

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BALATÇIK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE
15-49 YAŞ KADINLARDA DEPRESYON PREVALANSI
VE
WHOQOL-BREF ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

707876

Halk Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ

107816

Tıp Doktoru Özlem Sürel KARABİLGİN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR- 2001



Sevgili Anneme...

“Blues” hem hüznü şarkılar hem de Türkçe’de “karalar basması” deyişi ile anlatılabilecek depresif duygudurumunu tanımlamak üzere kullanılan bir sözcüktür. Memphis (Washington) “blues”un anayurdudur. Duygudurum doğasını anlatan bir Memphis Slim şarkısı (Slim 1968);

*Anamda vardı
Anasında vardı
Şimdi de bende var*

*Bende bir şey var
Okulda öğrenilmez
Kitaplarda bulunmaz
Ancak miras kalır blues*

*Üzüntülü, yalnız olduğumda
Hatta mutlu iken bile
Kendimi blues türküleri
Söylerken bulurum birden
Ve anlarım ki
Bunlarla doğmuşum ben*

Slim , bütün zamanların en meşhur “blues” müzisyenlerinden biridir. 1960’larda bestelenen bu şarkıda “blues” dan yalnızca bir klinik durum olarak değil, bir ruh hali, bir müzik biçimi ve bir müzik yeteneği olarak bahsedilmektedir. Şarkının bestelendiği günlerde psikiyatri dünyasında, duygudurum bozukluklarında ailesel – kalıtsal etkenlerin rolü görmezden gelinmekteydi.

Dr. Hagop Akıskal

Çeviren: Dr. Berna Uluğ

ÖNSÖZ

Sosyal örüntümüzde her zaman verici ve destekleyici olan kadınlar giderek artan düzeyde ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum kadınların yaşama bakış açılarını olumsuz yönde değiştirmektedir. Bu değişim öncelikle kendi içlerinde, bunun yansımaları olarak aile ve toplum içindeki dinamikleri etkilemektedir.

Toplumda etkinliği tartışılmayan kadınların aile içi, toplum ve iş çevresindeki ruhsal yapıları her zaman dikkatimi çekmiştir. Bu araştırma konusunun belirlenmesinde Balatçık Sağlık Ocağı'nda görev yaptığım yıllardaki gözlemlerimin büyük etkisi vardır. Gerek poliklinik sırasında gerekse mahalle gezilerinde kadınların yaşadıkları ortam, aralarındaki ilişkiler ve içinde buldukları ruh durumunu gözleme imkanı bulmuştum.

Bilimsel kazanımlar yanında, sağlık hizmeti verilmesinde katkıda bulunduğum bölgenin kadınlarının sorunlarına biraz olsun yardımcı olmak benim için bu araştırmanın en önemli noktalarından birini oluşturmaktadır.

Tez hazırlama sürecinde bilgi ve manevi yönden gösterdiği yakınlık ve destek için danışmanım Doç. Dr. Aliye Mandıracıoğlu'na,

Halk sağlığı bakış açımın gelişmesinde her zaman katkısını hissettiğim Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu'na ilgisi ve paylaşımları için,

Eğitimdeki katkılarından dolayı Prof. Dr. Fethi Doğan, Doç. Dr. Ali Osman Karababa, Yrd. Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu, Yrd. Doç. Dr. Meral Türk ve Uzm. Dr. Gül Kitapçioğlu'na,

Sıkıntılı anlarımda sürekli çözüm bulma çabaları için sevgili Yrd. Doç. Dr. Hatice Şahin'e,

Destekleri ve bilgi paylaşımları için Doç. Dr. Erhan Eser ve Yrd. Doç. Dr. Aylin Nazlı'ya,

Sanal ortamda sorunlarıma her zaman çözüm bulan Dr. Ayhan Çalışkan ve Yrd. Doç. Dr. İbrahim Durak'a, son noktayı koymada yardımlarından dolayı Dr. Kevser Vatanserver'e, çalışma arkadaşım Dr. Hilal Batı'ya,

Tez hazırlığım sürecinde gösterdiği anlayıştan dolayı Prof. Dr. Gülşen Kandiloğlu'na,

Tezimin gerçekleştirilmesi için en büyük desteği sağlayan ve hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen Balatçık Sağlık Ocağı sorumlu hekimi Dr. Yusuf Özdemir'e ve sağlık ocağı çalışanlarına,

Psikiyatrik görüşme için tam destek veren Uzm. Dr. Ender Altıntoprak ve Uzm. Dr. Bülent Kayahan'a,

Veri toplama sırasında bana eşlik eden dostluğunu ve desteğini gördüğüm Dr. Sıdika İşbilir'e,

Ve evlerini, iç dünyalarını açan kadınlara çok teşekkür ederim.

Her zaman dostluğunu, sevgisini ve desteğini hissettiğim, oda arkadaşım Dr. S. Elif Törün'e anlayışı, bitmeyen sabrı ve çabaları için gönülden sevgiler...

Yaşamımın bir parçası oldukları için her zaman kendimi şanslı hissettiğim ağabeyime ve anneme söylemek istediğim en güzel sözlerim henüz söylemediklerimdir.

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ ve AMAÇ:	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Ruh Hastalıkları	2
2.2. Depresyon	5
2.2.1. Risk Faktörleri.....	6
2.2.2. Klinik Özellikler.....	8
2.2.3. Depresyon Epidemiyolojisi.....	9
2.2.4. Etiyoloji.....	13
2.2.4.1. Biyolojik Etkenler	13
2.2.4.2. Psikolojik Etkenler	16
2.2.5. Duygudurum Bozukluklarının Sınıflaması	18
2.2.6. Ayırıcı Tanı	20
2.2.7. Prognoz	22
2.2.8. Tedavi Yaklaşımları	22
2.2.8.1.Genel İlkeler.....	22
2.2.8.2.Farmakoterapi	22
2.2.8.2.Psikoterapötik Yaklaşım	24
2.2.8.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT).....	25
2.2.9. Kadınlarda Depresyon Nedenleri	25
2.3. Yaşam Kalitesi	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırma Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Balatçık Bölgesi.....	33
3.3. Örneklem Seçimi:.....	35
3.4. Veri Toplama:	36
3.4.1. Anket Formu:	36
3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory).....	36
3.4.2.1. BDE'nin Türkçe Versiyonu:	37
3.4.2.2. BDE'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:.....	37
3.4.2.3. BDE'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:	37
3.4.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)	38
3.4.3.1. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:	38
3.4.3.2. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Derecelendiriciler Arası Güvenilirliği:.....	39
3.4.3.3. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:.....	39

3.4.3.4. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Yapı Geçerliliği:	39
3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form (WHOQOL – BREF).....	40
3.4.4.1. WHOQOL-BREF'in Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:	41
3.4.4.2. WHOQOL-BREF'in Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:.....	42
3.4.4.3. WHOQOL-BREF'in Yeterliliği:.....	42
3.5. Verilerin Toplanması:	42
3.6. Verilerin Analizi.....	43
3.6.1. Tek Değişkenli Analizler	43
3.6.1.1. Bağımsız Değişkenler	43
3.6.1.2. Bağımlı Değişkenler:.....	44
3.6.2. Çok Değişkenli Analizler	45
3.6.2.1. BDE'nden Alınan Puanlara Göre Lojistik Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler	45
3.6.2.2. HDDÖ'den Alınan Puanlara Göre Lojistik Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler	46
3.6.3. Ankete Verilen Bazı Yanıtların Puanlara Dönüştürülmesi	46
3.6.4. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	49
3.6.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları:	50
4. BULGULAR	51
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Ve Kültürel Özellikleri.....	51
4.2. Araştırma Grubunun Sosyoekonomik Durumuna İlişkin Özellikleri.....	61
4.3. Araştırma Grubunun Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bilgiler	63
4.4. Araştırma Grubundaki Kadınların Ve Ailelerinin Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri.....	65
4.5. Araştırma Grubunun Depresyon Açısından Riskli Özellikleri.....	66
4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....	71
4.7. Araştırma Grubunda Depresif Belirtileri Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	76
4.8. Psikiyatrik Görüşmeye Gelmeyenlerin Değerlendirilmesi.....	91
4.9. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Uygulanan Kişilerin Değerlendirilmesi	93
4.10. Araştırma Grubunda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	117
4.11. Ölçekler Arası Korelasyonlar.....	194
4.12. Çok Değişkenli Analizler	200
5. TARTIŞMA	203
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	223
7. ÖZET.....	225
8. SUMMARY	226
9. KAYNAKLAR	227

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. DALY Kayıpları Hesaplanan Global Sağlık Problemlerine Neden Olan Hastalıklar	3
Tablo 2. Kadınlarda DALY Kayıpları Hesaplanan Global Sağlık Problemlerine Neden Olan Hastalıklar	3
Tablo 3. ICP İzlemlerinde DSM-III-R ^a Sınıflamasına Göre Ruhsal Bozukluk Prevalansları.....	11
Tablo 4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda Son 12 Aydaki ICD-10 Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	12
Tablo 5. Depresif Belirtilerin Nörolojik, Tıbbi ve Farmakolojik Nedenleri	15
Tablo 6. Kullanımdaki Antidepresan İlaçlar	24
Tablo 7. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde Mahalle ve Yaş Gruplarına Göre Seçilen Örneklemin Dağılımı.....	35
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kadınların Bölge Özelliklerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 9. Bölgeye Göç İle Gelen Kadınların Göçten Etkilenme Durumlarının Dağılımı.	52
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş, Medeni Durum ve Aile Yapısına İlişkin Özellikleri.....	52
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Dağılımı.....	53
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Ev İçi Konumlarının Dağılımı.....	54
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Evli Kadınların Eş ve Çocuklarına Ait Özelliklerinin Dağılımı... 55	
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları.....	56
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Kadınların Televizyon Seyretme Durumları.	56
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Kadınların Dinledikleri Müzik Türlerine Göre Dağılımı.	57
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kadınların Düzenli Gazete Alma Durumu.	57
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kadınların Okudukları Gazetelere Göre Dağılımı.....	57
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Bir Aydır Gezilen Yerlere Ait Bilgilerin Dağılımı.	59
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kadınların Dünya ve Türkiye'nin En Önemli Sorunlarına İlişkin Yaklaşımlarının Dağılımı.....	60
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı... 61	
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Kadınların Meslek Ve İş Durumlarının Dağılımı.....	61
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Güvence Varlığına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.	62
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Kadınların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Tipine Ait Bilgilerin Dağılımı.....	62
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Kadınların Ekonomik Durumlarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı. ..	63
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Kadınların Anket Uygulaması Sırasında Menstrüel Sikluslarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.	63
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebe Kalma ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.	64

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Kadınların En Az Bir Kez Ölü Doğum, Kürtaj ve Düşük Yapma Durumlarına Ait Bilgilerin Dağılımı.....	64
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	64
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Kadınların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	65
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Kadınların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	65
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Aynı Evde Yaşayan Kişilerde Kronik Hastalık Durumu.....	66
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Kadınların Ebeveynlerinde Depresyona İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	66
Tablo 34. Araştırmaya Katılan Kadınların Öz Geçmişte Baskı veya Travmaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	66
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Bir Yılda Yaşadıkları Sorunların Dağılımı.....	67
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Kadınların Aile İçi Baskıya Maruz Kalma Durumu.....	67
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Problemlerine Ait Bilgilerin Dağılımı.....	68
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Kayıp / Ayrılık Yaşama, Yaşam Biçiminde Değişiklik Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	68
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Kadınların Öz Geçmişte Kullandıkları İlaç ve Önceden Geçirdikleri Hastalıklara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	68
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Geçirdikleri Hastalıkların Dağılımı.....	69
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Depresyon Geçirme ve Depresyon Tedavisi Almalarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	69
Tablo 42. Araştırmaya Katılan Kadınların Gelecek Hakkındaki İsteklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	70
Tablo 43. Yalnızlık Duygusu İle Baş Etmede Yapılanlara Ait Bilgilerin Dağılımı.....	70
Tablo 44. Sıkıntıyı Paylaşma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	70
Tablo 45. Kişilik Özelliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	71
Tablo 46. Araştırmaya Katılan Kadınlarda BDE'ne Göre Depresif Belirti Gösterenlerin Dağılımı.....	71
Tablo 47. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Psikiyatrik Görüşmeyi Kabul Edenler ve Etmeyenlerin Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	72
Tablo 48. Depresif Belirti Gösteren Kadınlarda HDDÖ'ne Göre Depresyon Tanısı Alanların Dağılımı.....	72
Tablo 49. Araştırmaya Katılan 15- 49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı.....	73
Tablo 50. Araştırma Grubunda Bölgesel Farklılıkların Depresif Belirti Görülme İle İlişkisi.....	76
Tablo 51. Araştırma Grubunda Göçten Etkilenme İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	77
Tablo 52. Araştırma Grubunda Yaş, Medeni Durum Ve Aile Yapısı İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	77
Tablo 53. Araştırma Grubunda Eğitim Durumu İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	78

Tablo 54. Araştırma Grubunda Kadınların Ev İçinde Aldıkları Sorumluluklar ve Karar Verme Sürecine Katılımları İle Depresif Belirti Göstermeleri Arasındaki İlişki.....	78
Tablo 55. Araştırma Grubunda Evlilik Yılı İle Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.	79
Tablo 56. Araştırma Grubunda Evlenme Biçimi ve Evlilik Sayısı İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	79
Tablo 57. Araştırma Grubunda Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirdiğini Düşünme İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki	80
Tablo 58. Araştırma Grubunda Eşin Ev İçindeki Konumu İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 59. Araştırma Grubunda Eşlerin Mesleği ve Çalışma Durumları İle Kadınların Depresif Belirti Göstermeleri Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 60. Araştırma Grubunda Sigara ve Alkol Kullanımı İle Depresif Belirti Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 61. Araştırma Grubunda Sosyal Aktivitenin Depresif Belirti Görülme Durumu İle İlişki..	82
Tablo 62. Araştırma Grubunda Sosyoekonomik Durum İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	83
Tablo 63. Araştırma Grubunda Aylık Net Gelir Ortalaması İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 64. Araştırma Grubunda Çalışma Saatleri İle Depresif Belirtilerin Görülme Durumu Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 65. Araştırma Grubunda Menstrüel Siklus İle Depresif Belirti Görülme Durumu Arasındaki İlişki.....	85
Tablo 66. Araştırma Grubunda Gebelik ve Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.....	85
Tablo 67. Araştırma Grubunda Sahip Olunan Çocuk Sayısı İle Depresif Belirti Gösterme Durumu Arasındaki İlişki.....	86
Tablo 68. Araştırma Grubunda Aile Planlaması Yöntemi Bilgileri İle Depresyon Belirtileri Görülme Durumu Arasındaki İlişki.....	86
Tablo 69. Araştırma Grubunda Soy geçmişte Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler ile Depresif Belirti Görülme Durumları Arasındaki İlişki.....	87
Tablo 70. Araştırma Grubunda Öz geçmişte Baskı ve Travmaya Maruz Kalma Durumu İle Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.....	87
Tablo 71. Araştırma Grubunda Son Bir Yılda Yaşanan Sorunlar İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.....	88
Tablo 72. Araştırma Grubunda Aile İçi Baskı Uygulaması, Kayıp Yaşama ve Yeni Yaşam Durumları İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.....	89
Tablo 73. Araştırma Grubundaki Öğrencilerde Öğrenci Problemleri İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.....	90
Tablo 74. Araştırma Grubunda İlaç Kullanımı ve Hastalık Durumu İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.....	90
Tablo 75. Araştırma Grubunda Önceden Depresyon Geçirme ve Depresyon Tedavisi Alma Durumu İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.....	91
Tablo 76. Araştırma Grubunda Kişilik Özelliği ve Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığı İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.....	91

