7	98	27,6	51	14,4	355
Çocuğun Eğitimi	22	6,9	12	3,7	93	29,0	121	37,7	73	22,7	321*
Ne Giyeceği	12	3,4	28	7,9	66	18,6	139	39,2	110	31,0	355
Kimlerle Görüşeceği	9	2,5	32	9,0	68	19,2	135	38,0	111	31,3	355
Hareket Etme Özgürlüğü	11	3,1	24	6,8	72	20,3	134	37,7	114	32,1	355
İş Kararı	41	11,6	27	7,6	82	23,2	110	31,1	94	26,6	354*

\*Cevap vermeyenler vardır.

Kadınların eşlerinin çalışma yaşamına ait özellikler Tablo 3.14. de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %77'si bir işte çalışmaktadır. Çalışan eşlerin %56,3'ü özel sektörde, %15,2'si iş buldukça, %15,2'si kendi hesabına, %12,5'i kamuda çalışmaktadır. Kadınların eşlerinin %62'si güvenceli bir işte çalışırken, %22,5'i güvencesiz çalışmaktadır (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Evli Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumu ve Çalışma Yaşamı Özellikleri**

Eşin Çalışma Durumu	Sayı	%
Evet	231	77,0
Hayır	69	23,0
Toplam	300*	100,0
<b>Eşin Çalıştığı Kurum</b>		
Devlet	29	12,5
Özel Sektör	130	56,3
İş Buldukça	35	15,2
Kendi Hesabına	35	15,2
Çiftçi	2	0,8
Toplam	231	100,0
<b>Eşin Devlet Statüsü</b>		
4/A	20	69,0
4/B	3	10,3
4/C	4	13,8
Diğer	2	6,9
Toplam	29	100,0
<b>Eşin Özel Statüsü</b>		
Belirsiz süreli	106	81,5
Belirli süreli	13	10,0
Taşeron	11	8,5
Toplam	130	100,0
<b>Eşin İstihdam Biçimi</b>		
Eşi yok	55	15,5
Eşi güvencesiz çalışan	80	22,5
Eşi güvenceli çalışan/emekli	220	62,0
Toplam	355	100,0
<b>Eşin İş Durumu</b>		
Eşi yok	55	15,5
Eşi işsiz	11	3,1
Eşi çalışıyor	231	65,1
Eşi emekli	58	16,3
Toplam	355	100,0

\* Halen evli olanlar alınmıştır.

Kadınların genel sağlık algılarını değerlendirmek için son 15 gün içinde kendilerini nasıl hissettikleri sorulmuştur. Cevaplar ortadan çok kötüye ise kötü; iyiden çok iyiye ise iyi olarak gruplandırılmıştır. Buna göre değerlendirildiğinde kadınların %47,3'ü sağlıklarını kötü olarak nitelemiştir (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Sağlık Algıları**

Genel Sağlık Algısı	Sayı	%
Çok İyi	3	0,8
İyi	184	51,8
Orta	92	25,9
Kötü	67	18,9
Çok Kötü	9	2,5
Toplam	355	100,0

Kadınların ruh sağlığı durumlarını belirlemek için genel sağlık anketi kullanılmıştır. Ankete katılan kadınların genel ruh sağlığı durumuna ilişkin bilgiler Tablo 4.16., Tablo 4.17., Tablo 4.18. de verilmiştir.

Kadınların ruhsal bozukluk belirtilerine bakıldığında; endişeler nedeniyle uykusuzluk çekmek (%29,6), keyifsizlik ve durgunluk (%28,5), günlük işlerden zevk alamama (%22,5 ) en sık görülen belirtilerken; kendini değersiz hissetme (%6,5), işe yaramadığını düşünme (%9,3), kendine güvenini kaybetme (%11) daha az gözlenmiştir (Tablo 4.16).

Ankete katılan kadınların ruhsal bozukluk belirtisi ortalamaları  $2,17 \pm 2,99$  olarak bulunmuştur. Kadınların %46,2'sinin hiç belirtisi yok iken %13,8'i bir belirtiyeye sahiptir (Tablo 4.17).

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık anketine verdiği cevaplar değerlendirildiğinde kadınların %40'nın ruhsal bozukluk belirtisi vardır (Tablo 4.18).

**Tablo 4.16. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Bozukluk Belirtileri**

Ruhsal Bozukluk Belirtileri	Sayı	%
Endişeler nedeniyle uykusuzluk çekmek	105	29,6
Keyifsizlik ve durgunluk	101	28,5
Günlük işlerden zevk alamamak	80	22,5
Yapılan bir işe dikkati verememek	73	20,6
Karar vermekte güçlük	73	20,6
Genel Mutluluk	72	20,3
Zorlukları halledemeyecek gibi hissetmek	61	17,2
Kendini sürekli zor altında hissetmek	58	16,3
Kişisel sorunlarla uğraşamamak	51	14,4
Kendine güveni kaybetmek	39	11,0
İşe yaramadığını düşünmek	33	9,3
Değersizlik duyguları	23	6,5

**Tablo 4.17. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Belirti Puanları**

Genel Sağlık Anketi Toplam Puan	Sayı	%
0	164	46,2
1	49	13,8
2	31	8,7
3	26	7,3
4	16	4,5
5	14	3,9
6	14	3,9
7	13	3,7
8	8	2,3
9	7	2,0
10	2	0,6
11	8	2,3
12	3	0,8
Toplam	355	100,0

**Tablo 4.18. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruh Sağlığı Durumu**

Genel Sağlık Anketi	Sayı	%
Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok	213	60,0
Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var	142	40,0
Toplam	355	100,0

Araştırmaya katılan kadınların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumlarıyla ilgili bulgular Tablo 4.19., Tablo 4.20. de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %37,2'si son bir yıl içinde ruhsal yakınması olduğunu belirtmiştir. Bu kadınların %43,9'u yakınması olduğu halde bir sağlık kurumuna başvurmamıştır. Kadınların sağlık kurumlarına başvurmama nedeni sıklık sırasına göre %37,9 yarasızlık düşüncesi, %36,2 zaman bulamama, %29,3 güvensizlik duyma, %17,2 ekonomik sorunlar nedeniyledir (Tablo 4.19).

Kadınların %47,3'ü devlet hastanelerine, %23'ü aile sağlığı merkezlerine başvurmuş, %60,8'i psikiyatrist, %24,3'ü aile hekiminden yardım almıştır. Yine ruhsal yakınması nedeniyle sağlık kurumuna başvuran kadınların %32,4'ü ruh sağlığı hizmeti alırken sorun yaşadığını ifade etmiş, yaşadıkları sorunları sıklık sırasına göre

önemsenmeme, kısa süre ayrılması, ilaçla geçirilme, bilgilendirilmeme, yeterince dinlememe olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruh Sağlığı Yakınmalarına Sahip Olma ve Yakınmaları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları**

	Sayı	%
<b>Ruhsal Yakınma</b>		
Var	132	37,2
Yok	223	62,8
Toplam	355	100,0
<b>Yakınma Nedeniyle Sağlık Kurumuna Başvurma</b>		
Evet	74	56,1
Hayır	58	43,9
Toplam	132	100,0
<b>Başvurmama Nedeni*</b>		
Ekonomik	10	17,2
Uzaklık	4	6,9
Zaman	21	36,2
Yararsız	22	37,9
Güvensiz	17	29,3
Diğer	7	12,1
<b>Başvurduğu Kurum**</b>		
ASM	17	22,3
Devlet Hastanesi	35	47,3
Üniversite Hastanesi	8	10,8
Özel Hastane	8	10,8
Özel Klinik	6	8,1
<b>Başvurduğu Sağlık Personeli**</b>		
Aile Hekimi	18	24,3
Psikiyatrist	45	60,8
Psikiyatri Dışı Uzman Hekim	9	12,2
Diğer	4	5,4
<b>Ruh Sağlığı Hizmeti Alırken Sorun Yaşama**</b>		
Hayır	50	67,6
Evet	24	32,4
Toplam	74	100,0
<b>Yaşanan Sorun***</b>		
Kısa Süre	11	45,8
Dinlememe	5	20,8
İlaçla Geçştirme	9	37,5
Bilgilendirmeme	7	29,2
Önemsememe	13	54,2

\* Ruhsal yakınması olup herhangi bir sağlık kurumuna başvurmayan 58 kişinin birden fazla cevabı üzerinden değerlendirilmiştir.

\*\* Ruhsal yakınması olup sağlık kurumlarına başvuran 74 kişinin birden fazla cevabı vardır.

\*\*\* Ruh sağlığı hizmeti alırken sorun yaşayan 24 kişinin birden fazla cevabı vardır.

Araştırmaya katılan kadınların %16,9'u ruhsal hastalık tanısı almıştır. Kadınlarda en sık görülen ruhsal hastalık tanısı (%10,4) depresyondur. Kadınların %21,8'i ruhsal yakınma nedeniyle ilaç kullanmıştır. Kadınların en sık ilaç kullanma nedeni (%13,6) depresyondur (Tablo 4.20).

Kadınların %46,5'nde somatizasyon bulgusu yok iken, strese bağlanan %31,7'si baş ağrısı, %12,5 çeşitli vücut ağrıları, %11,1'i cinsel yakınma, %9,6'sı ülser şikayeti olmuştur. Kadınların %13,1'i ruhsal yakınması nedeniyle geleneksel bir yöntemle başvurmuştur. En sık başvurulan yöntemler dini kişilere başvurma ve çeşitli yiyecek, içeceklerin kullanılmasındır (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Ruhsal Tanı ve Tedavi Durumları**

	Sayı	%
<b>Ruhsal Hastalık Tanısı Alma</b>		
Hayır	295	83,1
Evet	60	16,9
Toplam	355	100,0
<b>Ruhsal Hastalık Tanısı **</b>		
Depresyon	37	10,4
Anksiyete	9	2,5
Panik Atak	12	3,4
Uyku Bozukluğu	9	2,5
Yeme Bozukluğu	1	0,3
Diğer	2	0,6
<b>Ruhsal Yakınma Nedenli İlaç Kullanma</b>		
Evet	77	21,8
Hayır	277	78,2
Toplam	354*	100,0
<b>Kullanılan İlaç Nedeni**</b>		
Depresyon	48	13,6
Anksiyete	13	3,7
Panik Atak	13	3,7
Uyku Bozuk	8	2,3
Diğer	2	0,6
<b>Somatizasyon Bulguları**</b>		
Hayır	164	46,5
Baş Ağrısı	112	31,7
Ülser	34	9,6
Kabızlık	15	4,2
Adet Düzensizliği	39	11,1
Ağrılar	44	12,5
Göğüste Sıkışma	24	6,8
Diğer	26	7,4
<b>Geleneksel Yönteme Başvurma</b>		
Hayır	166	86,9
Evet	25	13,1
Toplam	191	100,0

\* Cevap vermeyenler vardır.

\*\* Birden fazla yanıt verenler vardır.

Kadınların medeni durumları ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.004$ ). Boşanmış, eşi ölmüş ve eşinden ayrı yaşayanlarda (%68,8), evli(%37.3) ve hiç evlenmemiş (%34,8) olanlara göre ruhsal bozukluk sıklığı daha fazladır. Kadınların yaş ve çocuk sayısı ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın çocuk sayısı arttıkça ruhsal bozukluk oranı artmaktadır (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21. Kadınların Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Yaş</b>						
20-29	29	39,2	45	60,8	74	0.937
30-39	47	38,2	76	61,8	123	
40-49	43	41,3	61	58,7	104	
50-59	23	42,6	31	57,4	54	
<b>Medeni Durum</b>						
Hiç Evlenmemiş	8	34.8	15	65.2	23	0.004
Evli	112	37.3	188	62.7	300	
Eşi Ölmüş, Boşanmış, Eşinden Ayrı Yaşıyor	22	68.8	10	31.3	32	
<b>Çocuk Sayısı</b>						
Yok	5	29.4	12	70.6	17	0.150
Bir	18	32.7	37	67.3	55	
İki	71	42.5	96	57.5	167	
Üç ve Üstü	40	43.0	53	57.0	93	

Kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ve sağlık güvencesine sahip olmaları ile ruhsal bozukluk bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın kadın ve eşinin sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda(%61,5; %66,7) diğer sağlık güvencelerine göre ruhsal bozukluğa daha sık rastlanmıştır (Tablo 4.22).

Kadının eşinin sosyal güvencesi ile ruh sağlığı bozukluğu bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.011$ ). Eşinin sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre ruhsal bozukluğa daha sık rastlanmıştır (Tablo 4.22).

**Tablo 4.22. Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal Güvence ve Sağlık Güvencelerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Eğitim Durumu</b>						
Formel Eğitimini Tamamlamamış	11	42,3	15	57,7	26	0.122
İlköğretim	99	42,3	135	57,7	234	
Lise	21	36,8	36	63,2	57	
Üniversite	11	28,9	27	71,1	38	
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>						
Formel Eğitimini Tamamlamamış	1	25,0	3	75,0	4	0.241
İlköğretim	78	41,5	110	58,5	188	
Lise	17	27,9	44	72,1	61	
Üniversite	16	34,0	31	66,0	47	
<b>Sosyal Güvence</b>						
Yok	101	40,2	150	59,8	251	0.537
SSK	29	44,6	36	55,4	65	
Emekli Sandığı	5	35,7	9	64,3	14	
Bağkur	6	27,3	16	72,7	22	
<b>Eşin Sosyal Güvencesi</b>						
Yok	13	59,1	9	40,9	22	0.011*
SSK	77	39,7	117	60,3	194	
Emekli Sandığı	14	31,1	31	68,9	45	
Bağkur	7	18,4	31	81,6	38	
<b>Sağlık Güvencesi</b>						
Yok	10	43,5	13	56,5	23	0.139
SSK	95	42,0	131	58,0	226	
Emekli Sandığı	15	33,3	30	66,7	45	
Bağkur	13	27,7	34	72,3	47	
Yeşil Kart	8	61,5	5	38,5	13	
<b>Eşin Sağlık Güvencesi</b>						
Yok	6	50,0	6	50,0	12	0.060
SSK	76	39,4	117	60,6	193	
Emekli Sandığı	15	30,6	34	69,4	49	
Bağkur	8	22,2	28	77,8	36	
Yeşil Kart	6	66,7	3	33,3	9	

\* Eğitimde ki-kare

Kadınların hanenin mülkiyeti, odabaşına düşen kişi sayısı, aile tipi ve hanede çalışan kişi sayısı ile ruhsal bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın hane mülkiyetine sahip olmayanlarda(%42,6), odabaşına düşen kişi sayısı 1 ve üzeri olanlarda (%44,2), aile tipi geniş olanlarda (%45,7), hanede çalışan kişi sayısı 0 ve 1 olanlarda ( %41,5; %42,1) ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır (Tablo 4.23).



**Tablo 4.23. Kadınların Hane Mülkiyeti, Hane ve Aile Özelliklerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Hane Mülkiyeti</b>						
Evet	59	36,9	101	63,1	160	0.276
Hayır	83	42,6	112	57,4	195	
<b>Oda Başına Düşen Kişi Sayısı</b>						
1 ve Altı	77	37,2	130	62,8	207	0.139
1'in Üzeri	65	44,2	82	55,8	147	
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek	121	36,2	188	60,8	309	0.404
Geniş	21	45,7	25	54,3	46	
<b>Çalışan Kişi Sayısı</b>						
0	17	41,5	24	58,5	41	0.483
1	90	42,1	124	57,9	214	
2 ve Üzeri	35	35,0	65	65,0	100	

Hane geliri ile ruh sağlığı bozukluğuna sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.011). Ev geliri azaldıkça ruh sağlığı bozukluğuna sahip olma artmaktadır (Tablo 4.24).

**Tablo 4.24. Kadınların Hane Gelirine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Hane Geliri</b>						
Asgari Ücretten Az	10	62,5	6	37,5	16	0.011 *
Asgari Ücret	26	47,3	29	52,7	55	
700-2000	93	39,1	145	60,9	238	
2000 Üzeri	11	28,9	27	71,1	38	

\*Eğimde ki-kare

Göç etme ve anadil ile ruh sağlığı bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın anadili Türkçe olmayanlarda ruh sağlığı bozukluğuna sahip olma (%54.2) anadili Türkçe olanlara göre (%39.0) daha yüksektir (Tablo 4.25).

**Tablo 4.25. Kadınların Göç Öyküsü ve Anadiline Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Göç Etme Durumu</b>						
Doğduğundan Beri Denizli'de Yaşıyor	42	43,3	55	56,7	97	0.226
Denizli İçinden Göç	51	42,1	70	57,9	121	
Başka İlden Göç	49	35,8	88	64,2	137	
<b>Anadil</b>						
Türkçe	129	39,0	202	61,0	331	0.147
Diğer Diller	13	54,2	11	45,8	24	

Sigara içme ve ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın sigara içenlerde (%49,4), içmeyenlere göre (%37,4) ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır (Tablo 4.26).