Tablo 77. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Bağımsız Değişkenlerin Psikiyatrik Görüşmeyi Ret Etme Üzerine Etkileri.....	92
Tablo 78. Araştırmaya Katılan Kadınlardan Psikiyatrik Görüşmeyi Ret Edenler İle BDE'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki	93
Tablo 79. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Mahallelere Göre Dağılımı.....	93
Tablo 80. HDDÖ'nden Aldıkları Ortalama Puanların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı.	93
Tablo 81. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Doğum Bölgelerine Göre Dağılımı.	94
Tablo 82. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Göç Bölgelerine Göre Dağılımı.....	94
Tablo 83. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Beş Yıldır Yaşanan Bölgelere Göre Dağılımı.....	94
Tablo 84. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Balatçık' da Yaşama Süresine Göre Dağılımı.	95
Tablo 85. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	95
Tablo 86. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Yapısına Göre Dağılımı.....	95
Tablo 89. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı.....	96
Tablo 90. HDDÖ'nden Aldıkları Ortalama Puanların Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.....	96
Tablo 91. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Canlı Çocuk Sayısı Durumuna Göre Dağılımı.	96
Tablo 93. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Menstrüasyon Durumuna Göre Dağılımı. ...	97
Tablo 95. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Menstrüasyon Düzensizliğine Göre Dağılımı.	98
Tablo 96. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı.....	98
Tablo 97. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Planlaması Yönteminin Biçimine Göre Dağılımı.....	98
Tablo 98. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlenme Biçimlerine Göre Dağılımı.....	99
Tablo 99. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlilik Yılına Göre Dağılımı.....	99
Tablo 100. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlilik Sayısına Göre Dağılımı.	99
Tablo 101. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	99
Tablo 102. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Meslek Varlığına Göre Dağılımı.	100
Tablo 103. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların İş Durumuna Göre Dağılımı.....	100
Tablo 104. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı.....	100
Tablo 105. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ders Problemi Varlığına Göre Dağılımı..	101
Tablo 106. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Öğretmen/Arkadaş Problemi Varlığına Göre Dağılımı.....	101
Tablo 107. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ders Dışı Arkadaşları İle Görüşme Durumuna Göre Dağılımı.....	101
Tablo 108. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı.	102
Tablo 109. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşlerin İş Durumuna Göre Dağılımı.....	102
Tablo 110. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Araba Varlığına Göre Dağılımı.	102
Tablo 111. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Düzenli Gelir Varlığına Göre Dağılımı. ...	103

Tablo 112. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Güvence Varlığına Göre Dağılımı.	103
Tablo 113. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kira Durumuna Göre Dağılımı.....	103
Tablo 114. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Konut Durumuna Göre Dağılımı.....	103
Tablo 115. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Gelir Ortalamasına Göre Dağılımı.	104
Tablo 116. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşya Durumuna Göre Dağılımı.	104
Tablo 117. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boş Zamanları Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı.....	104
Tablo 118. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Çevreye Katılım Durumuna Göre Dağılımı.....	105
Tablo 119. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Konulara İlgi Düzeyine Göre Dağılımı.....	105
Tablo 120. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	105
Tablo 121. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	106
Tablo 122. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme Düşüncesine Göre Dağılımı.	106
Tablo 123. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Karar Verme Sürecine Katılımına Göre Dağılımı.....	106
Tablo 124. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.....	107
Tablo 125. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.....	107
Tablo 126. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ailede Dayak Durumuna Göre Dağılımı..	107
Tablo 127. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Komşu İle Görüşmede Yasaklama Durumuna Göre Dağılımı.....	107
Tablo 128. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Akraba İle Görüşme Yasağı Durumuna Göre Dağılımı.....	108
Tablo 129. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boşanma Problemine Göre Dağılımı.....	108
Tablo 130. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boşanma Sonrası Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	108
Tablo 131. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Baskın Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.	109
Tablo 132. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların 15 Yaşından Önce Ebeveyn Kaybına Göre Dağılımı.....	109
Tablo 133. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Üvey Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı. .	109
Tablo 134. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	110
Tablo 135. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ailede Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	110
Tablo 136. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kronik Hasta Bakımı Durumuna Göre Dağılımı.....	110
Tablo 137. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ebeveynde Depresyon Hikayesi Varlığına Göre Dağılımı.....	111
Tablo 138. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Göçten Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.	111

Tablo 139. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Evlilik Sorununa Göre Dağılımı.....	111
Tablo 140. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Sağlık Sorunu Durumuna Göre Dağılımı.....	112
Tablo 141. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Aile Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.....	112
Tablo 142. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların; Son Bir Yılda Yaşanan İş Sorununa Göre Dağılımı.....	112
Tablo 143. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yer Değiştirme Sorunlarına Göre Dağılımı.....	112
Tablo 144. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yıldır Yaşanan Çocuk Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.....	113
Tablo 145. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yılda Yaşanan Parasal Sorunlara Göre Dağılımı.....	113
Tablo 146. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Eğitim Sorununa Göre Dağılımı.....	113
Tablo 147. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yılda Kayıp Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	114
Tablo 148. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eş/ Çocuk Kaybı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	114
Tablo 149. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	114
Tablo 150. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.....	115
Tablo 151. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Emekli Olma/Çocukların Evden Ayrılması Gibi Yeni Yaşam Olaylarının Varlığına Göre Dağılımı.	115
Tablo 152. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Devamlı İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	115
Tablo 153. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.....	116
Tablo 154. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Depresyon Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.....	116
Tablo 155. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Depresyon Tedavisi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	116
Tablo 156. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kişilik Özelliğine Göre Dağılımı.	117
Tablo 157. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Mahallelere Göre Dağılımı.....	117
Tablo 158. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı.	118
Tablo 159. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Doğum Bölgelerine Göre Dağılımı.	119
Tablo 160. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Göç Bölgelerine Göre Dağılımı.	120

Tablo 161. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Beş Yıldır Yaşanan Bölgelere Göre Dağılımı.....	121
Tablo 162. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Balatçık' da Yaşama Süresine Göre Dağılımı.....	122
Tablo 163. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.	123
Tablo 164. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Aile Yapısına Göre Dağılımı.....	124
Tablo 165. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı.	125
Tablo 166. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.	126
Tablo 167. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Canlı Çocuk Sayısı Durumuna Göre Dağılımı.....	127
Tablo 168. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ölü Doğum/ Kürtaj/Düşük Durumuna Göre Dağılımı.....	128
Tablo 169. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Menstrüasyon Durumuna Göre Dağılımı.....	129
Tablo 170. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Menstrüasyon Tarihine Göre Dağılımı.	130
Tablo 171. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Menstrüasyon Düzensizliğine Göre Dağılımı.	131
Tablo 172. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı.	132
Tablo 173. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kullanılan Aile Planlaması Yöntem Biçimine Göre Dağılımı.....	133
Tablo 174. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlenme Biçimlerine Göre Dağılımı.....	134
Tablo 175. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlilik Yılına Göre Dağılımı.....	135
Tablo 176. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlilik Sayısına Göre Dağılımı.	136
Tablo 177. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	137
Tablo 178. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Meslek Varlığına Göre Dağılımı.....	138
Tablo 179. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının İş Durumuna Göre Dağılımı.....	139
Tablo 180. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı.....	140
Tablo 181. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ders Problemi Varlığına Göre Dağılımı.	141
Tablo 183. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Öğretmen/Arkadaş Problemi Varlığına Göre Dağılımı.....	142

Tablo 184. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Okul Dışı Görüşme Durumuna Göre Dağılımı.	143
Tablo 185. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşlerinin Mesleki Durumuna Göre Dağılımı.	144
Tablo 186. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşlerinin İş Durumuna Göre Dağılımı.	145
Tablo 187. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Araba Varlığına Göre Dağılımı.	146
Tablo 188. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Düzenli Gelir Varlığına Göre Dağılımı.	147
Tablo 189. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre Dağılımı.	148
Tablo 190. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kira Durumuna Göre Dağılımı.	149
Tablo 191. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Gelir Ortalamasına Göre Dağılımı.	150
Tablo 192. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşya Durumuna Göre Dağılımı.	151
Tablo 193. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Konut Durumuna Göre Dağılımı.	152
Tablo 194. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Faaliyet Gösterme Durumuna Göre Dağılımı.	153
Tablo 195. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Çevreye Katılım Durumuna Göre Dağılımı.	154
Tablo 196. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.	155
Tablo 197. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.	156
Tablo 198. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Karar Verme Sürecine Katılımına Göre Dağılımı.	157
Tablo 199. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme Durumuna Göre Dağılımı.	158
Tablo 200. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.	159
Tablo 201. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.	160
Tablo 202. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ailede Dayak Durumuna Göre Dağılımı.	161
Tablo 203. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Komşu İle Görüşmede Yasaklama Durumuna Göre Dağılımı.	162
Tablo 204. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Akraba İle Görüşme Yasağı Durumuna Göre Dağılımı.	163
Tablo 205. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Konulara İlgili Düzeyine Göre Dağılımı.	164

Tablo 206. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Boşanma Problemine Göre Dağılımı.	165
Tablo 207. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Boşanma Sonrası Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.	166
Tablo 208. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Baskın Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.....	167
Tablo 209. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının 15 Yaşından Önce Ebeveyn Kaybına Göre Dağılımı.....	168
Tablo 210. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Üvey Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.	169
Tablo 211. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	170
Tablo 212. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ailede Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.	171
Tablo 213. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kronik Hasta Bakımı Durumuna Göre Dağılımı.	172
Tablo 214. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ebeveynde Depresyon Hikayesi Varlığına Göre Dağılımı.	173
Tablo 215. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Göçten Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.....	174
Tablo 216. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Evlilik Sorununa Göre Dağılımı.....	175
Tablo 217. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Sağlık Sorunu Durumuna Göre Dağılımı.	176
Tablo 218. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Aile Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.	177
Tablo 219. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan İş Sorununa Göre Dağılımı.....	178
Tablo 220. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Yer Değiştirme Sorunlarına Göre Dağılımı.	179
Tablo 221. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Çocuk Sorununa Göre Dağılımı.	180
Tablo 222. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Parasal Sorunlara Göre Dağılımı.....	181
Tablo 223. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Eğitim Sorununa Göre Dağılımı.....	182
Tablo 224. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Kayıp Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	183
Tablo 225. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eş / Çocuk Kaybı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.	184
Tablo 226. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.	185
Tablo 227. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.....	186

Tablo 228. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Emekli Olma/Çocukların Evden Ayrılması Gibi Yeni Yaşam Olaylarının Varlığına Göre Dağılımı.....	187
Tablo 229. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Devamlı İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.	188
Tablo 230. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.	189
Tablo 231. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Depresyon Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.	190
Tablo 232. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Depresyon Tedavisi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	191
Tablo 233. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kişilik Özelliğine Göre Dağılımı.	192
Tablo 234. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı.	193
Tablo 235. Araştırmaya Katılan Kadınların BDE ve HDDÖ'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon.	194
Tablo 236. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle BDE'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki.	196
Tablo 237. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	197
Tablo 238. WHOQOL-BREF Alan Puanları İle BDE Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	198
Tablo 239. WHOQOL-BREF Ölçek Alan Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar.	199
Tablo 240. BDE'ne Göre Depresyon Belirtisi Oluşmasına Neden Olan Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modelinde Değerlendirilmesi.....	201
Tablo 241. HDDÖ'ne Göre Depresyon Oluşmasına Neden Olan Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modelinde Değerlendirilmesi.....	202

SEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

Şekil 1. Depresyonun Direkt ve İndirekt Maliyeti (1990).....	4
Şekil 2. Sağlık Kavramı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler.....	31
Şekil 3. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesi Nüfus Piramidi (2000).....	34
Grafik 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaşadıkları Mahalleye Göre Dağılımı.....	51
Grafik 2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	53
Grafik 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.	53
Grafik 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Dağılımı.....	54
Grafik 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Güvence Varlığına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	62
Grafik 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.	65
Grafik 6. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Depresyon Geçirme Durumlarının Dağılımı.	69
Grafik 7. Araştırmaya Katılan Kadınlarda BDE'nden Alınan Puanların Dağılımı	71
Grafik 8. HDDÖ'den Alınan Puanların Dağılımı.....	72
Grafik 9. WHOQOL-BREF Bedensel Alandan Alınan Puanların Dağılımı.	73
Grafik 10. WHOQOL-BREF Ruhsal Alandan Alınan Puanların Dağılımı.....	74
Grafik 11. WHOQOL-BREF Sosyal Alandan Alınan Puanların Dağılımı.	74
Grafik 12. WHOQOL-BREF Çevre Alandan Alınan Puanların Dağılımı.	75
Grafik 13. WHOQOL-BREF Çevre TR Alandan Alınan Puanların Dağılımı.	75
Grafik 14. Psikiyatrik Görüşme Yapılan Kadınların BDE ile HDDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	194
Grafik 15. Psikiyatrik Görüşme Yapılan Kadınların BDE Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	195
Grafik 16. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle BDE'nden Alınan Puanların Dağılımı.....	196
Grafik 17. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları ile HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.	197

1. GİRİŞ ve AMAC:

İkinci dünya savaşı yılları “anksiyete” ve “öfke” çağı olarak nitelendirilirken, zamanımız “depresyon çağı” olarak adlandırılmaktadır. Psikiyatrinin “soğuk algınlığı” olarak nitelendirilen depresyon, unipolar (tek uçlu) ve bipolar (iki uçlu) duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, duygulanım bozuklukları dışında bir çok psikiyatrik ve tıbbi durumun sonucu olarak da görülmektedir (8).

Depresyon, önemli ölçüde tedavi edilebilir bir ruh sağlığı sorunu olmasına rağmen, yalnızca ülkemizde değil bütün dünyada, hastalarda yeterli tedavi arama eğiliminin olmayışı, bir çok insanın hayatını mutsuz duygu, düşünce ve deneyimlerle doldurmasına yol açmaktadır. Bu durum kişinin yaşamı algılamasında, sahip olduğu duygular, değerler ve çevreye bakış açısında değişikliklere neden olmaktadır (8).

Bu çalışmada;

Yakın amaç:

1. Balatçık bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda depresif belirtilerin sıklığını saptamak,
2. Depresif belirti gösteren kadınlar ile yapılan psikiyatrik görüşme sonrası Balatçık bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda depresyon prevalansını saptamak,
3. Depresyon tanısı konulan kadınlara psikiyatrik danışmanlık ve tedavi hizmeti vermek,
4. Balatçık bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek,
5. Depresyon tanısı konan kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek.

Uzak amaç:

1. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin yeri ve önemini belirtmek,
2. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesini sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Hastalıkları

Dünya Sağlık Örgütü, 1999 yılı kasım ayı verilerine göre dünyada 400 milyon kişi ruhsal bozukluk ve nörolojik hastalıklardan etkilenmektedir. Dünyada artış gösteren hastalıklar içinde, psikiyatrik ve nörolojik hastalıkların yüzdesinin, 2020'de % 10.5'dan % 15'e yükseleceği öngörülmektedir. Beklenen artış, kardiyovasküler hastalıklarda beklenenden daha yüksektir. Bu durum dikkatleri ruh hastalıkları üzerine çekmektedir (36).

Ruh hastalıkları; stigma (damgalanma), intihar girişimi, hastalığa bağlı yaşanan yetiyitimi ve getirdiği maliyet yükü açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (94).

Stigma sorunu açısından ne yazık ki her ülke gelişmekte olan bir ülkedir. Ruh hastalıklarında stigma ve insan hakları ihlalleri dünyada büyük problem potansiyeli taşımaya rağmen pek çok durumda gözardı edilmektedir. Sosyal sonuçlar, ülkeden ülkeye, kültürden kültüre değişmektedir. Dünya çapında depresyona maruz kişilerin tedavisi, damgalanma korkusu nedeniyle sınırlıdır. Psikoz hastalarının aile üyeleri, sıklıkla diğer aile üyelerinin olumsuz etkilenmelerini engellemek amacıyla psikoz durumunu saklamayı tercih ederler (ör. evlilik) (95).

İntihar, dünyada başlıca ölüm sebepleri arasında ilk ona girer. Her yıl dünya çapında 400 000 kişi intihar girişiminde bulunmaktadır. Depresyon ve alkolizm intihar için en önemli risk faktörleridir. ABD'de erkekler kadınlardan dört kat daha fazla intihar girişimini tamamlarken, girişimde bulunma kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazladır (35).

2020 yılında gelişmekte olan ülkelerde, her on ölümün yedisinin bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanacağı beklenmektedir. Ruh hastalıkları, ölümlerin % 1' inden biraz daha fazlasından sorumludur (36). Depresyon potansiyel olarak ölümcül bir hastalıktır. Klinik olarak depresif olan bütün kadınların % 15'i kendilerini öldürürler. Bu nedenle tedavi çok önemlidir (28).

Yetiyitimi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilmeye yetisinde kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanmaktadır. Toplum tabanlı çalışmalarda ruhsal bozukluklar, özellikle depresyon ile yetiyitimi arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Broadhead ve ark. 1990, Hectht ve ark. 1989) (43). Depresyon hastalarında fonksiyonel yetiyitimi iki bakımdan önemlidir. Birincisi halk sağlığı açısından bakıldığında, toplum tabanlı çalışmalarda gösterildiği gibi depresif bozukluklar ve belirtilerin, diğer tıbbi hastalıklardan daha fazla yetiyitimine sahip olmasıdır. İkincisi, tıbbi hastalık yaşlılarda major depresyon ile birlikte görülen en yaygın stres kaynağıdır. Hamilton Depresyon Ölçeği ile depresyonun derecelendirildiği, Karnofsky Performance Status Scale ile yetiyitiminin değerlendirildiği bir çalışmada (Lyness ve arkadaşları, 1993) kadın olmak ile yetiyitimi anlamlı düzeyde ilişkilendirilmiştir. Bu sonuç ayrıca depresyon patogeneğinde cinsiyete dayalı farklılığı ortaya koymuştur (57).

1999'da, dünyada, bütün DALY (Disability-Adjusted Life Year = Yetiyitimine göre düzenlenmiş yaşam yılı) 'lerin yaklaşık % 11'i nöropsikiyatrik problemlere bağlanmıştır. Bu hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmekte olan ülkelerin gerçeğidir (96). DALY kayıpları hesaplanan global sağlık problemlerine neden olan hastalıklar Tablo 1'de gösterilmiştir.

1999 yılında DALY kayıpları hesaplanan hastalıklar listesinde major depresyon % 4.1 ile ilk altı hastalık arasına girmektedir. Kadınlarda DALY kaybına neden olan hastalıklar içinde major depresyon % 5.5 ile dördüncü sırada yer almaktadır (Tablo 2) (96).

Tablo 1. DALY Kayıpları Hesaplanan Global Sağlık Problemlerine Neden Olan Hastalıklar

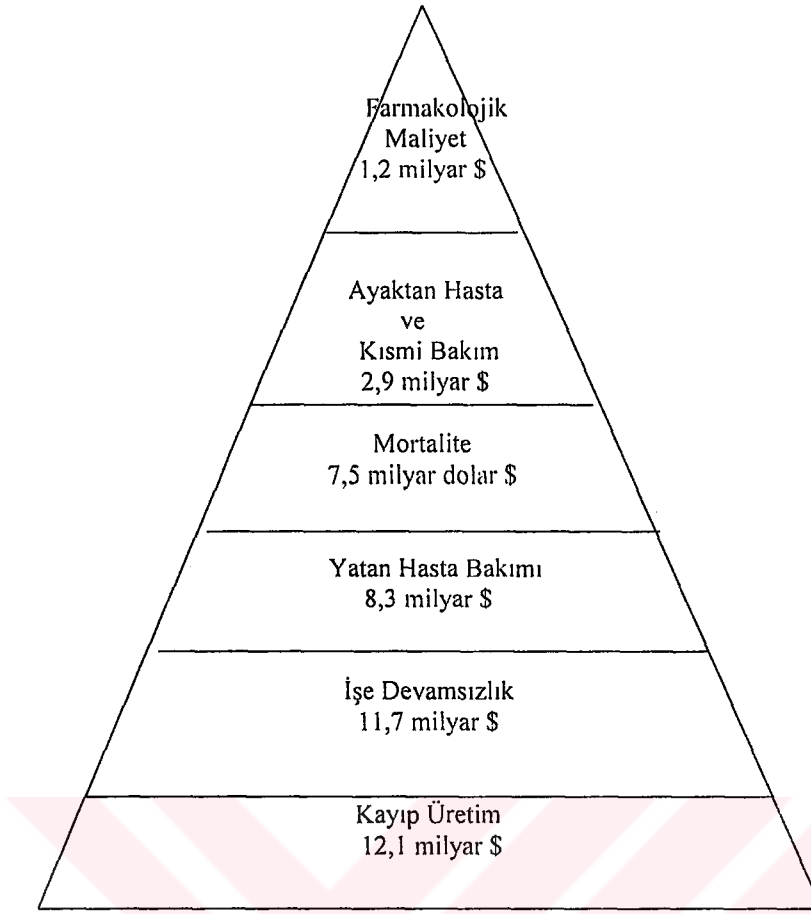
Sağlık Problemleri	% Daly Kayıpları (1999)
1. Akut Alt Solunum Yolu Hastalıkları	6.7
2. HIV-AIDS	6.2
3. Perinatal Problemler	6.2
4. Diyare Hastalıkları	5.0
5. Unipolar Major Depresyon	4.1
6. İskemik Kalp Hastalıkları	4.1

Tablo 2. Kadınlarda DALY Kayıpları Hesaplanan Global Sağlık Problemlerine Neden Olan Hastalıklar

Sağlık Problemleri	% Daly Kayıpları (1999)
1. Akut Alt Solunum Yolu Hastalıkları	6.9
2. HIV-AIDS	6.9
3. Perinatal Problemler	5.9
4. Unipolar Major Depresyon	5.5
5. Diyare Hastalıkları	5.2
6. İskemik Kalp Hastalıkları	3.8

Unipolar depresyon tek başına, dünyada yetiyitimi ile yaşanan her 10 yaşam yılının birden fazlasından sorumludur. Psikiyatrik ve nörolojik koşullarda yetiyitimi ile yaşanan yılların % 28'sinden sorumludur (36).

Depresyon, sadece kişinin kendisini değil aile, arkadaş, meslekdaş ve toplum içi ilişkilerini de etkilemektedir. Duygudurum ve davranışlarda meydana gelen değişiklikler aile üyelerini, özellikle çocukları olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal aktivitelerden çekilme, çeşitli fırsatları kaybetme riskini yaratmaktadır. İş ortamında verimin düşmesi, özellikle major depresyonda en azından iki haftalık işgücü kaybı kişinin yaşamında ciddi olarak olumsuzluklara neden olmaktadır. Depresyonun sosyal anlamda yıkıcı etkileri yanında ekonomik açıdan da zararı vardır (49). ABD'de ruh hastalıkları için toplam hesaplanan yıllık maliyet olan 148 milyar doların % 30'u depresyona aittir. Yaklaşık olarak kalp hastalıklarının maliyeti ile aynıdır (94). Bunlara ek olarak depresyonu olan hastaların diğer sağlık problemleri, artan yeti yitimi ve sağlık hizmet giderleri gün geçtikçe artmaktadır (49).



Şekil 1. Depresyonun Direkt ve İndirekt Maliyeti (1990)

1990 yılında ABD’de depresyonun direkt ve indirekt maliyeti Şekil 1’de gösterilmiştir.

Ruhsal bozukluklarda sosyal, biyolojik ve psikolojik belirleyiciler kompleks bir yapı oluşturur. Ruhsal bozuklukların gelişmesinde ciddi veya kronik fiziksel hastalık, yüksek oranda işsizlik, kısıtlı olanaklarda eğitim, ayrımcılık ve yoksulluk gibi sosyal koşulların yan etkisi savaş veya travma kadar etkili bir faktördür. Bir kişinin sosyal çevresi, ruh hastalığına yakalanmasını ve hastalığın seyrini etkilemektedir. Fakirlik, olumsuz yaşam koşulları, işsizlik, iş sorunları, insan yapımı veya doğal felaketler, savaşlar, etnik sorunlar, cinsiyet ayrımı, şiddet insanların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (97).

Son elli yılda, nüfusun artması, yaşlanması, kentleşme, kırsal kesimin modernleşmesi ruh sağlığını büyük ölçüde etkilemiştir. Şehirleşme bir çok kişinin yaşamını kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında trafik sorunu, hava kirliliği, ulaşım problemi, yüksek düzeyde gürültü, olumsuz yaşam koşulları ve evsizlik gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca artan alkol ve ilaç kullanımı, şiddet, agresyon görülmektedir. Bunların hepsi bir arada görülmesi de ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (97).

Kırsal alanda modernizasyona bağlı eğilimler, şehirleşme ve kadınların iş hayatına artan katılımı, yaşlılara yönelik geleneksel hizmet biçiminin erozyonu, ruhsal bozuklukların artışına katkıda bulunmaktadır. Acil önlemler alınmazsa, ruhsal problemlerin, gelecek dekatlarda sosyal ve ekonomik tıkanmalarda ciddi artışa sebep olacağı beklenmektedir (97).

2.2. Depresyon

Duygulanım bozukluklarının kategorize edilmesi, klinik olarak ikiye ayrılır; depresyon sendromları (bipolar ve unipolar depresif bozukluklar) ve depresif belirtiler (27).

Depresif sendrom; disforik (huzursuzluk, tedirginlik) duygudurum veya ilgi-zevk kaybı, uyku, apati bozuklukları, enerji kaybı, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yoğun suçluluk duygusu, kendine güvensizlik, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla birlikte görülen major klinik tablodur (27).

Depresif belirtiler; sıklıkla depresyonun özelliklerine eşlik eden disfori varlığını gösterir fakat klinik olarak depresyon sendromunun kriterlerini karşılamaz. Klinik olarak depresyon sendromu, klinik görüşmeciler tarafından yapılırken, semptomlar sıklıkla kendini değerlendirme anketleri ile yapılır (27).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa, hayatın her döneminde olabilir. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak anaklitik depresyon, ergen dönemde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (6).

Depresyonun çeşitli tipleri ve nedenleri vardır. Bunlar temelde biyolojik, psikolojik ya da her ikisinin birlikte olduğu bir nedenle olabilir. İnsanın biyo-psiko-sosyal bir bütün olduğu göz önüne alındığında böyle olması kaçınılmazdır. Aynı zamanda varoluşsal bir varlık olan insanda varoluşsal sorunların, yaşamının anlamını sorgulayışında ortaya çıkan depresyon da görülebilmektedir (6).

Depresyonun en kötü sonucu intihardır. Orta ve ileri derecede depresyonlu hastaların en az % 75'inde intihar düşüncesine rastlanır. Ciddi depresyonlarda herhangi bir anda intihar riski % 11-17 arasındadır (38). Alkol/ ilaç kullanımı ve psikoz ile birlikte görülen depresyon, intiharların en az % 60'ından sorumludur (94).

Kadınlar sıklıkla kişiler arası değişen ilişkilerden etkilenmektedirler. Kadınlarda yalnız yaşama, 30 yaş altında olma, yakın ilişkileri kaybetme korkusu, psikososyal stresler, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ve klinik düzeyde depresyon intihar girişimi için risk faktörleridir (86).

Depresyon, yaşamın herhangi bir döneminde görülebilir. NIMH (National Institute Mental Health)'in 1998 yılı istatistiklere göre (35,63);

- 18 yaş ve üzeri populasyonun % 10'u veya 19 milyondan fazla kişi depresyondan etkilenmektedir.
- Yaklaşık 35 milyon Amerikalı hayatlarının bir döneminde orta veya ciddi derecede depresyon geçirmektedir.
- Yaklaşık Amerikalı erişkinlerin % 10'u her yıl depresyon tanısı almaktadır.
- 13 yaş altı çocukların yaklaşık % 10 ve bütün ergenlerin % 5-10'u klinik olarak depresyon belirtileri göstermektedir.

- Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla yardım istemekte ve klinik depresyon tanısı almaktadır.
- Ergen veya genç erişkinlik döneminde depresyonun ilk epizodu yaşamın ilk yıllarında meydana gelmektedir.

2.2.1. Risk Faktörleri

Olumsuz şartlarda yaşayan kişiler arasında ruhsal bozuklukların görülme sıklığı fazladır. Bunlar arasında silahlı çatışmalara ve/veya travmaya maruz kalan kişiler, göçmenler, yalnız yaşayan yaşlılar, çok fakir olan kişiler, evsizler-kenar mahallede yaşayanlar, kötü muamele görmüş çocuklar, ergenler ve kadınlar yer almaktadır (30).

Depresyonda risk faktörleri;

1. Cinsiyet: Depresif belirtilerin prevalansı, kadınlarda erkeklerin iki katı fazladır. Bu durum hem toplum araştırmalarında hem de tanı konmuş ve tedavi edilmiş kişilerde saptanmıştır. Unipolar depresyonda ise (2:1)' dir. Bipolar bozukluk oranı kadın ve erkeklerde aynıdır, kadınlarda daha fazla depresif epizod, daha az manik epizod görülür (62).

2. Yaş: Toplum çalışmalarında yaş ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Son toplum tabanlı çalışmalarda 18-44 yaş arası genç erişkinlerde depresif belirti prevalansınının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bipolar depresif bozukluk 20 yaş sonrası, unipolar depresif bozukluk 30 yaş ve üstü grupta daha sık görülmektedir (27).

Depresyonda önemli olan diğer bir risk grubu ergenlerdir. Bütün ergenlerin % 5-10'unda depresyon veya manik-depresif bozukluk saptanmıştır. Profesyonel yardım ile ergenler depresyonun üstesinden gelebilirler ve tekrarını önleyebilirler. Depresyonu olan ergenlerin yarısından azı profesyonel yardım almaktadır. İntihar, ergenler arasında kazalar ve cinayetlerden sonra üçüncü ölüm sebebidir. Alkol kullanımı veya araba kullanımına bağlı pek çok kazada depresyonun oynadığı rolde hesaplanacak olursa, depresyona bağlı ölümlerin oranı daha da artar. Çalışmalara göre depresif belirti gösteren ergenlerin % 55'inden fazlası alkol veya ilaç kullanma alışkanlığı edinerek daha kötü duruma düşmektedir (63).

Ergen kızlarda, erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon tanısı koyulmaktadır. Depresif ergenlerin % 50'sinden fazlasında yedi yıl içinde rekürrens görülmektedir. Depresyonu olan ergenlerde fobiler, ayrılma anksiyetesi, somatik şikayetler ve davranış bozuklukları sık görülmektedir. Ergenlerde depresyon, okul sorunları ve kişiler arası ilişkilerdeki sorunlardan kaynaklanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan insidans; intihar girişimleri, ilaç ve madde kullanımı, erken gebelik ile ilgilidir (34).

Sosyal ilişkileri iyi olan ergenlerin depresyon ile başa çıkamada, diğer ergenlere göre daha başarılı oldukları bildirilmektedir. Olumsuz yaşam olayları ve aile sorunları depresyona yatkın olan ergenler için önemli bir risk oluşturmaktadır. Sorunu tek açıdan görmek, yaşamlarına genel bakışı ortadan kaldırmaktadır. Okul ve diğer alanlardaki aktivitelerde konsantrasyon azalması ve karmaşa gözlenmektedir. Aile ve arkadaş desteği ile olumsuz yaşam olayları ile mücadele etmek için destek almaları gerekmektedir (28).

Depresyon, yaşlılık döneminde en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Yaşlılık döneminde depresyon belirgin bir tabloyla ortaya çıkmaz. Duygulanım alanında kaygı, bilişsel alanda bilinç bulanıklığı, dikkat ve bellek azalması, algı ve düşünce bozuklukları olur. Depresyon, yaşlıların başkalarıyla iletişimlerinin azalması, eşlerden birinin ölümü, emeklilik, çocukların

evlenme ya da iş nedeniyle evden ayrılması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Yaşlılar için gelecek endişesi, ekonomik zorluklar, yakınlarını kaybetme korkusu, hastalık tehlikesi depresyona sebep olan başlıca etkenler arasında yer almaktadır (53).

3. Medeni Durum: Evli veya evlilik dışı ilişkileri olan kişiler, evlenmemiş kişilerden daha az oranda depresif belirtilere yakalanmaktadır. Ayrılmış ve boşanmış kişilerde, yüksek oranda depresif belirtiler görülmektedir. Cinsiyet ve medeni duruma göre depresyon görülme sıklığı düşükten yükseğe şöyle sıralanabilir; evli erkekler, evli kadınlar, bekar kadınlar, bekar erkekler, boşanmış erkekler, ayrılmış ve boşanmış kadınlar (27).

4. Sosyal Sınıf: Yapılan araştırmalarda düşük sosyoekonomik durum ve yüksek psikiyatrik bozukluk prevalansı arasındaki ilişki iki farklı şekilde açıklanmaktadır. Birincisi, psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının düşük sosyoekonomik grupta daha yüksek olduğudur. Hastalıkları olan veya hastalıkla ilgili kolaylaştırıcı bireysel özellikleri olan kişiler çalışma grubuna seçilmişlerdir veya sosyoekonomik durumu düşük olan grubun dışına çıkmada yetersiz olan kişilerdir. İkincisi, daha düşük sosyoekonomik durumu olan ve sırasıyla stres ve depresyon yaratan çevresel ve psikolojik zıtlıkların daha çok olmasıyla açıklanan ilişkidir (99).

Kadın yaşamındaki stres verici olayların depresyon gelişiminde direkt etkili olduğu görülmüştür. Buna rağmen sosyal sınıf kavramının potansiyel açıklayıcıları tükenmişlikten ve sosyal pozisyon ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin açıklanmasından uzaktır. Bunu anlamak için sosyoekonomik durumun daha teorik olarak bilgilendirilmiş analizleri ve daha doğru ölçümleri gereklidir. Bu bakış açısı sağlık, insan gelişimi, yaşam beklentisi ile çok daha yakından ilişki tanımlamalıdır (99).

Açıkça görülüyor ki sosyoekonomik durum ve ruh sağlığının ilişkilerini kaydeden daha ileri kayıtlara gereksinim vardır. Sosyoekonomik durumun eğitim, iş ve gelir düzeyinin ölçülmesinde kaba olarak uygulandığı yerlerde kadınların yaşam koşullarında stresörlere maruziyetlerinde, seçimlerinde olanaklarında sosyoekonomik durum kavramının ne olduğu sorgulanmak istendiğinde veya bir sonuç olarak bunların açıklanması gereken durumlarda daha iyi kanıtlara gereksinim vardır (99).