**Tablo 4.26. Kadınların Sigara Alışkanlığına Göre Ruhsal Bozukluk Durumu**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Sigara İçme</b>						
Evet	38	49,4	39	50,6	77	0.060
Hayır	104	37,4	174	62,6	278	
Toplam	142	40,0	213	60,0	355	

Kadınların toplam gebelik sayıları ve ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.005). Toplam gebelik sayısı arttıkça ruhsal bozukluğa sahip olma artmaktadır. Yine kadınların istemli düşük öyküleri ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.040). Kadınlarda istemli düşük varlığında ruhsal bozukluğa sahip olma artmaktadır (Tablo 4.27)

Kadınların süren gebelikleri, ilk doğum yaşları, kadınların ve eşlerinin evlilik yaşı, düşük yapma, ölü doğum, bebek ölümü, çocuk ölümü ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmamasına karşın kadının ilk evlilik yaşı 19 ve altında ise (%41,3), eşin evlilik yaşı 30 ve üzeri olanlarda (%55,6), istemsiz düşük öyküsü (%44,7), ölü doğum yapanlarda (%62,5), bebek ölümü (%54,5) ve çocuk ölümü (%50,0) olanlarda ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır (Tablo 4.27).

**Tablo 4.27. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Gebe</b>						
Hayır	130	39,8	197	60,2	327	0.068
Evet	4	80,0	1	20,0	5	
<b>Kadının Evlilik Yaşı</b>						
19 ve Altı	64	41,3	91	58,7	155	0.559
20-24	55	39,0	86	61,0	141	
25 ve üzeri	12	36,4	21	63,6	33	
<b>Eşin Evlilik Yaşı</b>						
19 ve Altı	14	41,2	20	58,8	34	0.219
20-24	59	39,9	89	60,1	148	
25-29	39	35,8	70	64,2	109	
30 ve Üstü	20	55,6	16	44,4	36	
<b>İlk Doğum Yaşı</b>						
19 ve Altı	40	41,7	56	58,3	96	0.946
20-24	61	39,9	92	60,1	153	
25 ve Üstü	28	41,8	39	58,2	67	
<b>Toplam Gebelik</b>						
0	5	33,3	10	66,7	15	0.005
1-2	45	31,0	100	69,0	145	
3 ve Üstü	84	48,8	88	51,2	172	
<b>İstemsiz Düşük</b>						
Yok	100	39,1	156	60,9	256	0.376
Var	34	44,7	42	55,3	76	
<b>İstemli Düşük</b>						
Yok	93	37,2	157	62,8	250	0.040
Var	41	50,0	41	50,0	82	
<b>Ölü Doğum</b>						
Yok	129	39,8	195	60,2	324	0.202
Var	5	62,5	3	37,5	8	
<b>Bebek Ölümü</b>						
Yok	128	39,9	193	60,1	321	0.361
Var	6	54,5	5	45,5	11	
<b>Çocuk Ölümü</b>						
Yok	132	40,2	196	59,8	328	0.532
Var	2	50,0	2	50,0	4	

Kadınların kronik hastalığa sahip olmaları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.040$ ). Kronik hastalığa sahip olanlarda, olmayanlara göre ruhsal bozukluk daha fazladır (Tablo 4.28).

**Tablo 4.28. Kadınların Kronik Hastalıklarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Kronik Hastalık</b>						
Var	49	48,5	52	51,5	101	0.040
Yok	93	36,6	161	63,4	254	
Toplam	142	40,0	213	60,0	355	

Kadınların gazete okumaları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.050$ ). Gazete okuma sıklığı azaldıkça ruhsal bozukluğa sahip olma artmaktadır (Tablo 4.29).

Kadınların tatile gitme, kitap okuma, televizyon izleme, ev gezmesine gitme, sosyal etkinliklere katılma, spor yapma ve uyku süreleri ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.29).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın tatile gitmeyenlerde (%43,1), kitap okumayanlarda (%44,4) ve az okuyanlarda (%39,7) sosyal etkinliklere katılmayanlarda (%41,5), spor yapmayan (%40,2) ve daha az yapanlarda (%47,1), uyku süresi 5 saat ve altı (%54,2) ile 9 saat ve üzeri (%52,3) olanlarda ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır (Tablo 4.29).

Kadınların çalışma yaşamı özelliklerine göre ruhsal bozukluğa sahip olma durumları Tablo 4.30. da verilmiştir.

Kadınların çalışma biçimleri ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.034$ ). Ev eksenli çalışanlarda (%54,2) diğer çalışma biçimlerine göre ruhsal bozukluk belirtisi daha fazla saptanmıştır (Tablo 4.30).

Kadınların çalışma durumları, istihdam biçimi, evlilik öncesi çalışma durumları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.30).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın evlilik öncesi çalışma öyküsü olanlarda (%44,4) evlenmeden önce çalışmayanlara göre ruhsal bozukluk belirtisi daha fazla saptanmıştır (Tablo 4.30).

**Tablo 4.29. Kadınların Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Tatile Gitme</b>						
Evet	36	33,0	73	67,0	109	0.072
Hayır	106	43,1	140	56,9	246	
<b>Gazete Okuma</b>						
Okumam	53	44,2	67	55,8	120	0.050
Nadiren	55	41,4	78	58,6	133	
Haftada Bir İki	22	39,3	34	60,7	36	
Her gün	12	26,1	34	73,9	46	
<b>Kitap Okuma</b>						
Okumam	68	44,4	85	55,6	153	0.063
Nadiren	54	39,7	82	60,3	136	
Haftada Bir İki	14	29,8	33	70,2	47	
Her gün	6	31,6	13	68,4	19	
<b>Televizyon İzleme</b>						
Her gün	121	40,3	179	59,7	300	0.826
Haftada İki üç Gün	14	35,9	25	64,1	39	
Haftada Bir Gün ve Daha Az	7	43,9	9	56,3	16	
<b>Ev Gezmesine Gitme</b>						
Gitmem	8	34,8	15	65,2	23	0.513
Haftada Birden Az	34	45,3	41	54,7	75	
Haftada Birkaç Kez	99	38,7	157	61,3	256	
<b>Sosyal Etkinlik</b>						
Katılma	34	35,8	61	64,2	95	0.326
Katılmama	108	41,5	152	58,5	260	
<b>Spor Yapma</b>						
Yapmam	107	40,2	159	59,8	266	0.761
Haftada Birden Az	8	47,1	9	52,9	17	
Haftada Birkaç Kez	27	37,5	45	62,5	72	
<b>Uyku süresi (saat)</b>						
1-5	13	54,2	11	45,8	24	0.055
6-8	106	37,1	180	62,9	286	
9 ve Üzeri	23	52,3	21	47,7	44	

**Tablo 4.30. Kadınların Çalışma Yaşamlarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

Çalışma Yaşamı	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Çalışma</b>						
Evet	37	39,8	56	60,2	93	0.961
Hayır	105	40,1	157	59,9	262	
<b>İstihdam Biçimi</b>						
Ödenmeyen Emek	87	39,7	132	60,3	219	0.967
Güvencesiz Çalışma	37	41,1	53	58,9	90	
Güvenceli Çalışma	18	39,1	28	60,9	46	
<b>Çalışma Biçimi</b>						
Ev Eksenli Çalışma	26	54,2	22	45,8	48	0.034
Ödenmeyen Emek	87	39,7	132	60,3	219	
Ücretsiz Aile İşçisi	5	35,7	9	64,3	14	
Formel çalışma	24	32,4	50	67,6	74	
<b>Evlilik Öncesi Çalışma</b>						
Evet	68	44,4	85	55,6	153	0.174
Hayır	66	37,1	112	62,9	178	

Hanede kronik hastalığı olan kişi bulunması ile ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.005$ ). Hanede kronik hastası olan kadınlarda ruhsal bozukluk daha fazla saptanmıştır (Tablo 4.31).

Hanede bakım yükü oluşturan grup sayısı ile ruhsal bozukluk bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.004$ ). Hanede bakım yükü oluşturan grup sayısı arttıkça ruhsal bozukluk artmaktadır (Tablo 4.31).

Kadınların yaşadığı hanede 15 yaş altı kişi varlığı, 65 yaş üstü kişi varlığı, fiziksel yada zeka engelli kişi varlığı ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.31).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın hanede fiziksel yada zeka engelli kişi bulunanlarda (%56,3) bulunmayanlara göre (%39,2) ruhsal bozukluk daha fazladır (Tablo 4.31).

**Tablo 4.31. Kadınların Hanelerinde Bakım Yükü Varlığına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	P
<b>On Beş Yaş Altı Kişi</b>						
Yok	52	38,8	82	61,2	134	0.720
Var	90	40,7	131	59,3	221	
<b>Altmış Beş Yaş Üzeri Kişi</b>						
Yok	128	39,4	197	60,6	325	0.439
Var	14	46,7	16	53,3	30	
<b>Engelli Kişi</b>						
Yok	133	39,2	206	60,8	339	0.180
Var	9	56,3	7	43,8	16	
<b>Kronik Hasta</b>						
Yok	82	34,7	154	65,3	236	0.005
Var	60	50,4	59	49,6	119	
<b>Bakım Yükü Oluşturan Grup Sayısı</b>						
0	29	36,7	50	63,3	79	0.004
1	65	34,4	124	65,6	189	
2 ve üzeri	48	55,2	39	44,8	87	
<b>Bakım Yükü Oluşturan Kişi Sayısı</b>						
0	29	36,7	50	63,3	79	0.076
1	38	33,0	77	67,0	115	
2	37	42,5	50	57,5	87	
3 ve üzeri	38	51,4	36	48,6	74	

Kadınların tamirat ve fatura ödeme sorumlulukları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.012$ ;  $p=0.037$ ). Tamir işleri ve fatura ödeme sorumluluğu kadında ise ruhsal bozukluğa sahip olma oranı artmaktadır (Tablo 4.32).

Kadınların ev içi sorumluluk puanları arttıkça GSA puanları artmaktadır, ancak çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.121$ ,  $p=0.024$ ).

Kadınların yemek-bulaşık, alışveriş, ev temizliği, çamaşır-ütü, çocuk bakımı ve eğitimi sorumlulukları ile ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.32).

**Tablo 4.32. Kadınların Ev İçi Sorumluluklarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

Ev İçi Sorumluluk	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Yemek Bulaşık</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	124	40,1	185	59,9	309	0.897
Başkası Yapar	18	39,1	28	60,9	46	
<b>Alışveriş</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	75	45,2	91	54,8	166	0.062
Başkası Yapar	67	35,4	122	64,6	189	
<b>Ev Temizliği</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	123	39,4	189	60,6	312	0.552
Başkası Yapar	19	44,2	24	55,8	43	
<b>Çamaşır Ütü</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	128	40,4	189	59,6	317	0.673
Başkası Yapar	14	36,8	24	63,2	38	
<b>Tamirat</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	16	64,0	9	36,0	25	0.012
Başkası Yapar	126	38,2	204	61,8	330	
<b>Fatura Ödeme</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	44	49,4	45	50,6	89	0.037
Başkası Yapar	98	36,8	168	63,2	266	
<b>Çocuk Bakımı</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	93	40,4	137	59,6	230	0.659
Başkası Yapar	46	38,0	75	62,0	121	
<b>Çocuk Eğitimi</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	80	43,5	104	56,5	184	0.122
Başkası Yapar	58	35,4	106	64,6	164	
<b>Ev İçi Sorumluluk</b>						
Düşük	51	36,7	88	63,3	139	0.356
Yüksek	87	41,6	122	58,4	209	

Kadınların mülkiyet, taşıt, gelirin yönlendirilmesi, çocuğun eğitimi, istediğini giyme, kimlerle görüşeceği, hareket etme özgürlüğü ve işe girme kararlarına katılımı ile ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.33).



**Tablo 4.33. Kadınların Karar Süreçlerine Katılımına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

Kararlara Katılım	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Mülkiyet</b>						
Düşük	92	43,6	119	56,4	211	0.093
Yüksek	50	34,7	94	65,3	144	
<b>Taşıt</b>						
Düşük	93	42,9	124	57,1	217	0.167
Yüksek	49	35,5	89	64,5	138	
<b>Gelirin Yönlendirilmesi</b>						
Düşük	87	42,2	119	57,8	206	0.312
Yüksek	55	36,9	94	63,1	149	
<b>Çocuğun Eğitimi</b>						
Düşük	54	42,5	73	57,5	127	0.551
Yüksek	76	39,2	118	60,8	194	
<b>Giyinme</b>						
Düşük	49	46,2	57	53,8	106	0.120
Yüksek	93	37,3	156	62,7	249	
<b>Görüşme</b>						
Düşük	46	42,2	63	57,8	109	0.574
Yüksek	96	39,0	150	61,0	246	
<b>Hareket etme özgürlüğü</b>						
Düşük	48	44,9	59	55,1	107	0.221
Yüksek	94	37,9	154	62,1	248	
<b>İşe girme</b>						
Düşük	53	35,3	97	64,7	150	0.115
Yüksek	89	43,6	115	56,4	204	

Kadınların eşlerinin çalışma yaşamı özelliklerine göre ruhsal bozukluğa sahip olma durumları Tablo 4.34’de verilmiştir.

Eşin işi, çalışma güvencesi ve çalıştığı kurum ile ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.007$ ;  $p=0.031$ ;  $p=0.007$ ). Eşi iş buldukça çalışanlarda (%45,7) diğer kurumlara göre, eşi olmayanlarda (%54,5) ve eşi güvencesiz çalışanlarda (%42,5), eşi güvenceli çalışanlara göre ruhsal bozukluk artmaktadır. Eşi işsiz olanlarda (%72,7) ve eşi olmayanlarda (%54,5) ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır (Tablo 4.34).

Kadınların eşlerinin çalışma durumu ile ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.34).

**Tablo 4.34. Kadınların Eşlerinin Çalışma Yaşamına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

Eşin Çalışma Yaşamı	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>						
Evet	81	35,1	150	64,9	231	0.140
Hayır	31	44,9	38	55,1	69	
<b>Eşin Çalıştığı Kurum</b>						
İş Buldukça	16	45,7	19	54,3	35	0.007*
Özel Sektör	50	38,5	80	61,5	130	
Devlet	8	27,6	21	72,4	29	
Kendi Hesabına	7	18,9	30	81,1	37	
<b>Eşin Çalışma Güvencesi</b>						
Eşi yok	30	54,5	25	45,5	55	0.031*
Güvencesiz çalışma	34	42,5	46	57,5	80	
Güvenceli çalışma	78	35,5	142	64,5	220	
<b>Eşin İşi</b>						
Eşi yok	30	54,5	25	45,5	55	0.007
Eşi çalışıyor	81	35,1	150	64,9	231	
Eşi işsiz	8	72,7	3	27,3	11	
Eşi emekli	23	39,7	35	60,3	58	

\*Eğimde ki-kare

Kadınların son 15 gün içindeki sağlık algıları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.000$ ). Kadınların sağlık algısı kötü olanlarında ruhsal bozukluk sıklığı artmaktadır (Tablo 4.35).

**Tablo 4.35. Kadınların Genel Sağlık Algılarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

Genel Sağlık Algısı	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
İyi	44	23,5	143	76,5	187	0.000
Kötü	98	58,3	70	41,7	168	

Kadınların ruhsal yakınma, ruh sağlığı hizmeti kullanma, ruh sağlığı tanısı alma ve ilaç kullanmaları, somatizasyon varlığı ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p= 0.000$ ) (Tablo 4.36).

**Tablo 4.36. Kadınların Ruhsal Yakınma, Tanı ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanmalarına Göre Ruhsal Bozukluk Durumları**

	Ruhsal Bozukluk Belirtisi Var		Ruhsal Bozukluk Belirtisi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	p
<b>Ruhsal Yakınma</b>						
Var	82	62,1	50	37,9	132	0.000
Yok	60	26,9	163	73,1	223	
<b>Ruh Sağlığı Hizmeti Alma</b>						
Evet	49	66,2	25	33,8	74	0.000
Hayır	33	56,9	25	43,1	58	
<b>Ruhsal Hastalık Tanısı Alma</b>						
Evet	41	68,3	19	31,7	60	0.000
Hayır	101	34,2	194	65,8	295	
<b>Ruhsal Yakınma Nedenli İlaç Kullanma</b>						
Evet	51	66,2	26	33,8	77	0.000
Hayır	91	32,9	186	67,1	277	
<b>Somatizasyon Bulgusu</b>						
Yok	39	23,8	125	76,2	164	0.000
Var	103	54,5	86	45,5	189	

Kadınların ruhsal yakınmaları nedeniyle sağlık kurumlarına başvurularını etkileyen faktörler incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Çalışmamızda ruhsal yakınması olup, sağlık kurumlarına başvuran kadın sayısının azlığı, ruh sağlığı hizmeti kullanımının yeterince ayrıntılı sorgulanmaması, etkileyen faktörlerin anlamlı bulunmamasına neden olabilir. Kadınların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarına ilişkin tablolar Ek-1’de verilmiştir.

## 5.TARTIŞMA

Denizli il merkezinde erişkin yaş kadınlarda yaptığımız araştırmada ruhsal bozukluk belirti puanlarına bakıldığında; belirtisi olmayanlar %46,2, bir belirtisi olma %13,8 ve iki ve üzeri belirtiyeye sahip olma %40'tır.

En sık görülen ruhsal bozukluk belirtileri; %29,6 endişeleri nedeniyle uykusuzluk çekmek, %28,5 keyifsizlik ve durgunluk, %22,5 günlük işlerden zevk alamama, %20,6 yapılan işlere dikkatini verememe, %20,3 kendini mutlu hissetmeme, en az görülenler ise %6,5 değersizlik duyguları, %9,3 işe yaramadığını düşünme, %11 kendine güvenini kaybetmedir.