5.Yaşam Olayları: Yaşam olaylarının sayısı ve depresif belirtilerin düzeyi arasında pozitif ilişki bildirilmiştir. Erişkin depresyonu ile çocukluktaki kayıplar arasında özgül bir ilişki bulunmamakla birlikte çeşitli bağlantılar kurulmaktadır. Perri (1966)'in yaptığı çalışmada gelişme dönemi sırasında sevilen bir kişiyi kaybeden bipolar depresif hastalarda, kayıp yaşamayan bipolar hastalara göre, hastalık 10 yıl daha erken başlamaktadır. Bazı çalışmalarda (Hill, 1965, Perri ve arkadaşları 1966) ise erken ayrılıklar yaşamış depresif hastalarda intihar girişimlerinin daha sık olduğunu bildirmektedir (4).

6. Kişilik Özellikleri : Araştırmalar iki depresif kişilik yapısı ortaya koymaktadır. Birincisi, düşük kendine güven ve yüksek düzeyde sabit fikirlilik, ikincisi başarısızlıklar karşısında toleransın düşük olması, diğer kişilere artmış bağımlılık ve emosyonel sorumluluk (27).

Unipolar depresyona yatkınlık doğurduğu ileri sürülen bütün kişilik özellikleri içinde, içe dönüklük özelliğinin bir "kişisel özellik" olduğuna dair açık deliller vardır (8)

İnatçı ve tekrarlayan depresyonda yüksek derecede risk faktörleri (82);

1. Distimi öyküsü : Major depresif bozukluğu olan hastaların % 10-25'inde önceden distimik bozukluk saptanmıştır. Bu durum “ çifte depresyon “ olarak tanımlanmaktadır (32).

2. Eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalık: Diyabet, myokard enfarktüsü, kanser, inme gibi kronik hastalıkları olan kişilerin % 25'inde depresyon gelişmektedir. Major depresyon tanısı konan hastaların % 5'inde önceden başka bir tıbbi hastalık görülmektedir (32).

Diyabetli hastalarda major depresyon prevalansı % 8,5-27,3; depresif belirtiler % 21,8-60 arasında değişmektedir (Gavard ve ark. 1993). Depresif bozukluk belirlenen diyabetiklerde depresif bozukluğun eşlik etmediği diyabetiklere göre depresyon yönünden ailesel öykü daha fazladır (Weyerer ve ark. 1989) (89).

Hipotiroidli hastaların % 50'sinde depresyon mevcuttur. Hipertiroidi tanısı alan hastalarda prodromal dönemde % 14'ünde depresif semptomatoloji, hipertiroidi seyir sırasında % 23 oranında major depresyon bildirilmektedir (Sonino ve ark. 1993) (89).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre depresif bozukluklar ve anksiyete arasında % 30 ile % 80 arasında komorbidite görülmektedir (56). Major depresif bozukluğu olan hastaların % 80 ile % 90'unda anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, Post-Travmatik Stres Bozukluğu, sosyal fobi, generalize anksiyete bozukluğu) görülmektedir (32). Özellikle Post-Travmatik Stres Bozukluğu (PTSD) olan kişilerin % 40'ında depresyon görülmektedir (61).

Somatizasyon tanılı yani sorunlarını bedenselleştiren hastalarda eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların başında depresyon (özellikle distimi ve major depresyon) gelmektedir (66). Kronik ağrı yakınması olan hastalarda depresyon prevalansı % 30-60 olarak bulunmuştur (Magni). Diğer yandan depresyon hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın biçimde bedenselleştirilmektedir (Kirmayer) (70).

2.2.2. Klinik Özellikler

Depresyonda öncelikle dört alanda bozulma görülür;

1. Duygudurum Alanı: Çökkün, kederli, acı veren duygular hakimdir. Bu duygular hasta tarafından sözel olarak ifade edilebildiği gibi, yüz görünümünden, ses tonundan ve davranışlarından da anlaşılabilir. Sık ağlama ile birlikte bunaltı olabilir. Özellikle sabaha karşı yoğun bunaltı depresyon için tipik kabul edilir (sabah bunaltısı). İlgi, istek azlığı, hoşlandığı etkinliklerden ve yaşamdan zevk alamama belirgindir (73).

2. Psikomotor Etkinlik: Sıklıkla psikomotor yavaşlama görülür; yorgunluk, konuşmada yavaşlama, bitkinlik vardır. Yüz görünümünde kaşlar çatık, nasolabial sulkuslar belirgin, kederli bir görünüm olabilir ki bu görünüme “omega melankolika” denir. Özellikle yaşlılarda psikomotor ajitasyonda görülebilir (73).

3. Bilişsel Alan.: Düşünce içeriğinde kayıp düşünceleri, umutsuzluk, karamsarlık, yetersizlik, değersizlik, suçluluk ve ölüm düşünceleri olur. Geçmiş hatalarla uğraşma, cezalandırılma düşünceleri ve depresif temalı sanrılar olabilir. Bilişsel yetilerde belirgin bir kayıp yoktur. Ancak ilgisizlik ve isteksizlik nedeniyle kayıp varmış gibi görünebilir. Bu durum özellikle yaşlı hastalarda demans açısından ayırıcı tanıda zorluk çıkarabilir. Bu tabloya “ depresif

yalancı demans” denir. Dikkat azlığı, dikkati yoğunlaştırmada güçlük, düşünme güçlüğü görülebilir. Ağır durumlarda algı bozuklukları görülebilir (73).

Depresyonların 2/3’ünde ölüm düşünceleri, % 15’inde intihar görülür. Psikotik depresyonda bu oran 5-6 kat daha fazladır (73). Major depresyon tanısı alan hastaların % 15’inde intihara bağlı ölüm görülmektedir. Elli beş yaş üzerindeki kişilerde bu oran dört kat artmaktadır (32).

4. Vegetatif Alan: Uyku ve iştah bozuklukları, menstrüel düzensizlik, cinsel isteksizlik gözlenir. Uzun süreli ağrılar, kabızlık- ishal, bulantı-kusma gibi bedensel belirtiler görülebilir. Bu tür depresyon “maskeli depresyon” olarak adlandırılır (73).

Dört alanda görülen bozuklukların bir sonucu olarak sosyal geri çekilme, yalnızlık, sosyal- mesleki işlevlerde bozulma, evlilik ve iş sorunları, parasal sorunlar ortaya çıkmaktadır (109).

Erişkinlerdeki diğer semptomlara ek olarak, duygularını anlayamayan ya da nasıl tanımlayabileceklerini bilemeyen ergenlerde depresyona işaret eden belirtiler şunlardır (63);

- Her zamankinden daha farklı ve kötü görünüm-kirli saç, kirli giysiler,
- Okul başarısında düşme,
- Müzik, spor gibi aktiviteleri bırakma,
- Kızgın, irritable, agresif veya koopere olamama,
- Uyku bozukluğu,
- Alkol, ilaç kullanımı,
- Tehlikeli ve riskli davranışlar,
- Sebep yokken suçluluk hissetme,
- Arkadaşlarını ailesini ret etme,
- Baş ağrısı, mide ağrısı gibi şikayetleri devamlı dile getirme,
- Ölümden, kendisine zarar vermektense söz etme.

2.2.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü ICP (The International Consortium in Psychiatric Epidemiology) departmanı tarafından (1998) yedi ülkedeki ruhsal bozukluk prevalansı araştırılmıştır. Araştırma genel popülasyondan 18 yaş ve üzeri 29 644 kişi ile CIDI (Composite International Diagnostic Interview; Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi) kullanılarak görüşülmüştür. Ruhsal bozukluk yaşam boyu prevalansı Hollanda ve ABD’de % 40’dan fazla iken Türkiye’de % 12, Meksika’da % 20 bulunmuştur (90).

Depresyon prevalansında, araştırmalar ve ülkeler arasında görülen farklar, gerçek bir farktan doğabileceği gibi, kısmen görüşme araçlarına ve tanı koyma dizgelerindeki farklılığa da bağlı olabilmektedir (79). Genel olarak depresif belirtilerin toplum içinde nokta prevalansının % 13-20 arasında değiştiği, bipolar bozukluğa bağlı olmayan klinikte tanı alacak şiddette

depresif bozukluğun nokta prevalansının sanayileşmiş ülkelerde erkekler için % 3, kadınlar için % 4-9 olduğu bildirilmektedir. Bipolar bozukluk için yaşam boyu risk % 1'dir (55).

ABD'de 1994 yılında Kessler ve arkadaşları tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada DSM-III R ölçütlerine göre 12 ay içinde toplam ruhsal hastalık prevalansı % 29.5; depresyon prevalansı % 10.3 bulunmuştur (79).

Batıda endüstrileşmiş ülkelerde major depresyon nokta prevalansı erkekler için % 2.3 ile % 3.2 arasında, kadınlar için % 4.5 ile 9.3 arasındadır. Major depresyon için yaşam boyu risk erkekler için % 5-12 ve kadınlar için % 10-25 arasındadır. Kadınların % 5-9'u, erkeklerin % 2-3'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde bu hastalığa maruz kalmaktadır (32). Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre depresyonda kadın erkek arasındaki fark giderek azalmaktadır. Bu gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumdaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabileceği belirtilmektedir (55).

Depresyon, dünyada birinci basamakta hizmet verilen yerlerde hizmet alan kişilerin % 10'unda saptanmaktadır (94).

Toplum tabanlı epidemiyolojik çalışmalarda yaşlılarda depresif belirtiler % 11-16 arasındadır. The Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)'de 65 ve üzeri yaş grubunda major depresyon prevalansı kadınlarda % 1.4; erkeklerde % 0.4 bulunmuştur. Yaşlı popülasyonda değişik etnik gruplarda yapılan çalışmalarda major depresyon yüzdesi 11.5'dir (Arian, Robinson and Hicks 1997b). Yapılan çalışma sonuçlarına göre normal fonksiyon gösteren yaşlılar depresyon için genç erişkinlerden daha fazla riske sahip değillerdir (103, 77).

Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı belirlemek için ülke genelini temsil eden tek çalışma Dünya Sağlık Örgütü'nün proje kapsamında 1995-1996 yılları arasında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. 18 yaş ve üstü 7 479 kişi ile CIDI ile yapılan görüşmeler sonucunda son 12 aydaki tanılar göz önüne alındığında görüşülen kişilerin % 17.2'sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı konulmuştur (79).

Tablo 3. ICP İzlemlerinde DSM-III-R^a Sınıflamasına Göre Ruhsal Bozukluk Prevalansları.

Prevalans Tipleri	Brezilya	Kanada	Almanya	Meksika	Hollanda	Türkiye	ABD
1. Yaşamboyu							
Anksiyete Bozuklukları ^b	17.4 (1.0) ^c	21.3 (0.8)	9.8 (0.8)	5.6 (0.8)	20.1 (0.8)	7.4 (0.5)	25.0 (0.8)
Duygudurum Bozuklukları ^d	15.5 (1.0)	10.2 (0.8)	17.1 (1.0)	9.2 (1.2)	18.9 (0.6)	7.3 (0.5)	19.4 (0.7)
Madde Kullanımı ^e	16.1 (1.2)	19.7 (0.7)	21.5 (1.1)	9.6 (0.7)	18.7 (0.7)	0.0 (0.0)	28.2 (0.9)
Herhangibir Bozukluk ^f	36.3 (1.5)	37.5 (1.1)	38.4 (1.2)	20.2 (1.4)	40.9 (1.1)	12.2 (0.7)	48.6 (0.9)
Bozuklukların Sayısı	1 21.2 (1.3)	21.2 (1.1)	25.5 (1.0)	14.8 (1.2)	23.0 (0.7)	7.9 (0.5)	21.3 (0.6)
2	8.8 (0.9)	9.3 (0.3)	8.1 (0.7)	4.0 (0.6)	9.3 (0.4)	3.0 (0.3)	13.1 (0.4)
≥ 3	6.3 (0.7)	7.0 (0.5)	4.8 (0.6)	1.4 (0.3)	8.6 (0.4)	1.3 (0.2)	14.3 (0.6)
2. 12 Aylık Prevalans							
Anksiyete Bozuklukları ^b	10.9 (0.8)	12.4 (0.6)	7.1 (0.7)	4.0 (0.6)	12.7 (0.7)	5.8 (0.4)	17.0 (0.6)
Duygudurum Bozuklukları ^d	7.1 (0.7)	4.9 (0.5)	9.6 (0.8)	4.8 (0.8)	7.7 (0.4)	4.2 (0.4)	10.7 (0.6)
Madde Kullanımı ^e	10.5 (1.0)	7.9 (0.5)	13.2 (0.9)	5.8 (0.6)	8.9 (0.5)	0.0 (0.0)	11.5 (0.5)
Herhangibir Bozukluk ^f	22.4 (1.3)	19.9 (0.8)	24.4 (1.2)	12.6 (1.1)	23.0 (0.9)	8.4 (0.6)	29.1 (0.7)
Bozuklukların Sayısı	1 15.3 (1.1)	13.1 (0.6)	17.6 (1.0)	9.8 (1.0)	15.2 (0.7)	5.7 (0.4)	16.7 (0.4)
2	4.3 (0.6)	4.5 (0.4)	4.3 (0.5)	1.9 (0.4)	4.4 (0.3)	1.8 (0.2)	6.6 (0.4)
≥ 3	2.8 (0.4)	2.4 (0.3)	2.5 (0.3)	0.9 (0.2)	3.4 (0.2)	0.8 (0.2)	5.7 (0.3)
3. 30 Günlük Prevalans							
Anksiyete Bozuklukları ^b	8.7 (0.7)	6.2 (0.4)	2.7 (0.4)	2.3 (0.4)	9.8 (0.6)	5.0 (0.4)	10.3 (0.6)
Duygudurum Bozuklukları ^d	4.9 (0.6)	2.6 (0.4)	3.6 (0.5)	2.3 (0.6)	4.0 (0.3)	3.7 (0.4)	5.1 (0.4)
Madde Kullanımı ^e	8.0 (0.9)	3.8 (0.3)	6.2 (0.6)	2.6 (0.4)	5.8 (0.4)	0.0 (0.0)	5.7 (0.3)
Herhangibir Bozukluk ^f	17.2 (1.1)	10.4 (0.6)	10.9 (0.7)	6.7 (0.7)	16.3 (0.8)	7.4 (0.5)	17.1 (0.7)
Bozuklukların Sayısı	1 11.8 (1.0)	7.3 (0.4)	8.8 (0.6)	5.7 (0.6)	11.5 (0.6)	5.1 (0.4)	11.1 (0.4)
2	3.6 (0.6)	1.9 (0.2)	1.5 (0.3)	0.8 (0.3)	2.7 (0.2)	1.7 (0.2)	3.7 (0.3)
≥ 3	1.9 (0.3)	1.1 (0.3)	0.6 (0.2)	0.2 (0.1)	2.1 (0.2)	0.7 (0.1)	2.3 (0.2)

^a Almanya'da DSM-IV sınıflandırması kullanılmıştır.

^b Anksiyete Bozuklukları : Panik bozukluk, fobiler, genel anksiyete bozuklukları.

^c Parantez içinde standart hatalar belirtilmiştir.

^d Duygudurum bozuklukları: Depresyon, distimi ve/veya mani

^e Madde kullanımı: Alkol ve/veya ilaç bağımlılığı.

^f Herhangibir bozukluk: Anksiyete, duygudurum ve/veya madde bağımlılığı.

Tablo 4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda Son 12 Aydaki ICD-10 Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın Sayı (Sütun %)	Erkek Sayı (Sütun %)	Toplam Sayı (Sütun %)
Panik Bozukluğu	22 (0.5)	7 (0.2)	29 (0.4)
Agorafobi	38 (0.9)	10 (0.3)	48 (0.6)
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	33 (0.8)	17 (0.5)	50 (0.7)
Depresif Nöbet	221 (5.4)	76 (2.3)	297 (4.0)
Distimi	90 (2.2)	26 (0.8)	116 (1.6)
Kısa Yineleyici Depresyon	91 (2.2)	28 (0.8)	119 (1.6)
Hipokondriyazis	31 (0.8)	11 (0.3)	42 (0.6)
Nevrasteni	150 (3.7)	33 (1.0)	183 (2.4)
Alkol Bağımlılığı	4 (0.1)	57 (1.7)	61 (0.8)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	26 (0.6)	8 (0.2)	34 (0.5)
Anoreksiya Nervoza	0	0	0
Bulimiya Nervoza	15 (0.4)	2 (0.1)	17 (0.2)
Sosyal Fobi	96 (2.3)	38 (1.1)	134 (1.8)
Özgül Fobi	157 (3.8)	46 (1.4)	203 (2.7)
Ağrı Bozukluğu	464 (11.3)	161 (4.8)	625 (8.4)
Somatizasyon Bozukluğu	15 (0.4)	1 (0)	16 (0.2)
Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk	919 (22.4)	369 (10.9)	1288 (17.2)

Tablo 4'de görüldüğü gibi alkol bağımlılığı dışındaki tüm ruhsal hastalık tanıları kadınlarda daha yaygındır. Her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir (79).

Dünya Sağlık Örgütü'nün planladığı uluslararası bir araştırmada (WHO Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care Projesi) temel sağlık hizmetlerindeki ruhsal bozukluk prevalansı ICD-10 tanı ölçütlerine göre % 24, hastaların % 10.4'ünde depresyon, % 7.9'unda yaygın bunaltı bozukluğu olduğu bulunmuştur (Goldberg ve Lecrubier 1995). Çalışmanın Türkiye bölümünde ise Ankara'nın Gölbaşı Sağlık Ocağı'nda başvuran hastaların (Mayıs – Ekim 1991) % 17.6'sına en az bir ruhsal hastalık % 11.6'sına depresyon, % 0.9'una distimi tanısı konmuştur. Sağlık ocağı kayıtlarına göre, depresyon üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık karşılaşılan bozukluktur (Rezaki ve arkadaşları, 1995). Bu araştırmada cinsiyet farkına bakıldığında kadınlarda depresyon prevalansı % 12.5, erkeklerde % 9.8 bulunmuştur (72).

Üstün ve arkadaşları tarafından Ankara'nın Kazan Sağlık Ocağı'nda yapılan bir araştırmada 20-60 yaş grubunda Kazan merkezde son bir aylık depresif belirti prevalansı % 32, depresyon prevalansı % 6.3 bulunmuştur (19).

1998 yılında 10 ilde 26 sağlık ocağında yapılan "Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyonun Değerlendirilmesi" araştırmasında 1 997 hastanın % 23.2'sine DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı konmuştur. Sağlık ocağına başvuran hastalardan 356 kadın (% 26.2) ve 109 erkekte (% 17.7) major depresyon belirtileri görülmüştür (78).

Toplumumuzdaki yaşlı kişilerin % 13.5'inin depresif hastalığı olduğu bildirilmektedir (Bekaroğlu 1995) (51). İzmir Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda Weismann ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada (Uçku R., Küey L. 1992) depresif duygulanım prevalansı % 10.1; major depresyon prevalansı % 5.9 bulunmuştur (102).

2.2.4. Etiyoloji

2.2.4.1. Biyolojik Etkenler

a) Biyokimyasal Nedenler:

Depresyonda genel olarak norepinefrin, dopamin ve seratonin düzeyinde düşmeden bahsedilmektedir. Yapılan çalışmalarda, beyin omurilik sıvısı, plazma ve idrarda norepinefrin yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksi fenilglükol (MHPG), dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA), 5- Hidroksi triptofan 2 yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (5 HIAA) düzeylerindeki değişiklikler gösterilebilmektedir. Son yıllarda nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerden çok sinaptaki reseptörlerin etkinliğinden ve reseptör duyarlılığındaki değişikliklerden söz edilmektedir (6).

b) Nöroendokrin Değişiklikler:

Duygudurum bozukluklarında hipotalamus-hipofiz-tiroid ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksındaki patolojilerden bahsedilmektedir. Depresyonda hipofizden aşırı ACTH salınımı, adrenal bezin ACTH' ya aşırı duyarlılığı nedeniyle adrenal kortizol salınımında aşırı artış olduğu düşünülmektedir (73). Bu noktada araştırılan konu; kişilerin strese girdikleri için mi hipofiz aşırı ACTH salmakta yoksa kişilerde depresyon olduğu için mi hipofiz bezi aşırı ACTH salarak kortizol düzeyini yükseltmektedir (6).

Depresyonlu olgularda akşam saatlerinde kortizol düzeylerinde artış olmaktadır. Depresyonlu olgulardaki bu artış Dekametazon Supresyon Testi ile gösterilebilir. Depresyonlu olgularda % 50 dolayında nonsupresyon görülmektedir (6).

Tiroid eksenindeki değişikliklerde, dirençli depresyonda subklinik hipotiroidi gözlenebilir. Depresyonda TRH' na TSH yanıtında azalma, T4 düzeyinde yükselme olabilir. Bu nedenle depresyonlu hastalarda tiroid hormonları, TSH, tiroid antikolları, gerekirse TRH stimülasyon testleri yapılmaktadır (73).

c) Beyinde Yapısal Bozukluklar

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında (BBT; MRI; SPECT) major depresyonda frontal lobda ve kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma, bipolar depresyonda ventriküllerde genişleme görülmektedir (6).

d) Uyku bozuklukları

Major depresyonda uyku EEG' sinde bazı değişiklikler gözlenmektedir. REM latansında kısalma, uyku başlangıcında REM yoğunluğunda artış, ilk REM periyodunun uzaması, uyku başlangıcının gecikmesi ve delta uykusunun azalması gibi değişiklikler görülür. Özellikle REM latansındaki kısalma depresyona yatkınlık göstergesi olarak ele alınmaktadır (73).

Duygudurum bozuklukları ile biyolojik beden saati arasında ilişki kurulmaktadır. Duygudurum bozukluklarının mevsimsel değişiklikler göstermesi, döngüsel oluşu, uyku bozukluklarının bulunuşu, biyolojik beden saatini düzenleyen melatonindeki değişikliklerin gösterilmesi bu varsayımı desteklemektedir (73).

e) Genetik Yatkınlık:

Genetik yatkınlık duygudurum bozukluklarında çok belirgin olarak gözlenmektedir. Doğrudan geçişin olası kanıtları bulunmaktadır. Ancak bu, doğrudan geçiş olarak değerlendirilmemekte ve kişilerde genetik özelliklere eklenen çeşitli stres verici yaşam olayları, başka biyolojik ya da psikodinamik etkenlerle birlikte hastalığın ortaya çıktığı belirtilmektedir. Major depresyonu olan kişilerin yakınlarında depresyon görülme riski normal kontrol grubuna göre 2-3 kat fazlayken bipolar bozuklukta ise 8-18 kat fazladır (6).

f) Diğer Nedenler:

Depresif belirtilerin nörolojik, tıbbi ve farmakolojik nedenleri Tablo.5'de gösterilmektedir (42, 110).



Tablo 5. Depresif Belirtilerin Nörolojik, Tıbbi ve Farmakolojik Nedenleri

Nörolojik	Serebrovasküler Hastalıklar	Hidrocefali
	Demanslar	Enfeksiyonlar
	Epilepsi	Migren
	Multiple Skleroz	Parkinson Hastalığı
Kardiyovasküler Pulmoner Hastalıklar	Hipoksi	Uyku Apnesi
Gastrointestinal Hastalıklar	Siroz	Çölyak Hastalığı
	Pankreatit	
Metabolik Bozukluklar	Üremi	Hiponatremi
	Gut	Hipokalsemi
Beslenme Yetersizlikleri	Pellegra	Demir Eksikliği
	Folat Eksikliği	Protein Eksikliği
Neoplazmalar	Beyin Tümörleri	Lenfoma
Endokrin	Adrenal (Cushing, Addison hastalığı)	Hiperaldosteronizm
	Menstrüel Siklus Değişiklikleri	Paratiroid Bozukluklar
	Doğum Sonrası	Tirod Bozuklukları
Enfeksiyöz ve Enflamatuar	AIDS	Pneumonia
	Romatoid Artrit	SLE
	Tüberküloz	Kanser
	Kardiyovasküler Hastalıklar	Böbrek Hastalıkları
Kollagen Doku Hastalıkları	SLE	Romatoid Artrit
Travma		
Farmakolojik	Analjezik ve Anti-enflamatuar İlaçlar	Antibakteriyel ve Antifungal
	Antihipertansif ve kardiyak ilaçlar	Antineoplastik ilaçlar
	Nörolojik ve Psikiyatrik İlaçlar	Steroid ve Hormonlar

2.2.4.2. Psikolojik Etkenler

Depresyonu sadece biyolojik nedenlerle açıklamak olanaksızdır. Sadece biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar olmasına karşın bir çok nedenli (psiko-sosyal) depresyonlarda olabilmektedir. Çeşitli yaşam olayları, yakın bir kişinin ölümü, ekonomik durumun kötüleşmesi, kişinin sosyal statüsünü etkileyen olaylar depresyona neden olabilmektedir (73).

a) Yaşam olayları

Yaşam olayları ve çevresel stres etkenlerinin duygudurum bozukluklarında özellikle ilk atakta etkili oldukları nörotransmitter düzeyinde değişiklikler ile daha sonraki ataklara neden oldukları düşünülmektedir. Ayrıca erken yaşta kayıp ve ayrılıkların reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan bahsedilmektedir. (73).

b) Premorbid kişilik

Hastalık öncesi kesin bir kişilik belirlenmemesine rağmen, oral bağımlı, obsesif kompulsif ve histriyonik kişilik özelliği olanlarda depresyona eğilim olduğu düşünülmektedir (73).

Oluş biçimi nasıl olursa olsun; benlik saygıları kolay azalan, katı süperegoları olan, kişiler arası ilişkilere bağımlı ve isteyici, çok isteyici oldukları içinde çoğu zaman istediklerini elde edemeyen ve bu nedenle kolay kırılan kişiler depresyona yatkın kişilerdir. Fakat bu durum her depresyona giren kişinin bu özellikte olduğu sonucunu getirmez. Kişilik yapısı ne olursa olsun her insan belirli koşullarda depresyona girebilir (6).

c) Psikoanalitik kuram

Psikoanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesinin kaybı sözkonusudur (73). Depresyonun psikodinamik açıdan nedenine bakıldığında, depresyonlu hastanın kişilik özelliğinde bazı temel özellikler vardır (6),

- Oral dönemde saplanma ve buna bağlı olarak bağımlılık duygularının güçlü oluşu, sevgi açlığı ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılık.
- Sevgi nesnelere (yakın olduğu insanlara) karşı bilinçli sevginin yanısıra bilinçdışı kin ve düşmanlık duygularının bulunması.
- Kolay cezalandıran, affetmeyen, güçlü, baskıcı süperego.
- Öfke, kin, nefret gibi saldırganlık dürtüleri ile ilgili duyguların dışa vurulmasında büyük güçlük ve bu duyguların bireyin kendisine yöneltmesine eğilim.
- Sevgi, onaylanma, beğenilme ve terkedilmeme için bireyin aşırı özverici olarak kendisini fazla yüklemesi, titiz, mükemmeliyetçi olması.

Bu kişilik yapısındaki insan, sevgi nesnesini (çocuk, eş, anne, baba, sevgili vb.) yitirdiğinde ikili duygular içinde olduğu o kişiye karşı bilinçdışı nefret ve düşmanlık duyguları egoyu sıkıştırır. Baskıcı süperego yüzünden saldırgan duygularını dışa vuramayan birey bu duygularını kendisine yöneltir. Yani saldırgan dürtüler (id'den kaynaklanan), süperego ve ego arasında çatışma yaşanmakta, kişinin benlik saygısı düşmekte, değersiz bir yaratık olarak

kendisini algılamakta, suçlamakta, bir hiç olduğunu düşünmekte, giderek yaşamaya layık olmayan biri olarak ciddi bir depresyon tablosu oluşturmaktadır (6).

d) Benlik (ego) psikolojisi

Bu kurama göre benliğin üç alanda özsever amaçları vardır. Bunlar, değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün olmak, iyi ve seven olmaktır. Bu istekler gerçekleşmezse benlik, kaygı ve çatışmaya girer. Bu özsever engelleme sonucunda özsaygı düşer ve depresyon gelişir (73).

Son zamanlarda önem kazanan dürtülerden çok egoya önem veren Bibring'in ego psikolojisi kuramına göre egonun benlik saygısının bir nedenle azalması depresyona neden olmaktadır. Egonun benlik saygısı şu durumlarda olur;

- Değerli, tanınan, sevilen olmak; aşağı ve değersiz olmamak.
- Güçlü, üstün, güvenli, büyük olmak; güçsüz ve güvensiz olmamak.
- İyi ve seven olmak; saldırgan, yıkıcı, kırıcı olmamak.

Egonun bu isteklerinin yerine gelmediği durumlarda kişinin benlik saygısı azalmakta, çaresizlik yaşamakta ve kişi depresyona girmektedir. Burada çatışma egonun kendi içindedir. Kendi içindeki çatışma nedeniyle kendisine saygısını yitirmiş, güçsüz, çaresiz kalmış olan ego, savunma işlemlerini kullanamayarak süperegoye teslim olur ve böylece depresyona girmiş olur (6).

e) Bilişsel (kognitif) kuram

Çocukluk çağında yaşanan deneyimler, erişkin yaşamda kendine ve dünyaya bakışı ve davranışları biçimlendirir. Bunlar dünyaya, kendine ve geleceğe olumsuz bakarlar, bunun sonucunda depresyon gelişir (73).

Son yıllarda depresyonun temel olarak duygulanımla ilgili olmayıp düşünsel bir bozukluk olduğunu ileri süren görüşlerde önemsenmektedir. Bu varsayıma göre kişi kendisi, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz, kötümser düşünceler taşımakta ve her türlü yaşam olayını kafasındaki o şemaya göre olumsuz olarak yorumlamakta, bu olumsuzluğu bütün yaşama genelleyerek tümünden kötümser bir bakış oluşturmaktadır. Her şeyi bu bakış açısıyla sürekli olarak yorumlayan kişi de giderek depresyon ortaya çıkmaktadır. Yani düşünce birincil duygulanım ikincildir (6).

f) Davranışçı kuram

Erken yaşam dönemindeki deneyimlerle kişiler çeşitli davranış biçimlerini öğrenirler ve kendi yaşamlarında uygularlar. Bu kurama göre depresyon bir öğrenilmiş çaresizlik durumudur (73).

2.2.5. Duygudurum Bozukluklarının Sınıflaması

Günümüzde psikiyatrik hastalıklarda kullanılan iki önemli sınıflama vardır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1992 yılında yayınlanan ICD-10 (International Classification of Diseases) ve 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'dür (25).

DSM-IV'de hastalıklardaki bulguların tanımlanmasından yararlanılmaktadır. Aynı zamanda yaş, cins, prevalans, insidans, risk, gidiş, komplikasyonlar, predispozan faktörler, aile örüntüsü ve ayırıcı tanı ile ilişkili olarak da her hastalık sistematik biçimde tanımlanmaktadır. (25).

DSM-IV'e göre duygudurum bozuklukları ;

I. Duygudurum Epizodları:

A. Major Depresif Epizod

B. Manik Epizod

C. Mikst Epizod

D. Hipomanik Epizod

II. Duygudurum Bozuklukları:

A. Depresif Bozukluklar

A.1. Major Depresif Bozukluklar: En az iki hafta süreyle aşağıdaki ölçütlerden beş ya da daha fazlasının bulunması;

- Hemen her gün, gün boyu süren çökkün duygudurum.
- Hemen her gün, gün boyu süren belirgin ilgi, istek azlığı, zevk alamama.
- Belirgin kilo kaybı.
- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon.
- Enerji azalması, yorgunluk.
- Dikkati toplamada güçlük, konsantrasyon kaybı.
- Değersizlik, yetersizlik, suçluluk duyguları.
- Ölüm düşünceleri, plan ve girişimi.

Bu tanı ölçütleriyle değerlendirilen major depresyon şiddetine, gidişine ve ek özelliklerine göre alt tiplere ayrılır;

- (a) Depresyon şiddeti hafif, orta ve ağır olmak üzere üçe ayrılır.
- (b) Sanrı, varsanı, gerçeği değerlendirmede bozulma gibi psikotik özellikler varsa **psikotik özellikli depresyon** olarak adlandırılır. Depresyonda sıklıkla depresif temalı sanrılar (suçluluk, hastalık, ölüm, cezalandırılma), nihilistik sanrılar görülür. Major depresyonun % 15'i psikotik özellikli depresyondur (7).
- (c) Hasta tek depresyon atağı geçirmişse **major depresyon-tek epizod**, birden fazla atak geçirmişse **major depresyon-rekürren** olarak tanı konur. Sonbahar ve kışın gün ışığı azaldığında ortaya çıkan, ilkbahar ve yaz aylarında kaybolan depresif belirtileri tanımlamak için kullanılan mevsimsel yapı gösteren depresyon, rekürren major depresyona örnek olarak verilebilir (7).
- (d) Depresyon epizodunun kesitsel özelliklerine göre de alt tiplendirmeler yapılır:
- i. **Melankolik özellikli:** Tüm etkinliklere karşı ilgisizlik ve zevk alamama, çökkün duygudurum, sabahları erken uyanma, sabahları belirtilerde artış, psikomotor ajitasyon yada retardasyon, ağır suçluluk duyguları, belirgin kilo kaybı vardır (7).
 - ii. **Katatonik özellikli:** Motor hareketsizlik ya da stupor, ağır negavitizm, mutizm, ekolali, ekopraksi, katalepsi, balmumu esnekliği, stereotipi gibi özellikler bulunur (7).
 - iii. **Atipik özellikli:** Duygudurumda tepkisellik, olumlu olaylarda geçici düzelmeler, kilo alımı, iştah artışı, aşırı uyuma, kol ve bacaklarda kurşun gibi olma duygusu, kişiler arası ret edilmeye karşı duyarlılık, birlikte bunaltı bozukluklarının bulunması gibi özellikler gösterirler (7).
 - iv. **Postpartum depresyon:** Doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde ortaya çıkar (73). Genellikle 10 günden daha kısa sürer. Sıklıkla hafif olup tedavi gerekmez. Bu belirtilerin depresyon nedeni olup olmadığı belli değildir (109).