Denizli il merkezinde erişkin yaş kadınlarda Genel Sağlık Anketi ile yaptığımız bu araştırmada iki ve üzeri belirtiyeye sahip olma, ruhsal bozukluk belirtisi olarak değerlendirilmiş ve yaygınlık %40 bulunmuştur.

Genel Sağlık Anketi (GSA) kullanılarak yapılan çalışmalarda; Özşahin vd (2008) Denizli ilinde doğurganlık çağındaki kadınlarda 2004 yılında yaptıkları araştırmada %38,4, Kelleci vd (2003) İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde 18-49 yaş kadınlarda yaptıkları çalışmada %58,3, Buzlu vd (2006) İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde 18-74 yaş kadınlarda %45 bulmuşlardır. Belek (1999) Antalya'da GSA ile yaptığı araştırmada genel ruhsal bozukluk sıklığını %35,7 olarak bulmuş, bu oranın kadınlarda %40'a yükseldiğini belirtmiştir. Genel Sağlık Anketi ile yapılan bu çalışmalarda ruhsal bozukluk sıklığı %38,4 ile %58,3 arasında değişmektedir. Denizli il merkezinde yaptığımız araştırmada elde ettiğimiz sıklık daha önceki yıllarda Denizli'de ve Antalya'da yapılan çalışma ile uyumludur.

Kadınlarda ruhsal bozukluk sıklığı birçok çalışmaya konu olmuştur. Gerek Türkiye’de gerek dünyada diğer ölçekler ve klinik görüşme ile yapılan çalışmalarda da kadınlarda ruhsal bozukluk yaygınlığının yüksek olduğu gösterilmiştir.

Ülkemizde nüfusu temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk çalışma niteliğindeki Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında (1998) ise ruhsal bozukluklar %17,2 oranında bildirilmiştir ve kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranı erkeklerden iki kat fazladır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile Özyurt vd (2011) Manisa’da bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlarda 2007 yılında yaptıkları araştırmada %14,7, Kayahan vd (2003) İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda yaptıkları araştırmada ise %25,8 olarak bulunmuştur.

Karasu’nun (2007) Eskişehir ilinde Prime-MD ölçeği ile yaptığı araştırmada ruhsal bozukluk yaygınlığı %47,7 olarak saptanmış ve Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) dışında tüm tanılar kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

Dönmez vd (2000) Antalya ilindeki çalışmalarında ise, kadın cinsiyetin, duygudurum bozukluğu riskini 2.07 kat, anksiyete bozukluğu riskini 3.56 kat ve somatoform bozukluk riskini 1.90 kat artırdığı, OAKK riskini ise azalttığı tespit edilmiştir.

Von Korff vd (1987) ruhsal bozukluk sıklığını kadınlarda %67.6, erkeklerde ise %32.4 olarak bildirmişlerdir. Linzer vd (1996) çalışmalarında kadınların %43’ünde, erkeklerin ise %33’ünde ruhsal bozukluk tanısı saptamışlar ve tüm tanıları kadınlarda daha yaygın bulmuşlardır.

Cinsiyetin depresif belirtilere etkisi, Nolen-Hoeksema, Grayson ve Larson tarafından yapılan longitudinal bir çalışmada araştırılmıştır. 25-75 yaşları arasındaki 1100 erişkinle bir yıl arayla görüşülmüştür. Kronik gerginlik, kontrol eksikliği, derin düşünce durumları depresyon yönünden incelenmiştir. Kronik gerginlik, yakın ilişkilerde destek eksikliği, sorumluluk yükü, ev işlerinde eşitsizlik, çocuk bakımında eşitsizlik ve diğer ailevi gerginlikler olarak belirtilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, cinsiyet farklılığı, derin düşünme, kontrol ve kronik gerginlik üzerinde etkilidir. Kronik gerginliğin,

depresif belirtiler üzerinde dolaylı etkisi vardır. Derin düşünme ve kontrol eksikliği depresif belirtiler üzerine doğrudan etkilidir.

Araştırmalarda, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmıştır.

Kadınlarda başta depresyon olmak üzere görülen çoğu ruhsal hastalık sosyoekonomik yapının bir ürünüdür (Yaşar 2007).

Küey (1990), kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesi ile ilgili olarak, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesinin rolü üzerinde durmuştur. Ayrıca Küey, kadının bu eşitsizlik karşısında, bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ve toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolünün depresyonun ortaya çıkışından sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca toplumun erkek egemen yapısı ve buna bağlı kadın-erkek eşitsizliği, kadının çocukluktan itibaren daha edilgen bir konumda kalması, eğitim olanaklarından daha az yararlanabilmesi ruhsal bozukluklar açısından risk yaratmaktadır. Kaya'ya göre bu durumun yanında, aile içinde konuşmanın desteklenmemesi, duyguların anlatımına fırsat verilmemesi beden dilinin daha çok kullanılmasına neden olmakta ve somatoform bozuklukların kadınlarda daha sık olarak ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

İnsanların sosyal ve psikolojik koşulları sağlıklarına uzun dönemde ciddi şekilde zarar verebilir. Kronik endişe, güvensizlik, düşük özsaygı, sosyal izolasyon ve işyerinde düşük düzeyde kontrol sahibi olmak ruh ve beden sağlığına zarar vermektedir. Psiko-sosyal etmenlerin sağlığı etkileme gücü biyolojik açıdan mantıklıdır. İnsan vücudu tehlikelere otomatik yanıt vermek üzere evrimleşmiştir. Bu stres yanıtı, bağışıklık ve kalp damar sistemini ekleyen stres hormonlar kaskatını etkinleştirir. Hormonların ve sinir sisteminin hızlı tepkisi, kısa bir fiziksel tehditle başa çıkması için kişiyi hazırlar: kalp hızı yükselir, kan kaslara yöneltilir, endişe ve uyanıklık artar. Bu yanıt yüksek bir adaptasyon içerir: hayatı kısa dönemde kurtarabilir. Ancak biyolojik stres yanıtı, çok sık ve uzun süre için aktive olursa bazı sağlık zararları ortaya çıkabilir. Bu zararlar depresyonu, enfeksiyon yatkınlığını, diyabeti, yüksek kan basıncını ve

damarlarda kolesterol birikimi ile beraberinde gelen kalp krizi ve inme riskini içerir (Brunner ve Marmot 2009)

Araştırmalara göre, nöroendokrin faktörlerin yanında, kadınların ayrılık, menopoz gibi öznel yaşam olayları, çocuk bakma ile ilgili sorumlulukları ruhsal bozukluklara zemin hazırlamaktadır. Ayrıca kadınlarda çok sıklıkla görülen cinsel istismar ve taciz öyküleri de başta depresyon ve somatoform bozukluklar olmak üzere ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülmesine neden olmaktadır. Kadının travmatik olaylara daha sık maruz kalması ve toplumdaki güç ilişkisi nedeniyle travmaya daha duyarlı olması da kadınlarda özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından risk oluşturmaktadır.

Denizli il merkezinde erişkin kadınlarda yaptığımız bu çalışmada kadınların son bir yıl içindeki ruh sağlığı yakınmaları ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları da ele alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %37,2'sinin son bir yıl içinde ruhsal yakınması olmuştur. Bu oran çalışmamızda bulduğumuz %40 ruhsal bozukluk belirti sıklığı ile uyumludur.

Son bir yıl içinde ruhsal yakınması olanların %56,1'i bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Bu oran araştırmaya katılan kadınların %20,8'ine denk gelmektedir. Kadınların ruh sağlığı durumu açısından önemli bir oranı göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %16,9'u son bir yıl içinde ruhsal bozukluk tanısı almıştır ve kadınların aldığı en sık tanı %10,4 depresyondur. Bunu %3,4 ile panik atak izlemektedir. Kadınların %21,8'i son bir yıl içinde psikiyatrik ilaç kullanmıştır ve bunların %13,6'sı depresyon nedeni ile ilaç kullanımındır. Bunu %3,7 oranları ile anksiyete ve panik atak izlemektedir.

Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında (1998); son bir yıl içinde ruhsal şikayetlerle tedavi için başvuru yapma oranı %4,7'dir. Başvuru oranları kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır.

Kessler vd (1999) çalışmasında son bir yılda tedavi başvurusu farklı ruhsal hastalıklar için %7-53 arasında değişiyordu.

Özyurt vd (2011) Manisa'da 15-49 yaş evli kadınlarda 2007 yılında yaptığı araştırmada, kadınların %5,3'ü daha önce bir ruhsal hastalık tanısı almıştır.

Araştırmaya katılan kadınların somatizasyon bulgularına bakıldığında; %53,5'inin somatizasyon bulgusu vardır. Kadınların %31,7'si başağrısı, %12,5 genel ağrılar, %11,1 adet düzensizliği, %9,6 mide ülseri, %6,8 göğüste sıkışma hissi tariflemiştir.

Somatizasyon, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir (Rosen vd 1982). Genel nüfusta yaygın olup, temel sağlık hizmetlerinde görülme oranlarının %20-30 arasında olduğu bildirilmektedir (Goldberg ve Bridges 1988). Somatizasyon terimi organik bir nedeni bulunamayan bedensel yakınmaları tanımlamak için kullanılmıştır. Somatoform bozukluklar içinde bulunan bir grup rahatsızlığın temel belirtisidir. Diğer yandan alttaki depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi bir ruhsal bozukluğun kliniğe yansıyan görünümü de olabilir. Yaygındır, kronik işlev bozukluğuna ve yüksek tedavi harcamalarına neden olur(Sağduyu,2001). Ülkemizde somatik belirtilerle başvuran olgularla yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlar olduğu belirtilmiştir (Çevik ve Aysev 1988).

Sağduyu vd (1999) Dünya Sağlık Örgütü ile yarı kırsal bir alanda yaptıkları araştırmada; sağlık ocağına başvuran hastaların %20,4'üne ICD-10 tanı ölçütlerine göre somatoform ağrı bozukluğu tanısı konmuş ve tanı oranları çalışanlarda ve ev kadınlarında bir işi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu hastalarda görülen en sık belirti baş ağrısı olup (%68.5), bel/sırt ağrıları kadınlarda yaygındı (%45.7). Bu çalışmadaki somatizasyon belirtisi sıklık sıralaması ile çalışmamız uyumlu olmasına karşın, bizim çalışmamızda somatizasyon sıklığı daha fazla bulunmuştur. Bu fark kullanılan yöntem farklılığından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda ruhsal yakınması olan kadınların %43,9'u yardım almak için herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştır. Kadınların ruhsal bir yakınması olup herhangi bir sağlık kurumuna başvurmama nedenlerine bakıldığında; yararsızlık



düşüncesi (%37,9), zaman bulamama (%36,2), güvensizlik (%29,3), ekonomik sorunlar (%17,2) en sık görülen nedenlerdir.

Aksakoğlu vd (2009) İzmir anakentte 2002-2004 yılları arasında yaptıkları çalışmada son 15 gün içinde sağlık yakınması olanların yalnızca %36,3'nün sağlık kurumuna başvurduğunu saptamışlardır. Kişilerin sağlık kurumuna başvurmama gerekçeleri arasında %39,8 önemli görmeme, %30,5 ekonomik kaygılar, %18,9 sosyal güvencenin olmaması en sık olanlardır.

Eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü kadınların sağlık kurumlarından ve özellikle de ruh sağlığı kliniklerinden yardım almasını engelleyebilmekte, özellikle eğitim düzeyi düşüklüğü ruhsal bozukluğu olanların şikayetlerini dile getirmelerini engelleyebilmektedir.

Ayrancı ve Yenilmez (2001) ise Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında poliklinik defterlerini tarayarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında farklı sonuçlar bulmuşlar ve sosyoekonomik açıdan geri sayılabilecek bölgelerdeki sağlık ocaklarında ruhsal bozuklukları daha az oranda bulmuşlardır.

Araştırmamızda ruhsal yakınması olan kadınların başvurduğu sağlık kurumları; devlet hastaneleri (%47,3), aile sağlığı merkezleri (%22,3), üniversite hastanesi (%10,8), özel hastaneler (%10,8), özel klinikler (%8,1)'dir. Kadınların destek aldıkları sağlık personeli dağılımına bakıldığında; %60,8 psikiyatristler, %24,3 aile hekimleri, %12,2 uzman hekimler olarak sıralanmaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında (1998) ruhsal nedenle ilk başvuru alan kişi sıklık sırasına göre psikiyatri uzmanı (%39), psikiyatri dışı uzman (%33), pratisyen (%21) ve hocadır (%3,6). Bizim çalışmamızda da ilk başvuru alan kişi psikiyatrist olup oran yüksektir, pratisyen başvurusu ikinci sırada olup oran benzerdir, psikiyatri dışı uzman başvurusu bu çalışmaya göre düşüktür.

Kadınlar sağlık kurumlarını erkeklere göre daha fazla kullanmaktadır. Ancak duygularını ve düşüncelerini bastırma ve bedenselleştirmelerinden dolayı fiziksel yakınmalarla sağlık ocaklarına başvurumaktadırlar. Bu kurumlarda ağırlıklı olarak

fiziksel sorunlara yönelik tedavi uygulandığı için bireylerin yakınmaları daha az düzelmekte ve bu bireyler toplum içerisinde semptomları ile birlikte yaşamlarını sürdürmektedirler (Kırlı 1999, Ögel 1996, Rezaki 1997).

Birinci basamak sağlık sistemine giriş noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık hizmet basamaklarına göre ayrı bir öneme sahiptir ve kolay ulaşılabilmesi, ilk başvuru yeri olması, diğer hizmet veren kurumlara göre daha fazla insanla iletişim kurabilmesi nedeniyle önemli bir rol oynamaktadır.

Ruhsal yakınmaya sahip olup herhangi bir sağlık kurumuna başvuran kadınların %32,4'ü hizmet alırken sorun yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların yaşadıkları sorunlar; önemsenmeme %54,2, kısa süre ayrılması %45,8, ilaçla geçirtilme %37,5, bilgilendirilmeme %29,2, yeterince dinlememe %20,8'dir.

Araştırmamızda tanı alan ve somatizasyon bulguları olan kadınların %13,1'i ilaç kullanma dışında geleneksel bir yöntemle başvurduğunu ifade etmiştir. En sık başvurulan yöntemler dini kişilerle görüşme, çeşitli yiyecek ve içeceklerin kullanılmasıdır.

Yardım arama davranışı, tıbbi sağlık hizmetlerinin verildiği merkezlere başvuru şeklinde olabileceği gibi, hocalar, büyücüler ve bitkisel şifacılar gibi tıp dışı kişilerle temasa geçme şeklinde de olabilmektedir.(Alper vd 1990, Güleç 2002) Tıp dışı yardım arama davranışı süregelenleşme eğilimli ruhsal bozukluklarda sık görülmektedir (Leff 1990).

Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda ruhsal bozukluğu olanların, psikiyatrik yardımdan çok geleneksel yöntemleri tercih ettikleri bildirilmektedir. Yardım arama davranışını şekillendiren etmenlerin anlaşılmasının, kişilerin uygun merkezlere ulaşması açısından önemli olduğu ileri sürülmektedir (Gater vd 1991). Ruhsal bozukluğu olanların, ilk olarak geleneksel yollara başvurma oranlarını Endonezya'da % 54, Hindistan'da % 12, Pakistan'da % 13, ve Yemen'de % 9 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda bu oran benzer ülkelere göre daha düşüktür.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından planlanan ve 11 ülkede ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarının araştırıldığı çalışmada, gelişmiş ülkelerde ruhsal sorunları olan kişilerin ilk önce pratisyen hekimlere başvururken, gelişmemiş ülkelerde ise psikiyatri uzmanlarına veya geleneksel tedavi edicilere başvurdukları gösterilmiştir. Kılıç vd (1994), DSÖ ile işbirliği içindeki çalışmalarında ruhsal sorun çeken kişilerin, ilk başvurularını %1 din hocalarına, %4 birinci basamağa yaptıklarını göstermişlerdir. Kırpınar vd (1994) Erzurum'da yaptıkları çalışmada hastaların ilk başvurularını doğrudan %14,7 hocalara, %23,5 ise birinci basamağa yaptıklarını göstermişlerdir. Özkorumak vd (2006) Trabzon ve Rize'de yaptıkları araştırmada tıp dışı yardım arama %24 bulmuşlardır.

Araştırmamızda geleneksel yönetime başvuru oranları Kılıç'ın(1994) çalışmasından yüksek, Kırpınar'ın(1994) çalışması ile benzer, Özkorumak'ın(2006) çalışmasından daha düşük bulunmuştur.

Denizli il merkezinde erişkin yaş kadınlarda yaptığımız araştırmada ruh sağlığı bozukluğunu etkileyen faktörler ele alınmış ve sosyo-ekonomik-kültürel faktörler, biyodemografik faktörler, doğurganlık özellikleri, kronik hastalık ve yaşam biçimi özellikleri olarak incelenmiştir. İncelenen değişkenlerden hane geliri, eşin sosyal güvencesi, eşin işi, eşin çalışma güvencesi, eşin çalıştığı kurum, kadının çalışma biçimi, gazete okuma alışkanlığı, hanede kronik hasta ve bakım yükü oluşturan grup bulunması, toplam gebelik sayısı ve istemli düşük durumu, medeni durum, kadında kronik hastalık bulunması ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda sosyo-ekonomik göstergelerden eşin sosyal güvencesi ve hane geliri ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Eşinin sosyal güvencesi olmayanlarda(%59,1) en yüksek, eşi Bağkur'lu olanlarda(%18,4) en düşük ruhsal bozukluk belirtisi saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların hane gelirlerine göre bakıldığında; asgari ücretten az geliri olanlarda (%62,5) ve asgari ücret geliri olanlarda (%47,3), hane geliri asgari ücretin üzerinde olanlara göre daha fazla ruhsal bozukluk belirtisi vardır.

Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin ruhsal bozukluk için risk oluşturduğu ifade edilmektedir. Belek (1999) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi yüksek olanları daha sağlıklı bulmuştur. Doğan ve Güleç'te (2006) yaptıkları çalışmalarda depresyonu en yüksek düşük gelir düzeyine sahip olanlarda bulmuşlardır.

Karasu'nun (2007) Eskişehir ili sağlık ocaklarında yaptığı çalışmada gelir düzeyi azaldıkça ruhsal bozukluklar daha yaygın olarak saptanmıştır. Patel vd (1997) çalışmalarında, ekonomik sorunları olanların ruhsal bozukluk açısından daha büyük risk altında olduğunu ortaya koymuşlardır. Baum vd (1999) ruhsal bozuklukları gelir düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olarak saptamıştır.

Çalışmamızın tersine Ayrancı ve Yenilmez (2001) Eskişehir'de yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek mahallelerde ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır. Ayrancı ve Yenilmez çalışmalarını sağlık ocaklarındaki poliklinik defter kayıtları üzerinden gerçekleştirmişlerdir. Sosyoekonomik durum başvuru oranlarını etkilediğinden farklı sonuç alınması açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların %70,7'sinin kendisine ait sosyal güvencesi yoktur ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da sosyal güvencesi SSK olanlarda(%44,6), sosyal güvencesi olmayanlarda (%40,2) ruhsal bozukluk daha sıktır. Yine kadınların ve eşlerinin sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda (%61,5; %66,7) ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır.

Çetin vd (1999) çalışmasında kadınların %41'nin sosyal güvencesi yoktur ve bu kadınların %47,2'nde depresyon saptanmıştır. Kayahan vd (2003) çalışmasında psikiyatrik görüşme yapılan kadınların, sosyal güvencesi olmayan, eşi çalışmayan, düzenli geliri olmayanlar ile sosyal güvencesi olan, eşi çalışan, düzenli geliri olan kadınların depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda sosyal güvence sorgulanırken aile ya da eş üzerinden sahip olunan sosyal güvence ele alınmaktadır. Kadınların kendi sosyal güvenlikleri ayrıca sorgulanmamaktadır. Ödenmeyen emek (ev kadınları) ve informel çalışan kadınların sosyal güvenliklerinin eş ve babaya tabi kılındığı günümüz sosyal güvenlik anlayışı kadının düşük statüsünü perçinlemektedir. Kadınların düşük statüleri en çok

sağlıklarını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilediği düşünülürse kadınlara yönelik yapılacak çalışmalarda sosyal güvence ayrıca ele alınmalı ve ayrıntılı sorgulanmalıdır. Çalışmamızda bu nedenle sosyal güvence sorusu aile yada eş üzerinden sorgulanmamış, kadının kendine ait sosyal güvence varlığı ayrıca sorgulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da en düşük ruhsal bozukluk oranının Bağ-kur'a tabi çalışan yani kendi işini yapan kadınlarda görülmesi bunu desteklemektedir.

Gelir düzeyi düşük olan kişiler yaşamlarında daha çok olumsuz olayla karşılaşmakta ve bu olumsuz yaşam olayları olumsuz benliğe ve olumsuz kendilik algısına yol açarak başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Kaya ise gelir düzeyinin düşük olmasının ve sosyal güvencenin olmamasının, uyum sağlamada bedenselleştirmenin bir araç olarak kullanılmasını koşulladığını ve bu durumun somatofom bozuklukların gelişimine yol açtığını ileri sürmüştür.

Araştırmamıza katılan kadınların sosyoekonomik göstergelerden hane mülkiyeti, hanelerinde odabaşına düşen kişi sayısı, aile tipi özellikleri incelenmiş ve ruhsal bozukluk ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da hane mülkiyeti olmayanlarda (%42,6), odabaşına düşen kişi sayısı bir ve üzeri olanlarda (%44,2), aile tipi geniş olanlarda (%45,7) ruhsal bozukluk daha sık bulunmuştur.

Ülkemizdeki bir çalışmada (Güleç 1981) en yüksek depresyon oranı çekirdek ailelerde, bir diğesinde (Doğan vd 1995) geniş ailelerde yaşayanlarda bulmuşlardır.

Araştırmamıza katılan kadınların göç öyküleri ve anadilleri sorgulanmıştır ve ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Anlamlı bulunmamasına karşın anadili Türkçe olmayanlarda (%54,2) ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır.

Göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirten birçok çalışma vardır (Sır, Bayram ve Özkan 1998; Akdeniz ve Öz 2009). Özellikle zorunlu göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kadın göçmenlerin erkek göçmenlere göre daha fazla duygusal zorlanma yaşadığı belirtilmektedir (Sır, Bayram ve Özkan 1998; Akdeniz ve

Öz 2009). Bir diğer çalışmada göç eden kadınların stresle baş etmede diğer bireylere göre daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (Topcu ve Başer 2006).

Bir diğer çalışmada göçmen kadınların %65'i sağlık durumlarını zayıf-kötü olarak belirtmiş ve en sık görülen sağlık sorunları olarak da psikolojik ve jinekolojik yakınmalar olduğunu ifade etmişlerdir (Schoevers, Muijsenberg ve Largo-Janssen 2009).

Buzlu vd (2006) çalışmasında göç öyküsü olanlarda GSA puanlarını daha yüksek bulmuştur ve en sık doğum yeri Güney Doğu Anadolu bölgesi olanlarda (%69,7) ruhsal bozukluk belirtisi saptamıştır.

Bazı araştırmalarda göçmenlerin sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlık bakımı almalarını etkileyen önemli faktörlerden birinin dil problemi olduğu belirtilmektedir (Fassaert, Hesselink ve Verhoeff 2009).

Araştırmamızda kadınların göç öyküsü ve anadilleri ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmaması, anadili Türkçe olmayan ve başka bölgeden göçle gelen kadın sayısının az olması ile açıklanabilir. Anlamlı olmamasına karşın anadili Türkçe olmayanlarda ruhsal bozukluk belirtisi daha fazla bulunmuştur. Daha fazla sayıda kadının katıldığı araştırmalara gereksinim vardır.

Araştırmamıza katılan kadınların ve eşlerinin eğitim durumları incelenmiş ve ruhsal bozukluk ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın kadınların formel eğitimi tamamlamamış olanlarında(%42,3) ve ilköğretim mezunlarında(%42,3), kadınların eşlerinin ilköğretim mezunu olanlarında(%41,5) ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır.

Dönmez vd (2000) çalışmasında eğitim düzeyinin az olması anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklar açısından risk faktörü olarak bulunmuştur. Kılıç vd, eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmişlerdir. Doğan vd (1995) çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki bulunmamıştır. Buzlu vd. (2006) çalışmasında da kadınların öğrenim düzeyi ile GSA skorları arasında anlamlı ilişki vardır ve üniversite mezunu olanların dışındaki kadınlarda yüksektir. Belek'in

(1999) çalışmasında da GSA skoru orta ve yüksek olanların %54'ü hiç eğitim almamıştır.

Karasu'nun (2007) yaptığı çalışmada, duygudurum bozuklukları ve somatoform bozuklukların, ilköğretim düzeyi ve daha altında eğitim görenlerde daha fazla görüldüğü, OAKK tanısının ise eğitim düzeyi arttıkça daha yaygın görüldüğünü ortaya konmuştur.

Çetin vd (1999) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyon en sık okur-yazar olmayan grupta görülmüş ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur.

Kayahan vd (2003) çalışmasında depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların %72.8'inin düşük eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Ancak düşük eğitim düzeyindeki kadınlar ile orta-lise ve yüksek eğitilmiş kadınların depresyon puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sosyo-ekonomik göstergelerin önemli bir bölümünü de çalışma yaşamı özellikleri oluşturmaktadır. Araştırmamızda bu göstergelerden çalışma durumu, çalışılan kurum, statü, istihdam biçimi, çalışma güvencesi sorgulanmıştır.

Kadınların eşlerinin işi, çalışma güvencesi, çalıştıkları kurum, ile ruhsal bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınların eşi olmayanlarda (%54,5) ve eşi işsiz olanlarda (%72,7), eşi çalışan (%35,1) ve eşi emekli (%39,7) olanlara göre ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır. Kadınların eşi olmayanlarda (%54,5), eşi güvencesiz çalışanlarda (%42,5), eşi güvenceli çalışanlara (%35,5) göre ruhsal bozukluk daha fazladır. Yine kadınların eşleri iş buldukça çalışanlarda (%45,7), diğer kurumlarda çalışanlara göre ruhsal bozukluk daha fazladır.

Karasu'nun (2007) bildirdiğine göre; yapılan bazı çalışmalar, iş kayıpları ve işsizliğin, finansal gerilimi artırarak anksiyete ve depresyonun daha belirgin olmasını sağladığını, işsizlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının çalışanlara göre iki ila üç kat daha fazla olduğunu vurgulamaktadır.

Jahoda çalışmasında işsizliğin ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu iddia etmiş ve bunu iki nedene bağlamıştır: Birincisi, işsizlerin yaşam standartlarındaki ani düşmeden ötürü; ıstırap duymaları, yeni istihdam olanaklarının bulunmaması durumunda aşırı finansal güçlükler ve yoksulluklara maruz kalmaları, ikincisi ise işsizlerin günlük yaşama ve çalışma alışkanlıkları ve işe bağlı sosyal ilişkilerin bozulması ve engellenmesidir.

Araştırmamızda eşin çalışma yaşamı ile ruhsal bozukluk sıklığı ilişkisi literatürle paralel bulunmuştur.

Araştırmamızda kadınların çalışma yaşamı özellikleri incelenmiştir ve kadınların çalışma biçimleri ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ev eksenli çalışan ve ev işçilerinde (%54,2) diğer çalışma biçimlerine göre ruhsal bozukluk daha siktir. Kadınların çalışma durumları, çalışma güvenceleri ve evlenmeden önce çalışma durumları ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

. Çalışma yaşamı ve ruhsal bozukluğu sorgulayan çalışmalarda ev kadınlarında, çalışmayan kadınlarda ruhsal bozukluk sıklığı çalışan kadınlara göre daha yüksek saptanmaktadır. Literatür bilgileri, anksiyete bozukluklarının düşük eğitim ve gelir düzeylerine sahip, işsiz ev kadınlarında yoğunlaştığını göstermektedir.

Bilgin (1991) çalışmayan kadınlarda depresyonu daha yüksek saptamıştır. Çetin vd (1999) yaptığı çalışmada depresyon en yüksek düzeyde ev kadınlarında tespit edilmiştir. Budakoğlu (2002) çalışmasında da anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Çilli vd (2004) çalışmasında da ruhsal bozukluk sıklığı ev kadınlarında çalışan kadınlara göre daha yüksektir.

Ev eksenli çalışan kadınlar, herhangi bir ücret karşılığı olmayan ev işlerinin(ödenmeyen emek) dışında kalan zamanda çalışmakta ve genellikle toplumsal rollere uygun olarak kadına ait görülen işleri genellikle evlerinde ücret karşılığı yapmaktadırlar. Zaten görünür olmayan ödenmeyen emeklerinin yanında yine görünür kılınmayan bu işlerle para kazanmaktadırlar ve bu yolla eve getirdikleri gelir her zaman ek gelir olarak görülüp ikinci planda kalmaktadır. Ödenmeyen emeğin üzerine eklenen



bu yük ve ikincil statünün ev eksenli çalışanlarda ruhsal bozukluğu artırdığını söyleyebiliriz

Yapılan çalışmalarda genellikle kadınlara çalışıp çalışmadıkları sorulmaktadır ve kadınların çalışma yaşamı özellikleri ayrıntılı ele alınmamaktadır. Ücretsiz aile işçiliği, ev eksenli çalışma, evde çalışma, ödenmeyen emek kadın çalışma biçimleridir ve kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda ayrıntılı olarak ele alınmasına ihtiyaç vardır.

Ekonomik krizler en çok kadınları etkilemektedir ve krizlerde ilk işten çıkarılanlar kadınlar olmaktadır. Piyasada emeği ikincil görülen kadınlar evde toplumsal yeniden üretim bağlamındaki birincil sorumlulukları ile baş başa eve kapatılmakta ve kadınlara bu rollerine uygun informel çalışma biçimleri dayatılmaktadır. Sosyal güvenceden yoksun, düşük ve güvencesiz gelirle çalışan kadınların sağlıkları da bu bağlamda tartışılmalıdır. Çalışmamızda sıraladığımız nedenlerle kadınların çalışma yaşamı daha ayrıntılı ele alınmıştır. Formel çalışan kadınlarda ruh sağlığı bozukluğunu en düşük, ev eksenli çalışanlarda en yüksek saptamamız bununla paraleldir.

Araştırmamızda kadınların gelir getirici bir işte çalışma özelliklerinin dışında evde yük oluşturan ev işlerine ayırdıkları zaman, ev içi sorumluluklar, bakım yükü bulunması gibi faktörler sorgulanmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınları ev işlerine ayırdığı süre hafta içi ortalama  $3,21 \pm 1,35$  saat olup, hafta sonu ortalama  $3,82 \pm 1,39$  saattir. Ev işlerine ayrılan süre ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

TÜİK Zaman Kullanım Anketi (2006) verilerine göre; kadınların hane halkı ve ev bakımına ayırdığı süre 5 saat 17 dakikadır. Çalışan kadınlarda bu süre 1 saat 14 dakika azalmakta, çalışmayan kadınlarda 26 dakika artmaktadır. Çalışmamızda kadınların ev işlerine ayırdığı süre ortalaması daha düşüktür, bunun kullanılan yöntem farklılığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmamıza katılan kadınların ev içi sorumluluk puanları ile GSA puanları arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur ve ev içi sorumluluk puanları arttıkça GSA puanları artmaktadır. Kadınların ev içi sorumlulukları ayrıntılı değerlendirildiğinde,

yemek-bulaşık, alışveriş, ev temizliği, çamaşır-ütü, çocuk bakımı ve eğitimi sorumlulukları ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak ev tamiri-bakım işleri ile fatura ödeme sorumluluğunu alan kadınlarda ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır.

Yemek, bulaşık, alışveriş, temizlik, ütü, çamaşır, çocuk bakımı ve eğitimi işleri toplumsal roller açısından kadına ait görülen yeniden üretim işleridir. Ev tamiri-bakımı ve fatura ödeme işleri ise tersine toplumsal olarak erkek rolüne aittir. Geleneksel rollerin aksine kadınların bu sorumlulukları almaları ruhsal bozukluğu artırmıştır ancak bu sorumluluğu alan kadınların çoğu boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşayan gruptadır. Çalışmamızda bu gruptaki kadınlarda ruhsal bozukluğun daha sık görülmesi ile bu durum paralel değerlendirilmiştir.

Kadınların ev içi yüklerinin bir bölümünü de bakım yükü oluşturan gruplar oluşturmaktadır. Kronik hasta, yaşlı, çocuk ve engelli bakımı ülkemizde genellikle evlerde kadınların sorumluluğundadır ve cinsiyete dayalı işbölümü çerçevesinde kadınlık rolüyle özdeşleşmiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların hanelerinde kronik hastalığı olan kişi yaşayanlarında ve kadınların hanelerinde bakım yükü oluşturan grup sayısı ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınların hanelerinde kronik hastası olanlarda (%50,4) olmayanlara göre ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır. Bakım yükü oluşturan grup sayısı iki ve üzeri olanlarda ruhsal bozukluk sıklığı %55,2 olup anlamlıdır.

Araştırmamızda kadınların ev ve aileyle ilgili karar süreçlerine katılımları incelenmiş ve ruhsal bozukluk ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da mülkiyet, taşıt, gelirin yönlendirilmesi, çocuğun eğitimi, istediğini giyebilme, kimlerle görüşeceği, çevresinde hareket etme özgürlüğü kararlarına katılımları düşük olan kadınların ruhsal bozuklukları daha fazladır.

Araştırmamıza katılan kadınların sosyo-kültürel özellikleri içerisinde tatile gitme, gazete ve kitap okuma, televizyon izleme, ev gezmesi, sosyal etkinliklere katılma alışkanlıkları incelenmiştir. Kadınların gazete okuma alışkanlıkları ile ruhsal bozukluk

arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Her gün gazete okuyan kadınlarda ruhsal bozukluk (%26,1) en düşük saptanmıştır.

Anlamlı bulunmamasına karşın, son bir yıl içinde tatile gitmeyenlerde (%43,1), kitap okumayanlarda (%44,4), sosyal etkinliklere katılmayanlarda (%41,5), ruhsal bozukluk daha fazla bulunmuştur.