A.2. Distimik Bozukluk: En az iki yıl ve hemen hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygudurumunun olmasıdır. Çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl olabilir ve süresi en az bir yıl sürmelidir (7).

B. Bipolar Bozukluklar

Bipolar bozukluk tanısı için en az bir manik veya hipomanik atak gözlenmelidir. Manik veya hipomanik epizodlar da % 60-70 major bir depresif dönemi izler. Major depresif bozukluk tanısı alan hastaların % 5-10'unda ilk epizoddan, hatta üçüncü, dördüncü epizoddan sonra dahi manik bir epizod ortaya çıkabilir. Major depresif epizodda; hipersomnia, psikomotor retardasyon, psikotik semptomlar ve ailede bipolar bozukluğun varlığı major depresif bozukluk tanısı alan bir hastada kısa veya uzun sürede olası bir bipolar bozukluk tanısı düşündürmelidir (89).

C. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu

D. Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozuklukları

E. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar

- (a) **Premenstrüel Disforik Bozukluk:** Bir yıl boyunca menstrüel siklusların çoğunda lüteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak bir takım semptomlar ortaya çıkar. Menstrüasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde de bu semptomlar ortadan kalkar. Semptomlar iş yaşamında, okul yaşamında ve olağan etkinliklerde bozukluklara yol açacak derecede ağır olur. Menstrüasyon sonrası en az bir hafta süreyle semptomlar hiç bulunmaz (7).
- (b) **Minör Depresif Bozukluk:** Depresif belirtilerin en az iki hafta sürdüğü epizodlardır. Ancak bu semptomlar major depresif bozukluk tanısı konması için gerekli beş semptomdan azdır (7).
- (c) **Rekürren Kısa Depresif Bozukluk:** İki günden iki haftaya kadar süren ve 12 ay süreyle en az ayda bir kez ortaya çıkan, menstrüel semptomlara eşlik etmeyen depresif epizodlardır (7).
- (d) **Siklotimik Depresyon:** Siklotimi, daha az şiddetli mizaç bozukluğu olan, mizaçta kronik ve ısrarlı biçimde oynama görülmeyen durumları tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Siklotimide görülen depresyon çocukluk, ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde görülür. Kişilerde düzensiz enerji artışı, uykuya eğilim, iyimserlik veya kötümserlik, uyku bozuklukları, şakacılık, aşırı ilgi veya ilgi kaybı, duygulanımda dalgalanma, kendini beğenme gibi belirtiler gözlenir. Evlilik, iş sorunları siktir. Madde kullanım bozukluğu gösterirler. Major depresyon ve mani geliştirmeye yatkındırlar (7).

2.2.6. Ayırıcı Tanı

1. Distimi

Distimik bozuklukta görülen belirtilerin çoğu depresyon ile karışabilir. Örneğin disforik duygudurum, uyku bozuklukları, yorgunluk, önceden zevk alınan etkinliklerden hoşlanmama, intihar düşünceleri her ikisinde de vardır. Distimide depresif belirtiler en az iki yıldır mevcuttur, fakat major depresyondaki kadar şiddetli değildir (109).

2. Siklotimi

Siklotimik bozukluk depresif ve hipomanik duygudurum belirtileri ile en az iki yıl süren kronik bir hastalıktır. Belirtiler major depresyon ve manideki kadar şiddetli değildir. Psikotik özellikler görülmez (109).

3. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları kronik, sabit, uyum bozucu ve hayat boyu devam eden davranış kalıplarını içerir. Çocukluk veya ergenlik çağında başlayıp erişkinlikte devam eder. Antisosyal, histrionik vb. bazı kişilik bozukluklarında depresif duygudurum izlenebilir. Ancak depresif belirtiler klinik tabloda önde gelen belirti değildir (109).

4. Yas

Yaşam içinde kayıp (yas) sık görülen bir durumdur. Normal yas süreci evrenseldir. Komplikeyonlu kayıp yaşantıları ise sık olarak duygudurum bozukluklarına yol açar.

Depresyonda benlik saygısı azalırken, kayıp ardından izlenen depresif durumlarda benlik saygısı korunur. Kendilerini değersiz bulma ve ağır suçluluk duygusu olmaz (109).

Çözümlememiş veya patolojik yas, kaybın ardından ortaya çıkan inhibisyon, normal yas sürecinin yaşanmaması, bazı belirti ve davranışların abartılması ve normal yas sürecinin uzaması gibi belirtilerle belirlidir (109).

5. Depresif duygudurum ile birlikte uyum bozukluğu

İş kaybı veya diğer parasal sorunlar, fiziksel hastalıklar, doğal afetler gibi stres etkenlerine yanıt olarak depresif duygudurum ile birlikte uyum bozukluğu gelişebilir. Oluşan yanıt işlevselliği bozacak ölçüdedir. Depresif belirtiler major depresyon ölçütlerine uyacak şiddette ve sürede değildir. Uyum bozukluğunda belirtiler stres etkeninin ardından üç ay içinde ortaya çıkar ve stres etkeninin ortadan kalkması ile kaybolur (109).

6. Şizofreni

Şizofrenide depresyon sıklıkla semptom görünümündedir ve hastaların % 25'inde görülmektedir (83). Akut ve aktif psikozların prodrom döneminde hastaların % 50'sinde, postpsikotik dönemin hastaların % 7-70'inde depresif sendrom görülür. Aile hikayesi, öz geçmiş ayırıcı tanıda önemlidir (109).

7. Anksiyete Bozuklukları

Kronik anksiyete olgularına ikincil olarak sıklıkla depresyon görülür. Depresyonda hastalığın fiziksel ve psikolojik belirtileri anksiyete nedenidir. Ayrıntılı öykü alma ile depresyon veya anksiyetenin hangisinin önce başladığı öğrenilebilir. Anksiyetede ilgi kaybı, elem, halsizlik, suçluluk duygusu, benlik saygısında azalma ve intihar yoktur (109).

8. Yeme Bozuklukları

Anoreksiya nervozada sıklıkla depresyon belirtileri görülür. İştah ve uyku bozuklukları depresyona benzemekle beraber, klinik tabloda önde gelmez. Atipik depresyonda iştah artışı ve aşırı yeme görülebilir. Bu durum bulimiya ile karışabilir. Kişiler aşırı yeme davranışından sonra depresif bir duygudurum içine girerler (109).

9. Sanrılı Bozukluklar

Sanrılı bozukluklarda görülen depresif belirtilerin süresi, sanrısız bozukluk süresine göre daha kısadır (109).

10. Demans

Demansta depresif belirtiler ve anksiyete sıklıkla birlikte dir. Sinsi ve yavaş seyirli bir hastalıktır. Artan bellek bozukluğu, apati, idrar ve gaita kontrolünün bozulması depresyon ile ayırıcı tanıda önemlidir (109).

11. Şizoaffektif Bozukluklar

Duygudurum belirtilerine şizofreni belirtileri eşlik eder. Prognoz şizofreni ile duygudurum bozuklukları arasındadır (109).

12. Madde Kullanımına Bağlı Depresyon

Kronik madde kullanımı öyküsünün olması, depresif duygudurumunun daha sonra gelmesi, uyum bozucu davranışların olması ayırıcı tanıda önemlidir (109).

13. Somatoform Bozukluklar

30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren, bedensel bir hastalığa bağlanamayan, yineleyen ve sık sık değişen bedensel belirtiler vardır (109).

2.2.7. Prognoz

Depresyon günler, haftalar, aylar hatta yaşamboyu sürebilir. Bazı insanlar depresyonu kısa şekilde atlatırlar ve bir daha yakalanmazlar. Bazıları orta şiddette depresyondan hiç kurtulamaz. Diğerleri yaşamları boyunca major depresyona maruz kalırlar. Depresyon genellikle tekrarlayan bir hastalıktır. Tedavi edilen depresif hastaların % 50'den fazlası altı ayda depresyonu atlatamaz, % 10'u kronik seyir gösterir Depresyonun bir epizodundan sonra, ilk iki yılda relaps riski % 40 veya daha fazla bir kişi beş yıl içinde % 50, 15 yılda ise % 80'i diğer bir atak geçirir. Üç epizoddan sonra, depresyonun tekrarlama oranı % 90'dır (63).

Tedavi edilmezse orta şiddette depresyon major depresyona ilerleyebilir. Bir kişi herhangi bir yardım almadan depresyon epizodunun üstesinden gelebilir, fakat bu genellikle bir buçuk yıl veya daha fazla sürer ve epizodun tekrarlama riski daha fazladır (63). Yedi ay sonra % 10'u major depresyonun kriterlerini karşılarken, % 37'si gelecek yıl boyunca major depresyon relapsı yaşar. Coryell Et Al'a göre altı yıllık dönemde % 34 relaps riski gösterenler klinik olmayan örneklerdir (82).

2.2.8. Tedavi Yaklaşımları

2.2.8.1. Genel İlkeler

Günümüzde çok sayıda etkin klinik müdahaleler olmasına karşın, tanı almayan, tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi alan depresif bozukluklar, büyük ölçüde insan ve ekonomi kaybı oluşturmaktadır. Bugün, elimizdeki olanaklarla major depresyonlu bireylerin % 70-90'ı başarılı şekilde tedavi edilmektedir. Ne var ki depresyonlu bireylerin üçte biri tedavi için başvurumaktadır. Yeni araştırmalar depresyonlu kişilerin % 5'den azının doğru şekilde tanınıp, tedavi gördüğünü ortaya koymaktadır (6).

Depresyon tedavisinde çok yönlü yaklaşım temeldir. Farmakoterapi, psikoterapi ile bütünleştirilmelidir (8). İlaç tedavisi belirtilere iyi gelirken psikoterapi doğrudan kişiler arası ilişkilere ve sosyal uyuma etkilidir. İki yaklaşımın farklı zamanlarda etkinleştirilmesi ve diğerinin yerine tedaviyi sürdürmesi beklenebilir. İlaçlar kısa sürede etkili olabilir, psikoterapi ise daha uzun sürede etki gösterir (6).

2.2.8.2. Farmakoterapi

Farmakoterapide antidepresanlar kullanılmakta ve depresif hastanın bir ay içinde iyileşme şansını hemen hemen ikiye katlamaktadır. Etki mekanizması, sinaptaki nörotransmitterlerin etkilerini değiştirmek şeklindedir (21).

Antidepresan tedavi, en az altı ay ya da bir önceki epizodun iyileşme süresi kadar sürdürülmelidir. Bir çok çalışma antidepresanlarla koruyucu tedavinin rekürrens sayısını ve

şiddetini azaltmakta etkili olduğunu gösterir. Bir çalışmada epizodların arasının iki buçuk yıldan az olması durumunda, büyük olasılıkla beş yıl boyunca koruyucu tedavi uygulamak gerektiğini öne sürmüştür. Koruyucu tedavi gerektiğini düşündüren diğer etmen, önceki depresif epizodların ciddilik derecesidir. Belirgin intihar düşünceleri veya psikososyal işlevsellikte bozulmayla giden epizodların varlığı koruyucu tedavi gerektiğini gösteriyor olabilir. Antidepresanların kesileceği zaman, kullanılan ilacın yarılanma ömrüne bağımlı olarak, bir-iki hafta içinde yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir (42).



Tablo 6. Kullanımdaki Antidepresan İlaçlar

İlaçlar			Ticari İsim	Terapötik Doz (mg/gün)
Trisiklikler	Tersiyer Aminler	Amitriptilin	Laroxyl	150-300
		Opipramol	İnsidon	150-300
		Klomipramin	Anafranil	25-250
		İmipramin	Tofranil	150-300
	Sekonder Aminler	Dezipramin		150-300
		Nortriptilin		75-150
Tetrasiklikler	Sekonder Aminler	Maprotilin	Ludiomil	100-225
Monosiklik	Bupropiyon			300-450
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri	Fluoksetin		Prozac	20-60
	Sertralin		Lustral	50-200
	Fluvoksamin		Faverin	50-300
Serotonin-norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri	Fenilpiperazinler	Trazodan		300-600
Monoamin Oksidaz İnhibitörleri	Tranilsipromin			20-60
	Fenelzin			30-90
Reversibl Monoamin Oksidaz A İnhibitörü	Mokolbemid		Aurorix	300-600

Tablo 6'da antidepresan tedavide kullanılan ilaçlar sıralanmıştır. Trisiklik ilaçlar, tetrasiklik ilaçlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri klasik antidepresanlardır. Seçici Geri Alım İnhibitörleri ve Bupropionun eklenmesiyle antidepresan yelpazesi anlamlı şekilde genişlemiştir. Özellikle Seçici Geri Alım İnhibitörleri, Trisiklik ve Mono Amin Oksidaz inhibitörlerinden daha güvenlidir ve ayaktan tedavi edilen depresif hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda eşit derecede etkili oldukları gösterilmiştir (21).

2.2.8.2.Psikoterapötik Yaklaşım

Psikoterapi, terapistin hastadan eşduyumlu (empatik olarak) bilgi edindiği, hastanın güvenini kazandığı, destekleyici bir ilişki olup, depresyon tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Psikoterapinin amacı biliş, davranış, duygulanım gibi depresyondaki özgül belirtilerin düzeltilmesidir. Genel olarak kısa süreli ve depresif durumu düzeltici, hastanın kişiliğini değiştirmeyen tedavilerdir. Psikoterapötik yaklaşım (11);

- Antidepresan ilaçlara az ya da hiç yanıt alınmadığında,
- İlk yıl içinde yeni atak geçirilmesini engellemek amacıyla profilaktik amaçla,
- Tıbbi kontrendikasyon nedeni ile antidepresan ilaç alınmadığı durumlarda,
- İlaç tedavisine ek olarak uygulandığında yarar sağlamaktadır.

Bu bağlamda, hasta-hekim ilişkilerini düzelterek hastaların ilaç almalarını artırabilir, moral sağlayabilir, evlilik-ebeveyn ilişkilerinde, iş vb. konularda depresyon nedeniyle bozulmuş ilişkilerin düzelmesinde yararı olabilir (6).

Depresyonlu hastanın özel durumuna göre çeşitli psikoterapi yöntemleri uygulanabilmektedir;

- Psikoanalitik psikoterapi
- Destekleyici psikoterapi
- Bilişsel terapi
- Davranış terapisi
- İnterpersonel terapi
- Aile terapisi

Psikoterapötik yaklaşımda hastanın eşi, yakınları ile yapılan görüşmeler, onların hastaya bakışlarını olumlu yönde etkilemektedir (6, 109).

2.2.8.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)

EKT uygulamaları psikiyatrist, anestezi uzmanı, dahiliye uzmanı, kardiyolog ve özel eğitim görmüş hemşire içeren bir ekip çalışmasıdır (8).

Etki mekanizması, elektrikle konvulziyon oluşturmaya dayanır. EKT'nin temel kullanım alanı melankolik major depresyondur. Kalp hastalığı olan kişiler, uzun süre tedavi edilmemiş, dehidratasyonlu, zayıflamış-bitkin, intihar düşüncesi yoğun hastalar öncelikli endikasyona sahiptir. EKT'ye yönelik mesleki ve sosyal tutum, etkinliği ve güvenliğine dair açık avantajlarına rağmen, bu tedavinin “ son çözüm “ olarak düşünülmesidir (8).