Kadınların ev içi üretim, ev içi sorumluluk, ev içi kararlara katılım, bakım yükü, sosyo-kültürel alışkanlıkları ile ilgili araştırmalar yetersizdir ve yok denecek kadar azdır.

Denizli il merkezinde erişkin yaş kadınlarda yaptığımız araştırmada kadınların medeni durumları ve yaşları ile ruhsal bozukluk arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların %6,5'i hiç evlenmemiş, %84,5 evli, %9'u eşi ölmüş, boşanmış, eşinden ayrı yaşamaktadır. Ruhsal bozukluk belirtisi eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanlarda (%68,8), evli (%37,3) ve hiç evlenmemişlere (%34,8) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Belek (1999) çalışmasında evlileri daha sağlıklı, Kelleci vd (2003) çalışmasında bekar ve dullarda evlilere göre ruhsal bozukluğu daha sık, Sağduyu vd (2000) çalışmasında ayrı yaşayan ve boşanmışlarda, evli ve hiç evlenmemişlere göre depresyonu daha yüksek, yine Sağduyu'nun (1999) diğer çalışmasında somatizasyon evli ve dullarda hiç evlenmemişlere göre daha fazla saptanmıştır.

Araştırmamızda örnekleme 20-59 yaş grubu kadınlardan seçmiş olmamız nedeniyle, hiç evlenmemiş kadınların oranı düşüktür. Ruhsal bozukluk sıklığını dul, boşanmış olanlarda en yüksek, ikinci sıklıkta evlilerde, en düşük hiç evlenmemişlerde bulmamız literatürle paralel gözükmektedir.

Literatür bilgileri, evlilik ve cinsiyet arasında ruhsal bozukluk açısından; kadınlarda evlilikle ruhsal bozuklukların arttığını, erkeklerde ise evliliğin ruhsal bozukluktan koruyucu etkisini vurgulamaktadır.

Evlilikle ilgili sorunlar ve eşinden ayrılmak ya da dul kalmak gibi faktörler duygudurum bozukluklarına zemin hazırlamaktadır. Zira çalışmalar, erken yaşlarda dul kalmanın özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyarken, kadınlarda depresyon açısından en büyük risk faktörünün mutsuz evlilikler olduğu tespit edilmiştir

Kayahan vd (2003) İzmir.'de yaptığı çalışmada, evli olmanın bekarlara göre duygulanım bozukluğu rölatif riskini 2.8 kat artırdığı bulunmuştur. Buna göre, evlilik kadınlar için bir stres faktörüdür. Evlilik, erkekleri kadınlardan daha fazla depresyondan korumaktadır. Mutsuz evliliklerde kadınlar erkeklerden üç kat fazla depresif belirti göstermektedir. Yine bu çalışmada evli olan ve olmayan kadınların depresyon puanları arasında fark bulunmamış iken son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşayanlarda, son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşamayanlara göre depresyon puanı anlamlı yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması  $38,4 \pm 9,8$  olup minimum 20, maksimum 59'dur. Kadınların yaşları ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamızda kadınların doğurganlık özellikleri ele alınmıştır. Kadınların ve eşlerinin evlilik yaşları, kadınların ilk doğum yaşları, toplam gebelik, istemli düşük, istemsiz düşük, ölü doğum, bebek ölümü ve çocuk ölümü öyküleri sorgulanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %47,1'nin adölesan evlilik, %30,4 adölesan gebelik öyküsü vardır. Kadınların toplam gebelik sayısı üç ve üzerinde olanlarda (%48,8), 2 ve altında olanlara göre ruhsal bozukluk anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kadınların istemli düşük öyküsü olanlarda (%50), olmayanlara göre ruhsal bozukluk anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Anlamlı olmamasına karşın istemsiz düşük öyküsü olanlarda (%44,7), ölü doğum (%62,5), bebek ölümü (%54,5), çocuk ölümü (%50,0) öyküsü olanlarda ruhsal bozukluk daha sık bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan kadınların yaşayan çocuk sayıları ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da çocuk sayısı arttıkça ruhsal bozukluk oranı artmaktadır.

Özyurt vd (2011) çalışmasında çocuk sahibi olma ile ruhsal bozukluk arasında ilişki bulunmamıştır.

Aşkın vd majör depresyon tanısı konmuş 133 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların %63.5'inin üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır. Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon gelişebilmektedir.

Buzlu vd (2006) çalışmasında üç ve üzeri çocuk sahibi kadınlarda GSA puanlarını daha yüksek bulmuştur.

Kayahan vd (2003) yaptığı çalışmada çocuğu olanlar ile olmayanlar arasında, iki ve üzeri çocuğu olanlar ile bir çocuğu olanların depresyon puanlarında anlamlı farklılık saptamamıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların herhangi bir kronik hastalığa sahip olanlarında (%48,5) olmayanlara göre ruhsal bozukluk anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Kronik hastalık bulunması ile ruh sağlığı bozukluğu arasındaki ilişki Karasu, Kayahan, Üçok, Rezaki, Özyurt ve Buzlu'nun çalışmasında da gösterilmiştir.

Buzlu'nun (2006) çalışmasında kadınların %41,3'nün herhangi bir kronik hastalığı vardır ve %38,1'i düzenli ilaç kullanmaktadır. Herhangi bir hastalığı olanların %48,9'nun, düzenli ilaç kullananların %45,8'nin GSA skorları yüksek bulunmuştur. Belek'in (1999) çalışmasında da kronik hastalığı olanların %38,5'nin GSA skorları orta ve yüksek düzeydedir.

Karasu'nun (2007) yaptığı çalışmada bedensel hastalıklardan en az birisine sahip olmak, OAKK tanısı dışındaki tüm ruhsal bozuklukların riskini önemli derecede

artırdığı saptanmıştır. Özellikle, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve astımı olan hastalarda ruhsal bozukluklar oransal olarak diğer gruplara göre daha fazla görülmüştür.

Kayahan vd (2003) çalışmasında psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %28,4'ü önemli bir hastalık geçirmiştir. Üçok'un (1995) çalışmasında en az bir kronik bedensel hastalığı olanların %40,4'ünde depresyon saptanmıştır. Rezaki'nin (1995) çalışmasında depresyonu olanların %69,5'inde en az bir kronik bedensel hastalık vardır.

Özyurt vd (2011) çalışmasında kadınların %20'sinde ilaç kullanmalarını gerektiren bir kronik hastalıkları vardır. Kadınların depresif belirti sıklığının kronik hastalık varlığında 2.76 kat arttığını saptamış ve kronik hastalık varlığını depresif belirti sıklığını en fazla etkileyen iki faktörden biri olarak belirtmiştir.

Budakoğlu vd (2005) Ankara kent merkezinde 15 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları araştırmada kronik hastalık varlığını %46 olarak saptamışlar ve kronik hastalığı olan kadınlarda (%22,7) olmayanlara göre (%18,1) anksiyete şüphesini anlamlı daha yüksek saptamışlardır.

Araştırmamıza katılan kadınların yaşam biçimlerine ait özellikleri; sigara ve alkol kullanma durumları, uyku süreleri incelenmiştir.

Kadınların sigara ve alkol kullanmaları ile ruhsal bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kadınların %20,6'sı sigara içmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına karşın sigara içenlerde (%49,4), içmeyenlere göre ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır.

Kadınların sadece %2,8'i alkol kullandığını belirtmiştir. Kadınlarda alkol kullanımının düşük olmasını ülkemizde kadınların toplumsal statüsü ve geleneksel rolleri çerçevesinde açıklamak mümkündür.

Budakoğlu vd (2005) Ankara il merkezinde yaptıkları araştırmada sigara içenlerde anksiyete riskini içmeyenlere göre 1,5 kat daha fazla bulmuşlardır. Ögel vd (2003) İstanbul'da yaptıkları araştırmada yaşam boyu en az bir kez sigara kullananlar %76,9 olup, erkeklerde kadınlardan dört kat daha fazladır.

Özyurt vd (2011) sigara ve alkol kullanımı ile ruhsal bozukluk arasında ilişki bulmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların günlük uyku süresi ortalama  $7.39 \pm 1.33$  saat olup, uyku süreleri ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Anlamlı olmamasına karşın 5 saat ve altında uyuyanlarda (%54,2), 9 saat ve üzeri uyuyanlarda (%52,3) normal süre uyuyanlara göre ruhsal bozukluk daha sık saptanmıştır. Uyku bozukluğu aynı zamanda bir grup ruhsal hastalıktır ve uyku süresi az ve çok olanlarda ruhsal bozukluk sıklığının daha fazla saptanması doğaldır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Denizli il merkezinde erişkin yaş kadınlarda Genel Sağlık Anketi kullanarak yaptığımız araştırmada ruhsal bozukluk sıklığı %40 olarak saptanmıştır. En sık görülen ruhsal bozukluk belirtileri; %29,6 endişeleri nedeniyle uykusuzluk çekmek, %28,5 keyifsizlik ve durgunluk, %22,5 günlük işlerden zevk alamama, %20,6 yapılan işlere dikkatini verememe, %20,3 kendini mutlu hissetmemedir.

Kadınların %37,2'sinin son bir yıl içinde ruhsal yakınması olmuştur. Bu oran çalışmamızda bulduğumuz %40 ruhsal bozukluk belirti sıklığı ile uyumludur. Son bir yıl içinde ruhsal yakınması olanların %56,1'i bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Bu oran araştırmaya katılan kadınların %20,8'ine denk gelmektedir.

Kadınların %16,9'u son bir yıl içinde ruhsal bozukluk tanısı almıştır ve kadınların aldığı en sık tanı %10,4 depresyondur. Kadınların %21,8'i son bir yıl içinde psikiyatrik ilaç kullanmıştır ve bunların %13,6'sı depresyon nedeni ilaç kullanımınıdır. Araştırmaya katılan kadınların %53,5'inin somatizasyon bulgusu vardır ve en sık %31,7'si başağrısı, %12,5 genel ağrıları görülmektedir.

Ruhsal yakınması olan kadınların %43,9'u yardım almak için herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştır ve yararsızlık düşüncesi (%37,9), zaman bulamama (%36,2), güvensizlik (%29,3), ekonomik sorunlar (%17,2) en sık görülen nedenlerdir.

Ruhsal yakınması olan kadınların başvurduğu sağlık kurumları; devlet hastaneleri (%47,3), aile sağlığı merkezleri (%22,3), üniversite hastanesi (%10,8), özel hastaneler (%10,8), özel klinikler(%8,1)'dir. Kadınların destek aldıkları sağlık personeli dağılımına bakıldığında; %60,8 psikiyatristler, %24,3 aile hekimleri, %12,2 uzman hekimler olarak sıralanmaktadır.

Ruhsal yakınmaya sahip olup herhangi bir sağlık kurumuna başvuran kadınların %32,4'ü hizmet alırken sorun yaşadığını ifade etmiştir. Önemsizlik %54,2, kısa süre ayrılması %45,8, ilaçla geçirtilme %37,5, bilgilendirilmeme %29,2, yeterince dinlememe %20,8 en sık yaşadıkları sorunlardır.



Kadınların ruh sağlığını etkileyen faktörlerden; dul ve boşanmışlarda (%68,8); eşinin sosyal güvencesi olmayanlarda (%59,1), eşi işsiz olanlarda (%72,7), eşi güvencesiz çalışanlarda (%42,5); asgari ücret düzeyinde hane geliri olanlarda (%47,3); hanesinde iki ve üzeri bakım yükü oluşturan grupla yaşayanlarda (%55,2); evde tamir işleri (%64) ve fatura ödeme (%49,4) sorumluluğunu alanlarda; kronik hastalığı olanlarda (%48,5); doğurganlık öyküsü ile ilgili olarak toplam gebelik sayısı 3 ve üzeri olanlarda (%48,8), istemli düşüğü olanlarda (%50) ruhsal bozukluk daha fazladır.

İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen; çocuk sayısı arttıkça, evde bakım yükü oluşturan kişi sayısı arttıkça ruhsal bozukluk artmaktadır, eğitim düzeyi düşük olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda, hane mülkiyeti olmayanlarda, odabaşına düşen kişi sayısı 1 ve üzerinde olanlarda, aile tipi geniş olanlarda, anadili Türkçe olmayanlarda, sigara içenlerde, düşük, ölü doğum, bebek ölümü, çocuk ölümü öyküsü olanlarda, son bir yılda tatile gitmeyenlerde, kitap okumayanlarda, sosyal etkinliklere katılmayanlarda, 5 saatten az, 9 saatten fazla uyuyanlarda, güvencesiz çalışanlarda, ev içi sorumluluğu yüksek olanlarda ruhsal bozukluk daha fazla bulunmuştur.

Erişkin kadınlarda ruh sağlığı sorunları yaygındır ve kadınlar bu sorunları nedeniyle hem psikolojik, hem fiziksel yakınmalarla hekime başvurumaktadırlar. Kadınlar ruhsal yakınmaları nedeniyle daha çok ikinci basamak sağlık kurumlarına ve psikiyatristlere başvurumaktadırlar ve birinci basamak hekimlerine başvurular düşüktür.

Kadınların sağlık kurumlarına başvurularında özellikle tedavi edici hizmetleri veren poliklinik başvurularında ruhsal öykü alınması önemlidir, fiziksel yakınmalarla başvuran kadınlarda somatizasyon belirtileri olabileceği unutulmadan, ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Birinci basamak sağlık kurumları kolay ulaşılabilir olması, kapsayıcılığı nedeniyle önemlidir ve ilk başvuru yerleri olmalıdır.

Kadınların sağlık kurumlarına başvurmama gerekçeleri olan önemsenmeme, kısa süre ayrılması, ilaçla geçiştirilme, yeterince dinlenmeme göz önüne alınarak kadınların

muayene sürelerinin artırılması, sağlık personeline eğitim verilmesi, kadınlara yönelik programlar oluşturulması gibi düzenlemeler yapılabilir.

Kadınlara ruhsal bozuklukları, her şeyden önce toplumdaki düşük statüleri, sosyoekonomik faktörlerle birebir ilintilidir. Kadınların toplumsal statülerinin yükseltilmesi ile ruhsal sorunların azaltılması, hastalık ve maliyet etkili yüklerde de azalmaya neden olacağı için önemlidir.

Kadınlarda ruh sağlığı durumunu ortaya koyan çalışmalarda, daha az incelenen ataerkil yapı, yaşanan ekonomik kriz ve kadınların yoksullaşması, ev içi üretim ve çalışma yaşamı özellikleri, kadının sosyal güvencesi gibi faktörleri önceleyen ve her birini ayrıca ele alan çalışmalara gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

- Akdeniz, E.B., Öz, F. (2009) Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Göç Ve Kadın, *Kriz Dergisi*, 17 (1): 27-36.
- Aksakoğlu, G., Uçku, R., Okuyan, Z., Ergör, G., Günay, T., Ergör, A., Şemin, S., Civaner, M., Demiral, Y., Kıran, S., Kılıç, B. (2009) İzmir İli “Metropolitan” Alanda Toplumun Sağlık Düzeyi ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, *Toplum ve Hekim*, 24(3);226-233
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C., Oflu, S. (1999) Koruyucu Ruh Sağlığı, *Yeni Symposium*, 37 (3): 55-9.
- Almeida, O.P., Forlenza, O.V., Lima, N.K., Bigliani, V., Arcuri, S.M., Gentile, M., Faria, M.M., Lourenco, C.C., De Oliveira, D.A. (1997) Psychiatric Morbidity Among The Elderly In A Primary Care Setting--Report From A Survey In Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*,12(7):728-36.
- Alper, Y., Çoşkunol, H., Çelikel A vd. (1990). EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğinde Görülen Hastalardaki Tıp Dışı Başvurular. *XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı*, Cilt I, İzmir, s. 225-233.
- Anthony, J.C., Petronis, K.R.(1991) Suspected Risk Factors For Depression Among Adults 18-44 Years Old, *Epidemiology*, 2(2):123-132.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç. (2002) Eskişehir İlinde Sağlık Ocaklarında Konulan Ruhsal Hastalık Tanıları İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2):87-98.
- Başkent Üniversitesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2004) Ulusal Hastalık Yüku Ve Maliyet-Etkililik Projesi Final Raporu, *RSHMB 2004*, Ankara, s. 267-268
- Baum, A., Garofalo, J.P., Yali, A.M. (1999) Socioeconomic Status And Chronic Stress. Does Stress Account For SES Effects On Health *Ann N Y Acad Sci*, 896:131-44.

- Belek, İ.(1999) Genel Sağlık Anketi İle Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyodemografik Eşitsizlikler, Antalya'da Bir Alan Araştırması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3):163-172.
- Bilgin, M. (1990) Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Haccettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, 95 s.
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (2011) İnsani Gelişme Raporu, *UNDP, 2011*, USA.
- Blacker, C.V.R., Clare, A.W. (1987) Depressive Disorder İn Primary Care, *Br J Psychiatry*, 150: 737-751.
- Bridges, R.N., Goldberg, D.P. (1985) Somatic Presentation of DSMIII Psychiatric Disorder in Primary Care, *J Psychosom Res*, 29:563-569.
- Brunner, E., Marmot, M. (2009) Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri, *İnsev Yayınları*, İstanbul, 18-44
- Budakoğlu, İ., Maral, I., Coşar, B., Biri, A., Bumin, M.A. (2005) 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Gelişimi ve Sıklığını Etkileyen Faktörler, Cilt: 2 Sayı: 2 Sayfa: 92-97
- Buzlu, S., Bostancı, N., Özbaş, D., Yılmaz, S. (2006) İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, *STED*, 15(9); 134-138.
- Charney, E., Weissman, M. (1988) Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In Depression and Mania, Ed(s) Georgotas A, Cancro R. *Elseiver*, New York.
- Cole, S, (1999) Sosyolojik Düşünme Yöntemi, *Vadi Yayınları*, Ankara, 196 s.
- Coryell, W., Endicott, J., Keller, M. (1992) Major Depression İn A Nonclinical Sample. Demographic and Clinical Risk Factors For First Onset, *Arch Gen Psychiatry*, 49(2):117-125.
- Çelikkol, A. (2001) Koruyucu Ruh Sağlığı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, İzmir, *Ege Üniversitesi Yayın Bürosu*, s.151-152.

- Çetin, İ., Bilici, M., Bekaroğlu, M., Köroğlu, M.A., Uluutku, N. (1999) Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı Ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, **35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu**, Trabzon, Cilt: 2 Sayı: 2 Sayfa: 92-97.
- Çilli, AS., Kaya, N., Bodur, S. (2004) Çalışan ve Ev Kadınlarında Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması, **Genel Tıp Dergisi** ,14(1):1-5.
- De Jong, J.T., de Klein, G.A., ten Horn, S.G. (1986) A Baseline Study On Mental Disorders In Guine-Bissau, **Br J Psychiatry**, 148:27-32.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, **Dilek Matbaası**, Sivas.
- Dökmen, Z.Y. (2003) Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadında Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnancı ve Cinsiyet Rolü, **Türk Psikoloji Dergisi**, 18(51), 111-124
- Dönmez, L., Dedeoğlu, N., Özcan, E., (2000) Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 11:198-203.
- Dünya Ekonomik Forumu (2011) Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu, **WEF 2011**, Switzerland
- Emrecik, S.T., Nalbantoğlu, D., Zencir, M. (2009) Bir Tekstil Fabrikası Kadın İşçilerinde Ruh Sağlığı ve Etkileyen Faktörler, **14.Pratisyen Hekimlik Kongresi**, Antalya, s. 102
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, **T.C. Sağlık Bakanlığı**, Ankara, 2201:25-75.
- Fassaert, T., Hesselink, A.E., Verhoeff, A.P. (2009) Acculturation And Use Of Health Care Services By Turkish And Moroccan Migrants: A Cross-Sectional Population – Based Study, **BMC Public Health**, 10 (9):332.
- Gater, R., Almeida S. B., Barrientos, G. vd (1991) The Pathways To Psychiatric Care: A Cross-Cultural Study. **Psychol Med**, 21:761-764.
- Gökalp, P.G. (2003) Stres Anksiyete ve Kadın, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Ayşe Akın (Ed.).HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**, Ankara, s. 165-173.
- Güleç, C. (1981) Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma. **HÜTF Psikiyatri AD**, DoçentlikTezi, Ankara.

- Güleç, C. (2002) Türk Toplumunda Geleneksel Kültürün Psikoterapik Etkileri, **IX. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Özet Kitabı**, Adana, s. 30.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Raporu, **TNSA-2008**, Ankara, s. 43-54.
- İlkkaracan, P., İlkkaracan, İ. (1998) 1990'lar Türkiye'sinde Kadın ve Göç. Bilanço 98: 75 Yılda Köylerden Şehirlere Kitabı, **Tarih Vakfı Yayınları**, İstanbul, 305-322.
- Kaplan, H.I., Sadock, J. (2004) Klinik Psikiyatri, **Nobel Tıp**, 159 s.
- Kaptanoğlu, C., Yenilmez, Ç., Ayrancı, Ü. (2003) Temel Sağlık Hizmetlerinde En Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Fiziksel Belirtiler, **5US Yayınları**, S.4.
- Karasu, U. (2007) Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD**, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 108 s.
- Katon, W., Ciechanowski, P. (2002) Impact of major depression on chronic medical illness. **J Psychosom Res**, 53:859-863.
- Kaya, B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi, **Psikiyatrik Epidemiyoloji**, Ege Psikiyatri Yayınları,66 s.
- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürkt, Ö. (2003) On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 4:208-219.
- Kelleci, M., Aştı, N., Küçük, L. (2003) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları, **C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu**, 7(2).
- Kelleci, M., Gölbaşı, Z. (2009) Eş Şiddetinin Kadın Ruh Sağlığına Etkileri, **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, 29(6): 1587-93.
- Kesler, D., Uoyd, K., Lewis, G. (1999) Cross Sectional Study Of Symptom Attribution And Recognition Of Depression And Anxiety In Primary Care, **BMJ**, 318:1558-1559.
- Kılıç, C., Rezaki, M., Üstun, T.B. vd. (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 29(3):131-136.
- Kırlı, S., (1999) Kadın ve Depresyon, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 8(3 ):104-105.

- Kırpınar, Ý., Çayköylü, A., Kulođlu, M. (1994) Erzurum'da Ruh Sağlığı Birimlerine ulaşım yolları, *Türk Psikiyatri Dergisi*,5:(3):175-181.
- Kottak, C. P. (2002) Antropoloji, *Ütopya Yayınları*, Ankara, 646 s.
- Küey, L. (1990) Depresyon ve Kadın, *Sendrom*,(2): 49-51.
- Leff, J. (1990) The New Cross-Cultural Psychiatry, *Br J Psychiatry*, 156:305-307.
- Levenson, J.L., Hamer, R., Silverman, J.J. (1987) Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay, *Int J Psychiatry Med*, 16:231-237.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha ,T., Farrell ,M., Gill ,B., Jenkins , R, Meltzer ,H. (1998) Socioeconomic Status, Standard Of Living, And Neurotic Disorder, *Lancet*, 352(9128):605-9.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J.B., Hahn, S., Brody, D., Degruy, F.(1996, Nov.). Gender, Quality Of Life, And Mental Disorders İn Primary Care: Results From The PRIME-MD 1000 Study, *Am J Med*, 101(5):526-33.
- Mumford, D.B., Minhas, F.A., Akhtar, I., Akhtar, S., Mubbashar,M.H.(2000) Stress And Psychiatric Disorder İn Urban Rawalpindi, *The British Journal Of Psychiatry*, 177: 557-562.
- Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C. (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms, *J Personal Soc Psychol*, 77:1061-1072.
- Ögel, K.,(1996) Depresyonla ilgili gerçekler ve rakamlar, *Aktüel Literatür Dergisi*,3(35) :15
- Önen FR., Kaptanoğlu C., Seber G. (1995) Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleriyle İlişkisi, *Kriz Dergisi*, 3(1-2):88-103.
- Özkorumak, E., Güleç, H., Kose, S., Borckardt, J., Sayar, K.(2006) Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir mi?, *Klinik Psikiyatri*, 2006;9:161-169
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Boratav, C. (2002) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk, *Türk Psikiyatri Dergisi* , 13(1):23-32.

- Özşahin, A., Zencir, M., Yılmaz, B.G., Çatak, B. (2008, mart.22-23). Denizli İli Doğurgan Çağ Evli Kadınlarda Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, *1.Kadın Sağlığı Kongresi*, Ankara.
- Özyurt Cengiz B., Deveci, A. (2011) Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi.,*Türk Psikiyatri Dergisi*;22(1):10-6.
- Patel, V., Todd, C., Winston, M., Gwanzura, F., Simunyu, E., Acuda, W., Mann, A.(1997, jul.) Common Mental Disorders İn Primary Care İn Harare, Zimbabwe: Associations And Risk Factors. *Br J Psychiatry*.171:60-4.
- Pektaş, İ., Bilge, A.,Ersoy,M.A. (2006) Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48
- Rezaki, M. (1995) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 6(1):13-20.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., Ulbrich, P. (1983). Distress and traditional female role: A comparison of Mexicans and Anglos. *American Journal of Sociology*, 89 (3), 670-682.
- Rothschild, A.J. (1999) Mood disorders, Harvard Guide to Psychiatry, Nicholi Jr AM (Ed), 3. Baskı, Cambridge, *Harvard University Press*, s.281-307.
- Sağduyu, A. (1995). Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 6(1):21-29.
- Sağduyu, A., Rezaki, M., Rezaki, B.G., Kaplan, İ., Özgen, G. (1999) Somatoform Ağrı Bozukluğu: Tanımlayıcı Özellikler ve Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*;10(1):21-33.
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., Boratav, C.(2000) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 11(1):3-16.
- Sağduyu, A. (2001) Somatizasyon ve İlişkili Sendromların Biyolojisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:211-223.
- Sağlam, S. (2006). Türkiye’de İç Göç Olgusu Ve Kentleşme, *Türkiyat Araştırmaları*, 5: 33-44.
- Schovers, M.A., Muijsenbergh, M.E., Largo-Janssen, A.L. (2009) Self-Rated Health And Health Problems Of Undocumented İmmigrant Women İn The Netherland: A



Descriptive Study, *J Public Health Policy*, 30 (4): 409-422.

Sır, A., Bayram, Y., Özkan, M. (1998) Zoraki İç Göçün Ruh Sağlığına Etkileri Üzerine Bir Ön Çalışma, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1 (2): 83-88.

Tabak, R.S., Şarlak, K. (2008) Türkiye’de Ambulatuvar Psikiyatrik Bakım Veren Sağlık Personelinin İleri Eğitim Gereksinimi Değerlendirme Raporu, *WAP 2*, Ankara, s:3-4

Tezcan, S. Aslan, D. (2000) Ankara’da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, *Kriz Dergisi*, 8 (1):1-8.

Tiedje, L. B., Wortman, C. B., Downey, G., Emmons, C., Biernat, M., & Lang, E. (1990). Women With Multiples Roles:Role-Compatibility Perceptions, Satisfaction, And Mental Health, *Journal Of Marriage And The Family*, 52: 63-72.

Toft, T., Fink, P., Ornbol, E., Christensen, K.A.S., Frostholt, L., Olesen, F.,(2005). "Mental Disorders İn Primary Care: Prevalence And Co-Morbidity Among Disorders: Results From The Functional İllness İn Primary Care (FIP) Study.", *Psychl Med.*, Vol. 8, S. 1175-84.

Topcu, S., Başer, A. (2006) Göç ve Sağlık, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3): 37-41.

Türk İş (2005) Türkiye’de Emek Piyasasında Kadınların Durumu Raporu, *TÜRK-İŞ*, Ankara, s.11-12.

TUİK (2009) İşgücü İstatistikleri, “*Türkiye İstatistik Kurumu*”, Dinamik Sorgulama, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (13.05.2011)

Uçman, P. (1990) Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar, *Psikoloji Dergisi*, 7 (24):58-75.

Ünal, S., Özcan, E. (2000) Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1:41-48.

Üçok, G.Ö. (1995) Bir Sağlık Ocağına Buşvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuşu, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 6(3):180-185.

Vazquez-Barquero, J.L., Wilkinson, G., Diez Manrique, J.F., Lequerica, J., Guillen, J.(1990, Apr.). Psychiatric Morbidity And Physical İllness İn Health Centres, *Acta Psychiatr Scand*, 81(4):335-9.

Von Korff M., Myers L. (1987) The primary care physician and psychiatric services, *Gen Hosp Psychiatry*, 9(4):235-40

World Health Organization (2009) Women and Health , *WHO 2009*, Switzerland, s.53

Yaşar, M.R. (2007) Depresyonun Kadınlaşması, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,17(2):251-281

**EKLER**

Ek.1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma

Ek 2. Araştırmada Uygulanan Anket Formu

Ek 3. Araştırma İzin Formu

## EK.1. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDEN YARARLANMA

**Tablo Ek 1.1. Kadınların Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumlarının Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>						
20-29	16	61.5	10	38.5	26	0.156
30-39	27	61.4	17	38.6	44	
40-49	20	54.1	17	45.9	37	
50-59	11	44.0	14	56.0	25	
<b>Medeni Durum</b>						
Hiç Evlenmemiş	3	42.9	4	57.1	7	0.711
Evli	61	57.5	45	42.5	106	
Eşi Ölmüş, Boşanmış, Eşinden Ayrı Yaşıyor	10	52.6	9	47.4	19	
<b>Çocuk Sayısı</b>						
Yok	2	40.0	3	60.0	5	0.717
Bir	13	59.1	9	40.9	22	
İki	38	60.3	25	39.7	63	
Üç ve Üstü	18	51.4	17	48.6	35	

**Tablo Ek 1.2. Kadınların ve Eşlerinin Eğitim, Sosyal ve Sağlık Güvencelerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Formel Eğitimini Tamamlamamış	1	20.0	4	80.0	5	0.063
İlköğretim	60	62.5	36	37.5	96	
Lise	7	36.8	12	63.2	19	
Üniversite	6	50.0	6	50.0	12	
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>						
Formel Eğitimini Tamamlamamış ve İlköğretim	41	58.6	29	41.4	70	0.915
Lise	9	52.9	8	47.1	17	
Üniversite	11	57.9	8	42.1	19	
<b>Sosyal Güvence</b>						
Yok	55	58.5	39	41.5	94	0.646
Emekli Sandığı	4	66.7	2	33.3	6	
SSK	12	48.0	13	52.0	25	
Bağkur	3	42.9	4	57.1	7	
<b>Eşin Sosyal Güvencesi</b>						
Yok	3	50.0	3	50.0	6	0.652
SSK	9	69.2	4	30.8	13	
Emekli Sandığı	44	55.0	36	45.0	80	
Bağkur	5	71.4	2	28.6	7	
<b>Sağlık Güvencesi</b>						
Yok	3	50.0	3	50.0	6	0.888
SSK	50	53.8	43	46.2	93	
Emekli Sandığı	10	62.5	6	37.5	16	
Bağkur	8	66.7	4	33.3	12	
Yeşil Kart	3	60.0	2	40.0	5	
<b>Eş Sağlık Güvencesi</b>						
Yok	1	33.3	2	66.7	3	0.803
SSK	45	56.3	35	43.8	80	
Emekli Sandığı	9	64.3	5	35.7	14	
Bağkur	5	71.4	2	28.6	7	
Yeşil Kart	1	50.0	1	50.0	2	

**Tablo Ek 1.3. Kadınların Hane Mülkiyeti, Hane ve Aile Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Hane Mülkiyeti</b>						
Evet	30	50.8	29	49.2	59	0.278
Hayır	44	60.3	29	39.7	73	
<b>Oda Başına Düşen Kişi Sayısı</b>						
1 ve Altı	41	53.9	35	46.1	76	0.490
1'in Üzeri	33	60.0	22	40.0	55	
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek	64	57.1	48	42.9	112	0.553
Geniş	10	50.0	10	50.0	20	
<b>Çalışan Kişi Sayısı</b>						
0	7	46.7	8	53.3	15	0.373
1	44	55.7	35	44.3	79	
2 ve Üzeri	23	60.5	15	39.5	38	

**Tablo Ek 1.4. Kadınların Hane Gelirine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Hane Geliri</b>						
Asgari Ücretten Az	5	83.3	1	16.7	6	0.329
Asgari Ücret	13	56.5	10	43.5	23	
700-2000	48	54.5	40	45.5	88	
2000 Üzeri	7	53.8	6	46.2	13	

**Tablo Ek 1.5. Kadınların Göç Öyküsü Ve Anadillerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Göç Etme Durumu</b>						
Doğduğundan Beri Denizli'de Yaşıyor	20	57.1	15	42.9	35	0.402
Denizli İçinden Göç	24	49.0	25	51.0	49	
Başka İlden Göç	30	62.5	18	37.5	48	
<b>Anadil</b>						
Türkçe	70	57.4	52	42.6	122	0.287
Diğer Diller	4	40.0	6	60.0	10	

**Tablo Ek 1.6. Kadınların Sigara Alışkanlığına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Sigara İçme</b>						
Evet	30	71.4	12	28.6	42	0.014
Hayır	44	48.9	46	51.1	90	
Toplam	74	56.1	58	43.9	132	

**Tablo Ek 1.7. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebe</b>						
Hayır	71	57.3	53	42.7	124	0.194
Evet	0	0	1	100	1	
<b>Kadının Evlilik Yaşı</b>						
19 ve Altı	38	65.5	20	34.5	58	0.056
20-24	28	50.9	27	49.1	55	
25 ve üzeri	4	40.0	6	60.0	10	
<b>Eşin Evlilik Yaşı</b>						
19 ve Altı	8	61.5	5	38.5	58	0.986
20-24	28	50.9	27	49.1	55	
25-29	24	57.1	18	42.9	42	
30 ve Üstü	9	56.3	7	43.8	16	
<b>İlk Doğum Yaşı</b>						
19 ve Altı	23	60.5	15	39.5	38	0.560
20-24	31	58.5	22	41.5	53	
25 ve Üstü	16	53.3	14	46.7	30	
<b>Toplam Gebelik</b>						
0	2	50.0	2	50.0	4	0.245
1-2	37	64.9	20	35.1	57	
3 ve Üstü	32	50.0	32	50.0	64	
<b>İstemsiz Düşük</b>						
Yok	54	59.3	37	40.7	91	0.349
Var	17	50.0	17	50.0	34	
<b>İstemli Düşük</b>						
Yok	51	55.4	41	44.6	92	0.606
Var	20	60.6	13	39.4	33	
<b>Ölü Doğum</b>						
Yok	68	56.2	53	43.8	121	0.442
Var	3	75.0	1	25.0	4	
<b>Bebek Ölümü</b>						
Yok	69	57.0	52	43.0	121	0.781
Var	2	50.0	2	50.0	4	
<b>Çocuk Ölümü</b>						
Yok	71	56.8	54	43.2	125	125
Var						