2.2.9. Kadınlarda Depresyon Nedenleri

Toplumların cinsiyete verdikleri rol ve değerler farklılık gösterir. Bu farklılıklar, kadın ve erkeklerin hastalık algısını, sağlığa karşı tutumlarını, sağlık kurumlarını kullanma sıklıklarını da etkilemektedir. Araştırmalar, kadınların erkeklere göre sağlık konusunda daha duyarlı olduklarını, erkeklerin ise “ hasta rolü” nü erkekliklerini kaybetme ve kadınsı nitelikler gösterme gibi algıladıklarını, bundan korktuklarını göstermektedir. Ayrıca bazı ruhsal bozuklukların kadınlarda erkeklerden daha yüksek sıklıkta görüldüğü ve psikiyatri polikliniklerine daha çok başvurdukları bilinmektedir. Toplumun kadına verdiği değer, aile içi aşırı sorumluluk, edilgenlik gibi özellikler sadece bozukluk düzeyinde değil, belirti düzeyinde de görülmektedir. Bu açıdan kadınların ruhsal bozukluklar ve belirtiler yönünden bir risk grubu oluşturabileceği düşünülmektedir (10).

Davranışçı ve feminist teorilere göre, kadınların ruhsal durumu erkeklere göre olaylardan daha fazla etkilenebilir özelliğindedir. Bu durum kadınların buldukları konumdaki güçsüzlüklerinden kaynaklanmaktadır. Sosyal konumlarındaki güçsüzlük kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmaları ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır (64).

Kadın, erkekten daha az para kazanmasına rağmen, yaşamdaki sorumlulukları erkekten daha fazladır. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşmakta, artan iş yükü ve genel stres, kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır (64).

Kadınlar açısından diğer bir durum, eşleri ve ailelerine karşı kendilerini yeterince ifade edememeleridir. İlişkilerinde yumuşak ses tonu kullanarak, düşüncelerini ve isteklerini sessizce dile getirebilirler. Düşünce ve istekler konusunda sesleri yükselmeye başladığında , ya duymazlıktan gelinir ya da değer verilmez (64).

Bu olumsuz koşullar kadınlarda nasıl depresyon oluşmasına neden olmaktadır ? Depresyonun davranışsal ve kognitif teorilerine göre, çevreleri ve olaylar üzerindeki kronik kontrol eksikliği kadında, kendisinden ve çevresinden olan beklentide artışa yol açmaktadır. Bu durum daha sonra düşük motivasyon, pasiflik, kendine güven kaybı, çevreyi kontrol edememe, beklenti düzeyinin artması, öğrenilmiş çaresizlik, kendi kendine yardım edememe gibi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (64). Türk toplumunda ise kadın, küçük yaşlardan itibaren erkeklerden daha değersiz olduğunu öğrenip düşük düzeyde bir benlik kavramı edinmektedir. Erkeklerden daha farklı bir sosyalleşme sürecinden geçen kadın baskı ve kontrol altında bulunmaktadır. Sonuç olarak daha tutucu, dindar, daha az başarı güdüsüne sahip bir kişilik yapısı meydana gelerek geleneksel rol beklentilerine uymaktadır (41).

Feminist teorilere göre, kadınlardaki sosyal güç eksikliği, stresle karşılaştıklarında erkeklere göre daha derin düşünmeye yol açmaktadır. Derin düşünme, pasif ve tekrarlayan bir şekilde, stres yaratan tek durum ve bu durumun anlamı ve sonuçları üzerinde odaklanmaktır. Klinik ve toplum tabanlı çalışmalarda, üzgün veya depresif olduklarında kadınların erkeklerden daha fazla derin düşündükleri ve duygularına yoğunlaştıkları saptanmıştır. Kadınlar, çevreleri ve streslerini kontrol altına almak için daha fazla çaba göstermelerine rağmen, etkili olamadıkları için daha çok derin düşünüp, derin düşünmede saplanıp kalırlar. Stresli durumda derin düşünce kadınlarda daha uzun, ciddi ve kapsamlı depresif belirtilere neden olmaktadır Buna karşın erkeklerde daha az sıklıkta depresyon görülmesinin nedeni, farklı mücadele yöntemleri kullanmalarıdır. Örneğin, sorunlardan uzaklaşmak için spor, arkadaşları ile dışarı çıkma gibi çeşitli aktivitelerde bulunma, erkeklere güç ve kontrol vermektedir. Kadınlar ise problemlerini diğer kadınlarla paylaşarak yaşamaktadırlar. Kendi içlerinde duyarlılık, kontrol ve beceri sağlamak için depresyon tedavisinde ilaç yanında egzersiz verilmesinin nedenlerinden biri de budur (64).

Diğer yandan derin düşünme ile problem çözme karıştırılabilmektedir. Kadınların daha fazla derin düşünmeleri, erkeklerle karşılaştırıldığında problem çözmeyi engeller. Yeni problemlerin eklenmesi ve negatif düşüncenin artmasına neden olan bu durum kontrol eksikliğine yol açmaktadır (64).

Cinsiyetin depresif belirtilere etkisi, Nolen-Hoeksema, Grayson & Larson (1997) tarafından yapılan longitudinal bir çalışmada araştırılmıştır. 25-75 yaş arası 1 100 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 (64).

Kadınlarda depresyon üzerine yapılan araştırmalarda odaklanan diğer konular ergenlik dönemi ve üreme ile ilgili olaylardır. Sorumluluklar ve beklentiler dramatik olarak değişmeye başladığı zaman, kadınlarda depresyon insidansı ergenlik döneminde yüksek düzeyde görülmeye başlamaktadır. Ergenin bu dönemde yaşadıkları, kişilik kazanma, cinsiyetin ön plana çıkması, ilk defa aileden ayrılma ve tek başına karar verme, diğer fiziksel, entellektuel ve hormonal değişikliklerdir. Bu değişiklikler, genellikle erkekler ve kadınlar için farklıdır ve kadınlarda depresyon ile daha sıkı ilişkilidir (62).

Kadınların üreme ile ilgili olayları, menstrüel siklüs, hamilelik, hamilelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama ve menapoz dönemidir. Bu olaylar, bazı kadınların duygu durumlarında dalgalanmalara neden olmaktadır (62).

Psikiyatrik morbidite ve depresyon oranlarının doğumu izleyen dönemde önemli ölçüde arttığına ilişkin yaygın kanı, son 20 yılda veri tabanına dayalı olarak yapılan çalışmalarla giderek pekişmiştir. Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde kadınlarda psikiyatrik hastane başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (24).

İnfertilite problemi olan kadınlar, genç yaşta anne olan kadınlar yüksek derecede depresyon için risk grubunu oluşturmaktadır (62).

Menapozda görülen depresyon, diğer yaş gruplarında görülen depresyondan farklı değildir. Yaşam değişikliklerine bağlı oluşan depresyonda, geçmişte yaşanan depresif epizodların da etkisi vardır. "Boş yuva sendromu", çocuklar evi terk ettiğinde, kadınlar amaçlarını ve kimliklerini kaybettiklerini düşünerek depresif belirtiler gösterebilirler(Luck, 1985). Özellikle toplumumuzda menopoz anksiyetesinin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık ve izolasyon duygusu yatmaktadır (62).

Yapılan bir çalışmada premenapozal dönemdeki kadınların % 44.8'i gebelikten korunma yöntemlerini bilmedikleri, bunun da sakat çocukların doğmasına neden olduğu saptanmıştır. Premenapozal dönemde adet düzensizlikleri nedeniyle kadın sık sık gebe kalma korkusu yaşamakta, bu da kadının depresif durumunu arttırmaktadır. Kılıç'ın yaptığı bir araştırma, premenapozal devredeki depresif belirtilerin postmenapozal devreye göre daha yüksek çıktığını göstermektedir (Kılıç 1988) (100).

Yapılan çalışmalarda depresyonun kadınlarda erkeklerden daha yüksek çıktığı, kadınların iç salgılarında depresyona daha yatkın oldukları görüşü hakimdir. Depresyonun X kromozomuyla bağlantısı ve duygulanımda kalıtsal etkilerin rol oyandığı bilinmektedir (Köknel 1989) (100).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin yaşam içindeki durumunu nasıl algıladığı anlamına gelir; bu kavram, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bütünüdür bir parçası olarak anlam taşır ve bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları ile bir arada değerlendirilmelidir. Bu kavram, kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, kişisel inançları ile bunların çevreyle olan ilişkilerinden karmaşık biçimde etkilenen geniş bir alanı kapsar (16).

Şekil 2'de yaşam kalitesi ve sağlık kavramı arasında ilişki gösterilmektedir. Teorik yaklaşımlarda farklı kavram ve göstergeler arasındaki bağlantı ortaya koyulmaktadır. Nedensellik yaklaşımında, sağlık durumunu etkileyen faktörler ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile klinik tablo arasında ilişki kurulmaktadır. Şekilde iç ve dış faktörlerin sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkisi gösterilmektedir. Değerlendiriciler tarafından, tedavi ile sağlık durumu ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi verilerinin bağlantısı gözlenmiştir. Tedavi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, iç ve dış faktörlerden etkilenir. Randomize çalışmalar, değerlendirmenin etkinliğini, iç ve dış faktörlerin tedavinin etkinliğini nelere bağlı değiştirebileceğini göstermektedir (23).

Şekil, sağlığa ilişkin ve genel yaşam kalitesi arasındaki bağlantıları ortaya koymaktadır. İkisine etki eden faktörler bireyin kendisine ve çevresine ait özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bireye ait özellikler (yaşam şekli ve hastalık davranışı) çevresel özelliklerden az veya çok etkilenmektedirler. Kişilik, yaş ve genetik miras gibi sabit özelliklerde bu kapsama girmektedir. Tedavinin sonuç göstergelerini etkilediği için çevresel faktörler tedavinin değerlendirilmesinde önemlidir. Kişiye ait faktörlerin ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir. Çünkü, özel olarak birey çevre etkileşiminde belli sınırlarda kalınmaktadır. Bireyin kendisine ve çevreye ait faktörleri karşılıklı etkileşim halindedir, bu etkileşimden sağlık durumu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi etkilenmektedir. Sonuç olarak bireye, çevreye ait faktörler ve sağlık durumu, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi genel yaşam kalitesini belirlemektedir (23).

Tıbbın giderek teknik ve mekanik bir biçimde uygulandığı günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, hastanın yaşam kalitesinin de artırılmasını hedefleyen çabaların insancıl yönü tartışılmaz (26).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde üç yaklaşım tanımlanmaktadır;

1. Genel Yaşam Kalitesi:

Nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları, sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi araştırmalarından önceye dayanmaktadır. Bu tür araştırmalar hangi insanların söz konusu işi yaptığını ve yaşam deneyimlerinde kendilerinin ve toplumun etkilerinin neler olduğu hakkında bilgi vermektedir. Kullanılan kavramlar yaşam kalitesinin nasıl değerlendirileceği konusunda karar vermede yol gösterici olmaktadır. Ölçümler fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır (88).

Özellikle kronik ruh hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş yaşam kalitesi görüşmesi (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçüm araçlarına bir örnektir. QOLI yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yasal problemler, iş- okul ve sağlığın dahil olduğu farklı yaşam alanlarında yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimlerini değerlendirmektedir (88).

2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi:

Tek hastalık durumu, hasta grupları, fonksiyon bölgeleri veya bireyler ile ilgili problemler üzerinde odaklanan özel ölçüm araçlarıdır. Örneğin, sadece kanser için yaşam kalitesi ölçüm araçları yanında göğüs kanseri ve daha spesifik olarak adjuvan tedavi alan göğüs kanseri hastaları veya kemik iliği transplantasyonu veya uzun dönem göğüs kanserine maruz kalanlara yönelik ölçüm araçları da mevcuttur (16).

3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi:

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde birincil olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavisinin yaşam süresine olan etkilerine önem vermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilgili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Örneğin fakirlik ve sosyal olanakların kısıtlılığının getirdiği rol sınırlılığına karşıt olarak, duygusal ve fiziksel hastalıkların neden olduğu fonksiyonel rol sınırlaması gibi (88).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Farklı toplulukların, hastalıkların, durumların ve tedavilerin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca normların ve referans değerlerin kullanıldığı karşılaştırmalı analizlerde de kullanılabilir. Bu tip yaşam kalitesi değerlendirmelerinin bazı sınırlılıkları olmasına rağmen değerlendirilen hastalığın veya sağlık hizmetinin yaşam kalitesi üzerine olan önemli etkileri nedeniyle tercih edilmektedir (88).

Genel başlıkların kullanılması nedeniyle duyarlılığın daha az olması, elde edilen bilgilerin klinik kararlarda kullanımının daha sınırlı olması ve bazı hastaların başlıkları konu ile ilgisiz bulması sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçlarının sınırlılıkları olarak belirtilmektedir. Ayrıca elde edilen bilgiler tıbbi problemleri nedeniyle kronik sakatlık ve sosyal dezavantajları olan kişilerin gereksinimlerini yeterince yansıtamazlar (88).

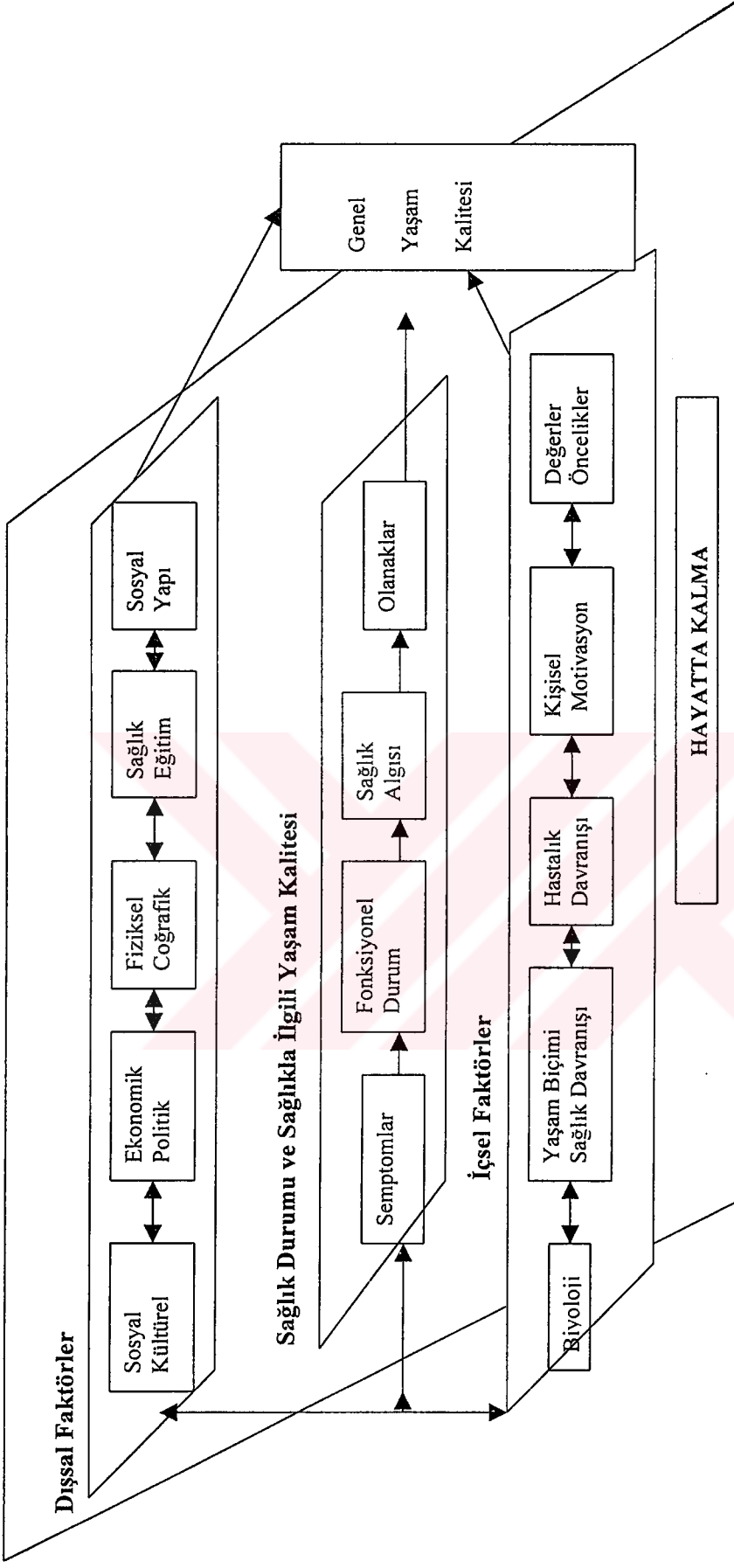
Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçlarından en çok bilinenler World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), SF-36 Health Survey, Quality of Well-Being Scale, Sickness Impact Profile (SIP), McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile'idir (53).