**Tablo Ek 1.8. Kadınların Kronik Hastahklarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kronik Hastalık</b>						
Var	36	65.5	19	34.5	55	0.065
Yok	38	49.4	39	50.6	77	
Toplam	74	56.1	58	43.9	132	

**Tablo Ek 1.9. Kadınların Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Tatile Gitme</b>						
Evet	18	50.0	18	50.0	36	0.391
Hayır	56	58.3	40	41.7	96	
<b>Gazete Okuma</b>						
Okumam	27	65.9	14	34.1	41	0.347
Nadiren	31	55.4	25	44.6	56	
Haftada Bir İki	9	42.9	12	57.1	21	
Her gün	7	50.0	7	50.0	14	
<b>Kitap Okuma</b>						
Okumam	33	60.0	22	40.0	55	0.799
Nadiren	30	53.6	26	46.4	56	
Haftada Bir İki	9	56.3	7	43.8	16	
Her gün	2	40.0	3	60.0	5	
<b>Televizyon İzleme</b>						
Her gün	62	57.9	45	42.1	107	0.215
Haftada İki üç Gün	9	56.3	7	43.8	16	
Haftada Bir Gün ve Daha Az	3	33.3	6	66.7	9	
<b>Ev Gezmesine Gitme</b>						
Gitmem	5	62.5	3	37.5	8	0.180
Haftada Birkaç Kez	10	40.0	15	60.0	25	
Haftada Birden Az	59	60.2	39	39.8	98	
<b>Sosyal Etkinlik</b>						
Katılma	56	57.1	42	42.9	98	0.671
Katılmama	18	52.9	16	47.1	34	
<b>Spor Yapma</b>						
Yapmam	58	58.6	41	41.4	99	0.462
Haftada Birden Az	3	37.5	5	62.5	8	
Haftada Birkaç Kez	13	52.0	12	48.0	25	
<b>Uyku süresi (saat)</b>						
1-5	5	35.7	9	64.3	14	0.164
6-8	56	57.7	41	42.3	97	
9 ve Üzeri	13	61.9	8	38.1	21	



**Tablo Ek 1.10. Kadınların Çalışma Yaşamlarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

Çalışma Yaşamı	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Çalışma</b>						
Evet	23	60.5	15	39.5	38	0.510
Hayır	51	54.3	43	45.7	94	
<b>İstihdam Biçimi</b>						
Ödenmeyen Emek	40	51.9	37	48.1	77	0.429
Güvencesiz Çalışma	24	64.9	13	35.1	37	
Güvenceli Çalışma	10	55.6	8	44.1	18	
<b>Çalışma Biçimi</b>						
Ödenmeyen Emek	40	51.9	37	48.1	77	0.417
Formel	14	53.8	12	46.2	26	
Ücretsiz Aile İşçisi	4	80.0	1	20.0	5	
Ev Eksenli Çalışma	16	66.7	8	33.3	24	
<b>Evlilik Öncesi Çalışma</b>						
Evet	31	52.5	28	47.5	59	0.312
Hayır	40	61.5	25	38.5	65	

**Tablo Ek 1.11. Kadınların Hanede Bakıma Muhtaç Kişi Varlığına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvurma Durumları**

Bağımlı Kişi Durumu	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>On Beş Yaş Altı</b>						
Yok	29	53.7	25	46.3	54	0.650
Var	45	57.7	33	42.3	78	
<b>Altmış Beş Yaş Üzeri</b>						
Yok	69	57.5	51	42.5	120	0.294
Var	5	41.7	7	58.3	12	
<b>Engelli</b>						
Yok	70	55.6	56	44.4	126	0.588
Var	4	66.7	2	33.3	6	
<b>Kronik Hasta</b>						
Yok	45	59.2	31	40.8	76	0.396
Var	29	51.8	27	48.2	56	
<b>Bağımlı Grup Sayısı</b>						
0	19	63.3	11	36.7	30	0.649
1	33	53.2	29	46.8	62	
2 ve üzeri	22	55.0	18	45.0	40	
<b>Bağımlı Kişi Sayısı</b>						
0	19	63.3	11	36.7	30	0.733
1	21	50.0	21	50.0	42	
2	16	57.1	12	42.9	28	
3 ve üzeri	18	56.3	14	43.8	32	

**Tablo Ek 1.12. Kadınların Ev İçi Sorumluluklarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

Ev İçi Sorumluluk	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	
<b>Yemek Bulaşık</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	67	56.8	51	43.2	118	0.630
Başkası Yapar	7	50.0	7	50.0	14	
<b>Alışveriş</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	42	60.9	27	39.1	69	0.244
Başkası Yapar	32	50.8	31	49.2	63	
<b>Ev Temizliği</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	65	55.1	53	44.9	118	0.508
Başkası Yapar	9	64.3	5	35.7	14	
<b>Çamaşır Ütü</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	67	56.3	52	43.7	119	0.866
Başkası Yapar	7	53.8	6	46.2	13	
<b>Tamirat</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	9	69.2	4	30.8	13	0.306
Başkası Yapar	65	54.6	54	46.2	119	
<b>Fatura Ödeme</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	29	55.8	23	44.2	52	0.957
Başkası Yapar	45	56.3	35	43.8	80	
<b>Çocuk Bakımı</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	46	54.8	38	45.2	84	0.473
Başkası Yapar	27	61.4	17	38.6	44	
<b>Çocuk Eğitimi</b>						
Çoğunu Ben Yaparım	44	61.1	28	38.9	72	0.250
Başkası Yapar	28	50.9	27	49.1	55	
<b>Ev İçi Sorumluluk</b>						
Düşük	24	50.0	24	50.0	48	0.236
Yüksek	48	60.8	31	39.2	79	

**Tablo Ek 1.13. Kadınların Karar Süreçlerine Katılımlarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

Kararlara Katılım	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Mülkiyet</b>						
Düşük	45	57.0	34	43.0	79	0.799
Yüksek	29	54.7	24	45.3	53	
<b>Taşıt</b>						
Düşük	47	58.8	33	41.3	80	0.440
Yüksek	27	51.9	25	48.1	52	
<b>Gelirin Yönlendirilmesi</b>						
Düşük	39	54.9	32	45.1	71	0.778
Yüksek	35	57.4	26	42.6	61	
<b>Çocuğun Eğitimi</b>						
Düşük	21	48.8	22	51.2	43	0.160
Yüksek	49	62.0	30	38.0	79	
<b>Giyinme</b>						
Düşük	21	55.3	17	44.7	38	0.907
Yüksek	53	56.4	41	43.6	94	
<b>Görüşme</b>						
Düşük	23	59.0	16	41.0	39	0.662
Yüksek	51	54.8	42	45.2	93	
<b>Hareket etme özgürlüğü</b>						
Düşük	22	55.0	18	45.0	40	0.871
Yüksek	52	56.5	40	43.5	92	
<b>İşe girme</b>						
Düşük	28	58.3	20	41.7	48	0.647
Yüksek	45	54.2	38	45.8	83	

**Tablo Ek 1.14. Kadınların Eşlerinin Çalışma Yaşamına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

Eşin Çalışma Yaşamı	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>						
Evet	49	61.3	31	38.8	80	0.178
Hayır	12	46.2	14	53.8	26	
<b>Eşin Çalıştığı Kurum</b>						
Devlet	5	62.5	3	37.5	8	0.890
Özel Sektör	30	61.2	19	38.8	49	
İş Buldukça	7	70.0	3	30.0	10	
Kendi Hesabına	7	53.8	6	46.2	13	
<b>Eşin Çalışma Güvencesi</b>						
Eşi yok	13	50.0	13	50.0	26	0.495
Güvencesiz çalışma	14	50.0	14	50.0	28	
Güvenceli çalışma	47	60.3	31	39.7	78	
<b>Eşin İşi</b>						
Eşi yok	13	50.0	13	50.0	26	0.495
Eşi çalışıyor	49	61.3	31	38.8	80	
Eşi işsiz	2	40.0	3	60.0	5	
Eşi emekli	10	47.6	11	52.4	21	

**Tablo Ek 1.15. Kadınların Genel Sağlık Algılarına Göre Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru Durumları**

	Ruhsal Yakınma Nedeniyle Başvuru				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>						
İyi	30	65.2	16	34.8	46	0.121
Kötü	44	51.2	42	48.8	86	

**EK.2 ANKET**

Bu çalışmada Denizli il merkezinde yaşayan kadınların genel ruh sağlığı durumları ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını etkileyen faktörler araştırılmak istenmektedir. Çalışmanın verileri sadece bilimsel amaçlı olarak araştırmacılar tarafından kullanılacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için soruların içtenlikle ve tümünün doldurulması gerekmektedir. Soruları yanıtlarken gösterdiğiniz sabır için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Deniz NALBANTOĞLU

Gönüllü oluru: .....

<b>ANKETÖR AD-SOYAD:</b>	
<b>ANKET SIRA NO:</b>	
<b>ANKET DOLDURMA TARİHİ:</b>	
<b>AD-SOYAD:</b>	
<b>ADRES:</b>	
<b>TELEFON NUMARASI:</b>	
<b>TSM/AİLE HEKİMİ:</b>	

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER			
1	Yaşınız:	..... yaş	.. / .. / ....
2	Medeni durumunuz nedir:	<input type="checkbox"/> Hiç evlenmemiş <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Eşi ölmüş <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Eşinden ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/> Evlilik aşamasında (nişanlı, sözlü vs.) <input type="checkbox"/> Diğer:	Evli/boşanmış/eşi ölmüş/eşinden ayrı yaşayanlar için:  <b>2a. Kaçınıcı evliliğiniz:</b> .....
3	Çocuğunuz var mı? Var ise kaç çocuğa sahipsiniz?	<input type="checkbox"/> EVET ... tane <input type="checkbox"/> HAYIR	
4	<i>boşanmış/dul/eşinden ayrı yaşayanlar için çocuğunuz/larınız sizinle birlikte mi yaşıyor?</i>	<input type="checkbox"/> EVET ... tanesi <input type="checkbox"/> HAYIR	
5	<i>boşanmış/dul/eşinden ayrı yaşayanlar için Çocuklarınızın geçimini kim sağlıyor?</i>	<input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Eşim	<input type="checkbox"/> Ben ve eşim <input type="checkbox"/> Diğer : .....
		<b>KADININ</b>	<b>EŞİNİN</b>
6	Sizin ve eşinizin eğitim durumu nedir?	1-Okuryazar Değil 2-Okuryazar 3-İlkokul Terk 4-İlkokul Mezunu 5-Ortaokul Terk 6-Ortaokul Mezunu 7-İlköğretim Terk 8-İlköğretim Mezunu 9-Lise Terk 10-Lise Mezunu 11-Üniversite Terk 12-Üniversite Mezunu	1-Okuryazar Değil 2-Okuryazar 3-İlkokul Terk 4-İlkokul Mezunu 5-Ortaokul Terk 6-Ortaokul Mezunu 7-İlköğretim Terk 8-İlköğretim Mezunu 9-Lise Terk 10-Lise Mezunu 11-Üniversite Terk 12-Üniversite Mezunu
7	Siz ve eşiniz hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız? (Yani emekli olacağımız kurum var mı, varsa hangi kurumdaki emekli olacaksınız?)	1-Sosyal Güvence Yok 2-Emekli Sandığı 3-SSK 4-Bağ-Kur 5-Özel Sigorta 6- Diğer (.....)	1-Sosyal Güvence Yok 2-Emekli Sandığı 3-SSK 4-Bağ-Kur 5-Özel Sigorta 6- Diğer (.....)
8	Siz ve eşiniz herhangi bir sağlık sigortası kapsamında mısınız?	1-Hayır 2-SSK 3-Emekli Sandığı 4-Bağ-Kur 5-Yeşil Kart 6-Özel Sağlık Sigorta 7- Diğer(Belirtiniz).....	1-Hayır 2-SSK 3-Emekli Sandığı 4-Bağ-Kur 5-Yeşil Kart 6-Özel Sağlık Sigorta 7- Diğer(Belirtiniz).....
9	Oturduğunuz ev size mi ait?		1- Evet 2-Hayır
10	Evinizde kaç oda var? Buna yatak, misafir(salon), oturma, çalışma ve çocuk odalarını dahil edermisiniz?		... ..tane oda var

11	Bütün bu saydığımız odalardan kaç tanesi gece yatmak için kullanılıyor?	..... tane oda kullanılıyor
12	Sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?	..... kişi
13	Siz, eşiniz ve çocuklar dışında evde yaşayan var mı?	<input type="checkbox"/> Çekirdek <input type="checkbox"/> Geniş Varsa kimler: .....
14	Evde çalışan kişi sayısı:	..... kişi Çalışanlar kimler: .....
15	Eve giren toplam gelir:.....TL	<input type="checkbox"/> Asgari ücretten az <input type="checkbox"/> Asgari ücret <input type="checkbox"/> 700-1000 TL arası <input type="checkbox"/> 1000-2000 TL arası <input type="checkbox"/> 2000-4000 TL arası <input type="checkbox"/> 4000-6000 TL arası <input type="checkbox"/> 6000-10.000 TL arası <input type="checkbox"/> 10.000 ve üstü
16	Göç ettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Doğduğumdan beri Denizli merkezde yaşıyorum <input type="checkbox"/> Denizli'nin köy/ beldelerinden göç ettim <input type="checkbox"/> Denizli'nin ilçelerinden göç ettim <input type="checkbox"/> Başka bir ilden göç ettim
17	Ana diliniz nedir? (sizin ya da anne/babanızın)	.....
18	Ana dil dışında hangi dilleri konuşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Başka dil konuşamıyor <input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> Kürtçe <input type="checkbox"/> Arapça <input type="checkbox"/> Çerkezce <input type="checkbox"/> Lazca <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Fransızca <input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Bulgarca <input type="checkbox"/> Rusca <input type="checkbox"/> Diğer:.....
<b>ALIŞKANLIKLAR</b>		
19	Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır .....
20	Halen sigara içiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet, her gün en az bir tane veya daha fazla içiyorum <input type="checkbox"/> Evet, her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim <input type="checkbox"/> Bıraktım, artık hiç içmiyorum .....
21	Düzenli olarak sigaraya başladığınız yaş nedir?	.....yaş
22	Bu güne kadar kaç yıldır sigara içtiniz (halen içenler ve bırakanlar için)	.....yıl
23	Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz?/ içiyordunuz? (halen içenler ve bırakanlar için)	.....adet/gün veya.....adet/hafta
24	Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun	<input type="checkbox"/> Evet.....

	<b>süre belli aralıklarla alkol kullandınız mı?</b>	<input type="checkbox"/> Hayır.....	
25	<b>Halen alkol kullanıyor musunuz?</b>	<input type="checkbox"/> Evet, her gün en az bir bardak/kadeh/şişe içiyorum <input type="checkbox"/> Evet, haftada üç dört kez <input type="checkbox"/> Evet, haftada bir-iki kez <input type="checkbox"/> Evet, ayda bir kaç kez <input type="checkbox"/> Evet, yılda bir kaç kez <input type="checkbox"/> Bıraktım, artık hiç içmiyorum	
26	<b>Kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz/ kullandınız? (halen içenler ve bırakanlar için)</b>	..... yıl	
27	<b>Günde veya haftada ortalama olarak ne kadar alkol kullanıyorsunuz? (halen içenler ve bırakanlar için)</b>	...../ gün veya ...../hafta veya ...../ay	<b>(Büyük/küçük şişe ve alkolün cinsi şeklinde belirtiniz)</b>
<b>DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ BİLGİLER (evli/boşanmış/dul/ayrı yaşayanlar için)</b>			
hiç evlenmemişler için 35. soruya geçiniz. Kadın GEBE ise işaret koyun ( )			
28	<b>İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?</b>	.....	
29	<b>Eşiniz evlendiğinizde kaç yaşındaydı?</b>	.....	
30	<b>Toplam kaç gebeliğiniz oldu?</b>		
31	<b>Hiç kendiliğinden (istmeden) düşük yaptınız mı? Yanıt EVET ise “kaç kez düşük yaptınız?”</b>	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (..... Düşük)	
32	<b>Düşük sayısı 3 ve 3 ten fazla ise “<u>düşükleri ARDI ARDINA mı yaptınız yoksa aralarda düşük olmayan doğumlarda oldu mu?</u>”</b>	<input type="checkbox"/> Ardi Ardına Düşük <input type="checkbox"/> Arada Düşük Olmayan Doğumlarda	
33	<b>Hiç kürtaj oldunuz mu? Yanıt EVET ise “kaç kez kürtaj oldunuz?”</b>	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (..... Küretaj)	
34	<b>Hiç ölü doğum yaptınız mı? Yanıt EVET ise “kaç kez ölü doğum yaptınız?”</b>	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (..... Ölü Doğum)	
35	<b>Sürekli ilaç/tedavi veya kontrol gerektiren bir hastalığınız var mı? Evet ise nedir?</b>	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (.....)	
<b>SOSYAL YAŞAMLA İLGİLİ BİLGİLER</b>			
36	<b>Son bir yılda tatil için bir yere gittiniz mi?</b>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
37	<b>Gazete okuma:</b>	<input type="checkbox"/> Okumam <input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Haftada bir iki <input type="checkbox"/> Hergün
38	<b>Kitap Okuma:</b>	<input type="checkbox"/> Okumam <input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Haftada bir iki <input type="checkbox"/> Hergün



39	<b>Televizyon izleme sıklığı:</b>	<input type="checkbox"/> Hergün <input type="checkbox"/> Haftada iki/üç gün	<input type="checkbox"/> Haftada bir gün <input type="checkbox"/> Daha az
40	<b>Ev gezmesine (gün, misafirlik, toplantı) ne sıklıkla gidersiniz?</b>	<input type="checkbox"/> Haftada bir iki <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Onbeş günde bir	<input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Ayda birden az
41	<b>Son üç ay içinde aşağıdaki sosyal etkinliklere katıldınız mı?</b>	<input type="checkbox"/> Sinema: <input type="checkbox"/> Tiyatro: <input type="checkbox"/> Konser: <input type="checkbox"/> Dışarı yemeğe çıkma: <input type="checkbox"/> Diğer:	
42	<b>Spor yapar mısınız?</b>	<input type="checkbox"/> Haftada bir iki <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Onbeş günde bir	<input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Ayda birden az
<b>KADININ ÇALIŞMA YAŞAMI</b>			
43	<b><u>SİZ</u> şu anda bir iş yapıyor musunuz/bir işte çalışıyor musunuz?</b>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır → <b>soru 49</b>	
44	<b>Nerede çalışıyorsunuz?</b>	1-Devlet işinde çalışıyor → <b>soru 45</b> 2-Özel Sektörde çalışıyor → <b>soru 46</b> 3-Ara işlerde (ev işleri vb.) → <b>soru 47</b> 4-Kendi hesabına (esnaf) → <b>soru 48</b> 5-Ev kadını → <b>soru 49</b> 6-Çiftçi → <b>soru 49</b> 7-Bir işte çalışmıyor → <b>soru 49</b> 8-Diğer.....	
45	<b><u>DEVLET İŞİ:</u> İş yerindeki göreviniz nedir?</b> (Örneğin: düz memur, hizmetli, doktor, öğretmen, hemşire, ebe, polis, mühendis, veri işlemci... vb.) <b>Çalışma statüsünüz nedir?</b>	..... işi/görevi  <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 4c <input type="checkbox"/> Taşeron	
46	<b><u>ÖZEL SEKTÖR:</u> Hangi iş yerinde çalışıyor, ne iş yapıyor?</b> (Örneğin tekstilde iplik fabrikasında meydançı, harman hallaç, bobin, kalite kontrol, ustabaşı, şoför, mühendis veya idari kısımda sekreter, muhasebeci gibi)(mağazada tezgahlar, markette kasiyer, güvenlikçi gibi) <b>Çalışma statüsünüz nedir?</b>	..... İşyerinde ..... işi yapıyor  <input type="checkbox"/> Sürekli-belirsiz süreli sözleşmeli <input type="checkbox"/> Belirli süreli sözleşmeli (yıllık sözleşme) <input type="checkbox"/> Taşerona bağlı	
47	<b><u>ARA İŞLERDE ÇALIŞIYOR:</u></b> (Örneğin: gündelik işler, ev işleri, temizlik, çocuk-yaşlı bakıcılığı, anketörlük, ürün tanıtımı vb.)	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> İş buldukça ..... ..... işlerinde	
48	<b><u>KENDİ HESABINA:</u> Ne iş yapıyorsunuz?</b> (Örneğin: lokantacı, telefon bayi, kuaför, market, sigorta bayi, büfe/kantin işletiyor, bakkal... vb.) <b>İş yerinde işçi çalıştırıyor musunuz?</b>	..... .....işçi çalıştırıyorum	
<b><u>SU ANDA BİR İŞTE ÇALIŞMAYAN-ÇİFTÇİ-EV KADINI:</u></b>			
49	<b>Tarlada, bağda, bahçede çalışıyor musunuz, hayvancılık yapıyor musunuz? Ya da eşinizin işyerinde çalışıyor</b>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

	musunuz?	
50	Günlük ev işleri dışında peynir, yağ, salça, dikiş, örgü yapıyor musunuz? Bu ürünleri para ya da mal karşılığı sattığınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
51	Herhangi bir ürün (parfüm, deterjan, vb.) pazarlıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
52	Eve iş alıyor musunuz (örgü, nakış, paket, takı,badem soyma v.s..)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

### EVİÇİ ÜRETİME (EV İŞLERİNE) OLAN KATKILARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

53	Evlenmeden önce çalışıyor muydunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
54	Siz çalışırken, çocuklarınıza kim bakar?	<input type="checkbox"/> Kocasını <input type="checkbox"/> Komşular/ <input type="checkbox"/> Daha büyük Arkadaşlar çocuklar <input type="checkbox"/> Bakıcı tutmuş <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Çocuk kreşe Büyükleri <input type="checkbox"/> gidiyor <input type="checkbox"/> Akrabalar <input type="checkbox"/> Diğer.....
55	Günde ortalama ne kadar süre uyursunuz?	.....saat
56	Evinizde 15 yaşın altında yaşayan kimse var mı?	<input type="checkbox"/> Var (sayısı.....) <input type="checkbox"/> Yok
57	Evinizde 65 yaş üstü yaşayan kimse var mı?	<input type="checkbox"/> Var (sayısı.....) <input type="checkbox"/> Yok
58	Evinizde fiziksel veya zeka geriliği bulunan kişi yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet (sayısı.....) <input type="checkbox"/> Hayır
59	Evde kronik hastalığı olan biri var mı?	<input type="checkbox"/> Var (sayısı.....) <input type="checkbox"/> Yok
60	Ev işlerine ayrılan süre:	Hafta süresince: ..... saat/gün Hafta sonu: ..... saat/gün
61	Ev işleri için para karşılığı yardımcı çalıştırıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

### EVİÇİ SORUMLULUKLA İLGİLİ BİLGİLER

Ailenizde aşağıda sorulan sorulardaki işlere en çok zamanı kim ayırır? Uygun seçeneği X ile işaretleyiniz						
		Çoğunu ben yaparım	Çoğunu eşim yapar	Eşit yada az eşit bir şekilde paylaşırız	Başka birisi yapar	Yapılmaz
62	Yemek-bulaşık					
63	Alışveriş					
64	Ev temizliği					

65	Çamaşır ve ütü					
66	Ev onarım işleri					
67	Fatura, makbuz ödeme					
68	Çocuk Bakımı					
69	Çocuk Eğitimi (dersler)					

**AİLE VE KENDİNİZ İLE İLGİLİ KARARLARA NE KADAR KATILIYORSUNUZ?**

		Çok az ya da hiç	Az	Orta	Çoğunlukla	Her zaman
70	Mülkiyet-gayri menkul alım-satımı					
71	Taşıt					
72	Gelirin yönlendirilmesi					
73	Çocuğun eğitimi					
74	Nasıl giyineceğinize					
75	Kimlerle görüşeceğinize					
76	Yaşadığınız mahalle içinde ve dışında hareket etme özgürlüğü					
77	Çalışma-iş					

**EŞİN ÇALIŞMA YAŞAMI**

78	<b>EŞİNİZ</b> şu anda bir iş yapıyor mu/bir işte çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır → soru 88
79	Eşinizin çalıştığı kurum devlet işi mi, özel mi, işyeri sahibi mi, çiftçi mi, ara işlerde mi çalışıyor?	1-Devlet işinde çalışıyor → soru 80 2-Özel Sektörde çalışıyor → soru 81 3-İş buldukça ara işlerde (inşaat işçisi, amele) → soru 82 4-Kendi hesabına (sabit işyeri var) soru 83 5-Çiftçilik yapıyor → soru 84 6-Diğer .....
80	<b>DEVLET İŞİ:</b> İş yerindeki göreviniz nedir? (Örneğin: düz memur, hizmetli, doktor, öğretmen, hemşire, ebe, polis, mühendis, veri işlemci... vb.) Çalışma statüsünüz nedir?	..... işi/görevi <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 4c <input type="checkbox"/> Taşeron
81	<b>ÖZEL SEKTÖR:</b> Hangi iş yerinde çalışıyor, ne iş yapıyor? (Örneğin tekstilde iplik fabrikasında meydancı, harman hallaç,	..... işyerinde ..... işi yapıyor

	<i>bobin, kalite kontrol, ustabaşı, şoför, mühendis veya idari kısımda sekreter, muhasebeci gibi)(mağazada tezgahtar, markette kasiyer, güvenlikçi gibi)</i> <b>Çalışma statüsünüz nedir?</b>	<input type="checkbox"/> Sürekli-belirsiz süreli sözleşmeli <input type="checkbox"/> Belirli süreli sözleşmeli (yıllık sözleşme) <input type="checkbox"/> Taşeronla bağlı
<b>82</b>	<b><u>İŞ BULDUKÇA ARA İŞLERDE ÇALIŞIYOR:</u></b> (Örneğin: inşaat işçisi, amele, anketör, reyon sorumlusu, mevsimlik tarım işçisi, ... vb.)	.....işlerinde
<b>83</b>	<b><u>KENDİ HESABINA: Eşiniz ne iş yapıyor?</u></b> (Örneğin: tekstil fabrikası, tuğla fabrikası, oto tamirci, lokantacı, telefon bayı, kuaför, market, sigorta bayı, büfe/kantin işletiyor, şoför, ....vb.) <b>İş yerinde işçi çalıştırıyor musunuz?</b>	..... işlerinde ..... İşçi çalıştırıyor
<b>84</b>	<b><u>ÇİFTÇİ:</u></b> Kendinize ait araziniz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>85</b>	Kendinize ait traktörünüz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>86</b>	Ailenizdeki kişiler dışında, tarlanızda, bağ veya bahçenizde ya da hayvanlarınızın bakımı için ücretli olarak başka kimseyi çalıştırıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet (Kaç kişi.....) <input type="checkbox"/> Hayır
<b>87</b>	Siz veya ailenizden başka bir kişi, başkasının bağında, bahçesinde yılda birkaç ay bile olsa ücret karşılığı çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>88</b>	<b>Eşiniz bir işte çalışmamasının nedeni nedir?</b>	<input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Asker/öğrenci <input type="checkbox"/> Emekli : ..... <input type="checkbox"/> Diğer: .....
<b>89</b>	Genel olarak sağlığınız <b>son 15 gün içinde</b> nasıldır?	<input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü

**GENEL SAĞLIK ANKETİ**

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz.

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişte değil, yalnız **son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. **Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz**

<b>SON ZAMANLARDA</b>				
Endişelerinizin nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

musunuz?				
Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık hissediyorum
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok sık
Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	hayır, hiç kaybetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden fazla	çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

<b>RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDEN YARARLANMA (SON BİR YILDA)</b>	
<b>90</b>	Son bir yılda ruh sağlığı (psikolojik) şikayetiniz (yakınmanız) oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>91</b>	Evet ise herhangi bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet → <b>soru 93</b> <input type="checkbox"/> Hayır
<b>92</b>	Hayır ise nedeni nedir? <b>(cevapladıktan sonra soru 95'e geçin)</b> <input type="checkbox"/> Ekonomik <input type="checkbox"/> Uzaklık <input type="checkbox"/> Zaman <input type="checkbox"/> Yararsız <input type="checkbox"/> Güvensizlik
<b>93</b>	Hangi kuruma başvurduunuz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) <input type="checkbox"/> Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Özel Poliklinik

		<input type="checkbox"/> Üniversite Hastanesi	<input type="checkbox"/> Özel Muayenehane
<b>94</b>	Hangi sağlık çalışanından yardım aldınız (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Aile Hekimi <input type="checkbox"/> Psikiyatrist <input type="checkbox"/> Uzman Hekim	<input type="checkbox"/> İşyeri hekimi <input type="checkbox"/> Psikolog <input type="checkbox"/> Diğer .....
<b>95</b>	Tanı almış herhangi bir ruh hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (.....)	
<b>96</b>	Evet ise nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz, ilaç yazabilirsiniz) ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Anksiyete <input type="checkbox"/> Panik atak <input type="checkbox"/> Uyku bozukluğu <input type="checkbox"/> Psikoz <input type="checkbox"/> Madde bağımlılığı <input type="checkbox"/> Yeme bozukluğu <input type="checkbox"/> Diğer:	
<b>97</b>	Son bir yılda ruh sağlığı ile ilgili ilaç kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
<b>98</b>	Evet ise nedir? .....	<input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Anksiyete <input type="checkbox"/> Panik atak <input type="checkbox"/> Uyku bozukluğu	<input type="checkbox"/> Alkol bağımlılığı <input type="checkbox"/> Psikoz <input type="checkbox"/> Yeme bozukluğu <input type="checkbox"/> Diğer:
<b>99</b>	Son bir yılda ruh sağlığı ile ilgili ilaç kullanma dışında yardım alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Görüşme <input type="checkbox"/> Grup terapisi <input type="checkbox"/> Drama	<input type="checkbox"/> Uğraş terapisi <input type="checkbox"/> Yatarak tedavi
<b>100</b>	Psikolojik, stres ya da sinirsel kaynaklı olduğu düşünülen bir hastalık tanısı aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı / migren <input type="checkbox"/> Ülser/gastrit/sindirim bozukluğu (gaz,kramp gibi) <input type="checkbox"/> Kabızlık/ishal <input type="checkbox"/> Adet düzensizliği, aşırı adet kanaması, cinsel yakınmalar <input type="checkbox"/> Ağrılar (kas, bel ağrısı, karın ağrısı vb.) <input type="checkbox"/> Çarpıntı, göğüs sıkışması, nefes darlığı <input type="checkbox"/> Diğer (.....)	
<b>101</b>	Ruh sağlığı şikayetleri/hastalığı için geleneksel ya da alternatif tıp uygulamalarından yararlandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Muska v.s <input type="checkbox"/> Dini kişiler <input type="checkbox"/> Türbe, yatır v.s. <input type="checkbox"/> Çeşitli yiyecek, içecek <input type="checkbox"/> Diğer:
<b>102</b>	Ruhsal şikayetler/hastalıklar ile ilgili sağlık çalışanlarının desteği ile ilgili sorun yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
<b>103</b>	Evet ise nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Kısa süre ayırma <input type="checkbox"/> Dinlememe <input type="checkbox"/> İlaç yazıp geçiştirme <input type="checkbox"/> Bilgilendirmeme <input type="checkbox"/> Sık hekim değişikliği	<input type="checkbox"/> Muayene ile not almama <input type="checkbox"/> Önemsememe <input type="checkbox"/> Ayrımcılık <input type="checkbox"/> Diğer



T.C.  
DENİZLİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B1041SM4200009-(605-01)-.....523  
Konu : Anket Çalışması

17/02/2011

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
DENİZLİ

İLGİ: 03.02.2011 Tarih ve 470 sayılı yazınız,

İlgi sayılı yazınızda bahsedilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı yüksek lisans programı kapsamında BAB' dan 2010-SBE006 sayılı onay ile desteklenen yüksek lisans öğrencisi Dr. Deniz NALBANTOĞLU tarafından "Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler" ilişikteki ASM hizmet bölgelerinde 21.02.2011 – 23.05.2011 tarihleri arasında (kurumda çalışan personelin iş yükü artırılmadan) yapılmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Söz konusu araştırma çalışması için Aile Sağlığı Merkezleri haberdar edilmiş olup, araştırmayı yapacak kişi/kişiler adına düzenlenmiş ve 21.02.2011 – 23.05.2011 tarihleri arasında geçerliliği olan Anket İzin Belgesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Abdullah ACAR  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EKİ :

- 1- Belge (6 Adet)
- 2- ASM Listesi (1 adet-1 sayfa)

Doktorlar Cad. Verem Savaş Dispanseri Üstü Kat: 3  
Sağlık Müd. Sant.: (0.258) 241 11 27 - 265 62 63 - 242 61 45  
Fax: (0.258) 242 07 00

Ayrıntılı Bilgi İçin: Eğt. Şb.Müd. M.GÜNDOĞDU  
Eğitim Şube Müdürlüğü Dahili Tel: 133 – 168  
Eğitim Şub. e.posta: dsmegetim@hotmail.com

21.02.2011

## ÖZGEÇMİŞ

09.12.1975 tarihinde Balıkesir ili Bandırma ilçesinde doğdu. İlkokulu Bandırma Vecihbey İlkokulunda, Ortaöğrenimini Bandırma Ortaokulunda, lise öğrenimini Bandırma Şehit Mehmet Gönenç Lisesi'nde tamamladı. 2002 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sırasıyla 2002-2005 yılları arasında Zonguldak Kilimli 112 Acil Sağlık İstasyonu, 2005-2008 yılları arasında Denizli Serinhisar Merkez Sağlık Ocağı, Denizli Çardak Merkez Sağlık Ocağı, Denizli Çal Toplum Sağlığı Merkezinde görev yaptı. 2009-2010 yıllarında Denizli Özel Sağlık Hastanesi Acil Servisinde çalıştı. 2010 yılından beri işyeri hekimi olarak çalışmaktadır.