Uygun sağlık politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunmak üzere 1980 yılı ortalarında WHO tarafından kişinin iyilik halini, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçebilme çalışmaları başlamıştır (36). WHOQOL 'un amacı, hastalıklar ve kültürler arasında geniş bir şekilde uygulanabilir bir yaşam kalitesi ölçüm aracı işlevi görmektir. Öncelikle, eş zamanlı olarak, bir çok ülkede ve dilde ihtiyaç temelinde kavramsal modelde kullanılan yaşam kalitesi ölçümleri yapılmıştır. Başlıklar hedeflenen her ülkede aynı zamanda geliştirilmiş ve WHOQOL proje yürütücüleri tarafından bütün kültürler arasındaki en önemli başlıklar üzerinde anlaşma sağlanmıştır. Böylece WHOQOL-100 ölçüm aracında, altı alanda, her alanda dört tane olmak üzere 24 başlık oluşturulmuştur: Bedensel, Bağımsızlık, Sosyal, Ruhsal, Kişisel İnanç ve Çevresel alanlar. Altı alanda ortalama alfa güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (16).

WHOQOL'nin kullanım alanları şu şekilde belirtilmektedir (93);

- Tedavi hizmetlerinde: Hekime uygun bir sağaltım yöntemini seçmekte ve sağaltım sonuçlarının izlenmesini ve diğer yöntemlerle karşılaştırılmasını sağlamakta,
- Doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde: Kapsayıcı bir bakımın hastanın perspektifinden değerlendirilmesinde,
- Karşılaştırmalarda: Tedavi yöntemlerinin ve bu yöntemlerin zaman içindeki etkilerinin ölçülerek karşılaştırılmasında,.
- Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde: Tıbbi hizmetlerin, hastanın bakış açısından periyodik olarak gözden geçirilmesinde,
- Araştırmalarda: Kapsamlı araştırmalarda hastalıkların doğası hakkında yeni bir içgörü geliştirilmesinde,
- Sağlık politikalarında: Hastaların iyilik düzeyini algılama biçimlerinden yola çıkarak iyi sağlık politikalarının oluşturmasında kullanılmaktadır .





Şekil 2. Sağlık Kavramı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler

Son yıllarda özellikle psikiyatride yaşam kalitesi önemli bir alan olmuştur. Kişinin ruhsal özellikleri veya ruhsal bozukluğu nedeni ile yaşamı nasıl gördüğü, duygularının, değerlerinin ve çevresine bakış açısının yaşam kalitesini nasıl etkilediği merak edilmiştir. Farklı psikiyatrik tanı gruplarında yaşam kalitesini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Üzerinde durulan hastalıklardan biri de depresyondur. Depresyonda hasta kendini kötü hisseder, öznel iyi olma duygusunda kayıp meydana gelir. Özellikle iş ve sosyal rollerde meydana gelen aksama ile kişinin yaşam kalitesi bozulur. Çalışmalarda, depresyonda yaşam kalitesindeki bozulmanın bir çok ruhsal bozukluğa ve fiziksel hastalığa göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Sartorius 1987, Conn v ark. 1991, Williams ve ark. 1995, Atkinson ve ark. 1997). Bazı çalışmalarda depresyonun şiddeti ile yaşam kalitesindeki bozulmanın paralellik gösterdiği, özellikle hastaların sosyal ve iş yaşamında oluşan aksaklıkların hastalık iyileştikçe düzeldiği ileri sürülmüştür (Ormel ve ark. 1993, Lonnqvist ve ark. 1994). Bazı yayınlarda ise yaşam kalitesi ile hastalık arasındaki ilişkide, hastalığın şiddetinden çok hastalığın algılanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (WHO 1980, Elbi 1998) (104).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

“ Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15- 49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve WHOQOL-BREF Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Balatçık Bölgesi

Balatçık, Çiğli merkezine 3 km uzaklıkta, İzmir-Çanakkale karayolu üzerindedir. Karşıyaka ilçe merkezine 10 km, İzmir il merkezine 20 km uzaklıktadır. 1993 yılına kadar Karşıyaka ilçesine bağlı bir mahalle iken 1993 yılında Çiğli ilçesine bağlanmıştır (68).

Coğrafi Yapı

Deniz seviyesinden 3-30 m. arasında rakım farklılıkları bulunan fazla engebeli olmayan arazi yapısına sahip bir bölgedir (68).

Yerleşim

Bölgede Balatçık mahallesinin yerlilerinden olup 1990 yılından sonra Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden göç almıştır. Bu yoğunluk özellikle Uğur Mumcu mahallesinde belirgin olarak görülmektedir (68).

Ulaşım ve Haberleşme

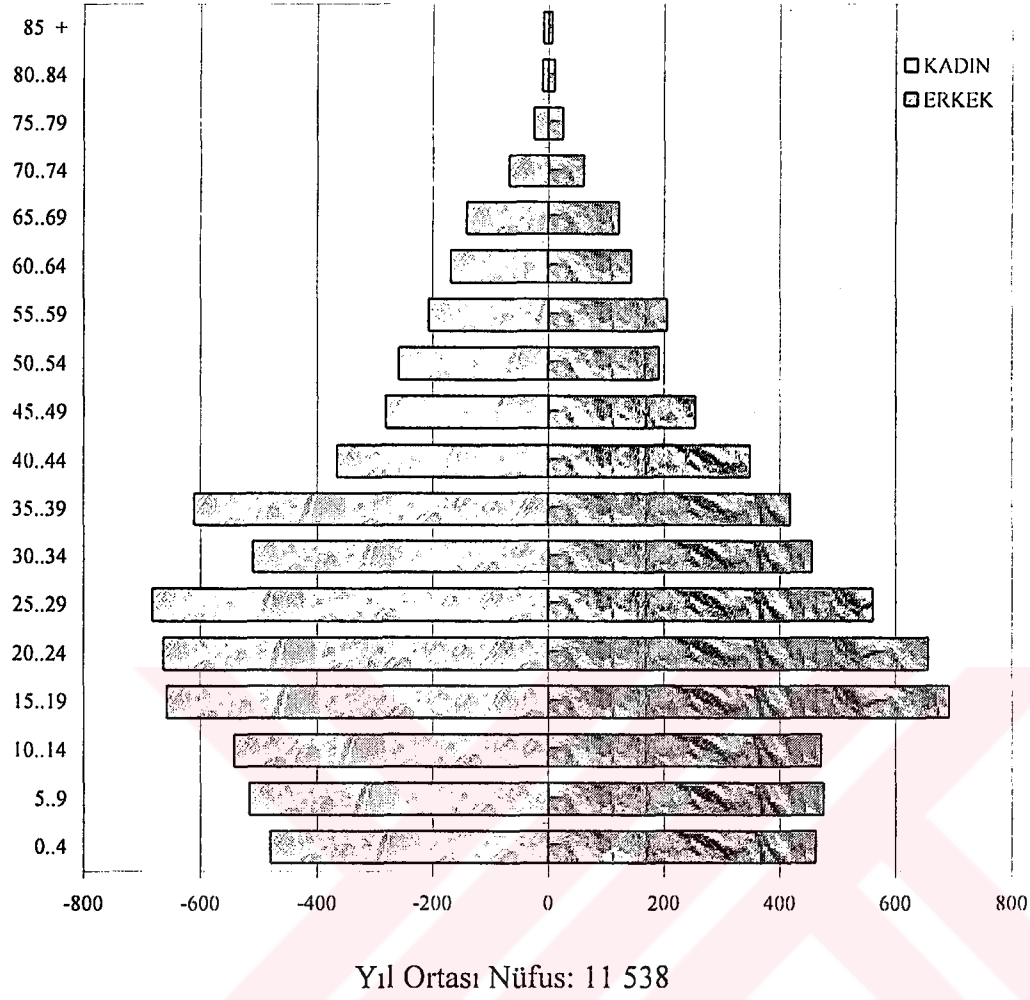
Bölgenin ulaşım sorunu yoktur. İzmir-Menemen dolmuş hatları, İzmir ve Karşıyaka'dan kalkan belediye otobüsleriyle ulaşım sağlanabilmektedir. Ayrıca şehirler arası ulaşım güzergahındadır. Bölgede haberleşme problemi yoktur (68).

Ekonomi

Bölgede yaşayan nüfusun yarısı işçi statüsünde olup çoğunluğu Atatürk Organize Sanayi Bölgesinde çalışmaktadır. Yeni yapılanmakta olan bir bölge olup küçük sanayiinin yerleşmeye çalıştığı da gözlenmektedir (68).

Sağlık Hizmetleri

Balatçık bölgesinde, Balatçık Sağlık Ocağı (1990) ve Evka-5 Sağlık Ocağı (2000) sağlık hizmeti vermektedir. Balatçık Sağlık Ocağı, Çiğli Sağlık Grup Başkanlığına bağlıdır. Sağlık ocağında üç hekim, iki hemşire, dört ebe görev yapmaktadır. Hekim başına düşen nüfus sayısı 3 846, hemşire-ebe başına düşen nüfus 1 923'dür (68).



Şekil 3. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesi Nüfus Piramidi (2000)

Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde bağımlı nüfus % 29 ve bağımlı olmayan nüfus % 71'dir. Nüfusun % 51'i erkek, % 49'u kadındır.

Bölgede yaşayan 15 yaş ve üzeri nüfusun; % 32.9'u bekar; % 62.9'u evli; % 3.7'si dul; % 0.5'i boşanmıştır.

Eğitim durumuna bakıldığında altı yaş üzeri nüfusun % 10.3'ü okur-yazar değil, % 4.9'u okur-yazar, % 58.1'i ilkokul, % 12.3'ü ortaokul, % 12'si lise, % 2.5'u yüksekokul mezunudur.

Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayanların % 3'ü Bağ-Kur, % 8'i Emekli Sandığı, % 54'ü Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı, % 1.9'u yeşil kart sahibidir.

3.3. Örneklem Seçimi:

Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlar, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 2000 yılı Haziran ayı Ev Halkı Tespit Fişi sonuçlarına göre, 15-49 yaş kadınların sayısı 3 423'dür. Bu nüfusun 2 695 kişisi Balatçık, 179'u Küçük Çiğli ve 549'u Uğur Mumcu Mahallesi'nde oturmaktadır.

Her biri için "evrendeki sayı belli olan gruplarda örneklem sayısı" formülünden, önceden yapılmış toplum tabanlı çalışmalarda bulunan depresif belirtilerin prevalansı %20 kabul edilerek, % 95 güven aralığında, yanılma payı 0,05 kabul edilerek evrenden seçilecek örneklem sayısı 230 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem seçiminde tabakalı rasgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlar üç mahalleye göre tabakalanmıştır. Mahalleye göre tabakalama yapıldıktan sonra sınıf aralığı beş seçilerek yaş gruplarına göre tabakalama yapılmıştır. Her sınıftan görüşülecek kişi sayısı hesaplanmıştır.

Balatçık Mahallesi'nde 181 kişi, Küçük Çiğli Mahallesi'nde 12 kişi, Uğur Mumcu Mahallesi'nde 37 kişi saptanmıştır. Üç ziyarette evde bulunamayanlar, görüşmeyi kabul etmeyenler ya da yarım bırakanlar için her sınıftan dört kişi alınacak şekilde yedek örneklem seçilmiştir.

Aşağıdaki tabloda mahallelere ve yaş gruplarına göre örneklemin dağılımı görülmektedir.

Tablo 7. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde Mahalle ve Yaş Gruplarına Göre Seçilen Örneklemin Dağılımı.

Yaş Grupları	Mahalle Adı			Toplam
	Balatçık	Küçük Çiğli	Uğur Mumcu	
15-19	29	2	7	38
20-24	35	2	8	45
25-29	30	2	7	39
30-34	27	2	5	34
35-39	25	1	4	30
40-44	20	2	3	25
45-49	15	1	3	19
Toplam	181	12	37	230

3.4. Veri Toplama:

Veri toplanması amacıyla bir anket formu, DSM-IV kriterlerine göre geliştirilen iki depresyon ölçeği ve bir yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır (Ek 1, 2, 3, 4) ;

1. Anket formu
2. Beck Depresyon Envanteri
3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form

3.4.1. Anket Formu:

N.Erdoğan tarafından geliştirilip uygulanan sosyal, ekonomik ve kültürel yapıyı değerlendirmeye yönelik “kırsal kesim araştırması görüşme formu” araştırmacı tarafından modifiye edilerek kullanılmıştır. Demografik bilgiler, sosyokültürel ve ekonomik durum, kadınların üreme fonksiyonlarına ilişkin bilgiler, kronik hastalıklar ve depresyon risk faktörleri ile ilgili soruların yer aldığı 90 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır.

3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)

Beck Depresyon Envanteri (BDE), toplum tabanlı çalışmalarda ve klinik araştırmalarda en çok kullanılan 10 araçtan biridir (81). İki formu vardır; ilki, 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiş ve hastanın o anki ruh durumunun hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddelik orijinal formdur. İkincisi 1978 yılında geliştirilmiş, kendini anlatma türünden olan ve grup uygulaması yapılabilecek olan 21 maddelik formdur. Ölçeğin 1978 yılında Beck tarafından yapılan iç tutarlılık çalışması her iki formun güvenilirlik açısından eşdeğer olduğunu göstermiştir. Ayrıca, pratisyen hekimler için geliştirilmiş 13 maddelik bir kısa formu da vardır (80). 1988 yılında Hisli tarafından yapılan çalışmalar, kısa formun uzun formun yerini alamayacağını göstermiştir. BDE, bilgisayar ortamında da kullanılmaktadır (40).

Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan envanterin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Depresyon tanısı koymak için kullanılmaz. Nedeni, DSM-IV’ e göre depresyon tanısı koyabilmek için, depresyona özgü semptomların iki haftadır sürüyor olması gerekirken, BDE son bir haftalık durumu ölçmektedir. BDE’de kilo alımı, aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da gerileme gibi belirtiler sorulmamakta, DSM-IV için önemli olan, hastanın hastalık öncesi durumu, işleyişi ile ilgili bilgiler alınmamaktadır. Kişilerin depresif belirtilerinin yükselmesi, depresyon tanısı almaları için tek kriter olmadığı gibi, söz konusu depresif belirtiler geçici olabilir, klinik depresyon yerine genel psikolojik stresi yansıtıyor olabilir. Önemli bir özelliği ise depresyon ile diğer psikopatolojik durumları ayırt edebilmesidir. Yapılan çalışmalar, BDE’nin depresif hastalar ile normal kişileri ayırdığını göstermiştir. Ancak depresyonun alt gruplarını ayırt edışı hakkında yeterli kanıt yoktur (80).

BDE, psikoterapi sırasında klinik gözlemler doğrultusunda belirlenen 21 depresif belirti kategorisini kapsamaktadır. Bunlar; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini

suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı (40).

Envanterdeki toplam 21 depresif kategorinin her birinde dört tane seçenek vardır. Her kategoride dört seçeneğin her biri 0,1,2,3 ağırlıklı dört puanın birine karşılık gelmektedir. Envanterden alınabilecek en yüksek puan 63 'dür. Kesme puanı, Beck & Beamesderfer (1974) tarafından toplum tabanlı çalışmalarda 13, klinik araştırmalarda 21 olarak belirlenmiştir (5).

Puanların derecelendirmesi;

0-13 puan	Depresyon yok
14-24 puan	Hafif-orta derecede depresyon
25- 63 puan	Ciddi derecede depresyon şeklindedir (5).

15 yaş üstü ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Uygulamada zaman sınırlaması yoktur, sorular yaklaşık 10-15 dakikada, son bir hafta (uygulama anı dahil) dikkate alınarak yanıtlanabilir (80).

3.4.2.1. BDE'nin Türkçe Versiyonu:

BDE' nin Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. Birincisi BDE' nin 1961'de geliştirilmiş olan formunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) adıyla Buket Tegin (Erkal) tarafından yapılmış uyarlamasıdır (Tegin, 1980). Diğer Beck Depresyon Envanteri (BDE) adı altında BDE' nin 1978 formunun Nesrin Şahin (Hisli) tarafından yapılmış uyarlamasıdır (Hisli, 1988, 1989) (80).

3.4.2.2. BDE'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:

BDE'nin 1978 tarihli versiyonu N. Hisli tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Envanterin Türkçe ve İngilizce formları her iki dili de iyi bilen 58 kız öğrenciye uygulanmıştır. 28 kişilik bir gruba testin önce Türkçe, bir hafta sonrada İngilizce formu verilmiş, diğer 30 kişilik gruba bu işlemin tersi yapılmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları 0,81 ve 0,73 olarak bulunmuş. Türkçe formun, İngilizce formu ile iyi bir uyuma içinde olduğuna karar verilmiştir. Türkçe versiyonun güvenilirliğinde iki yarım test güvenilirlik katsayı 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada 0,74 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989) (80).

Aydın (1988), BDE Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısını 0,87 bulmuştur. Hisli (1988) BDE üzerine yaptığı çalışmasında BDE ve MMPI-D skalası (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon alt testi) arasındaki korelasyonu 0,63 olarak saptamıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlilik: "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği" kriter olarak kullanıldığında, korelasyon katsayısı 0,75 bulunmuştur (13).

3.4.2.3. BDE'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:

Aydın (1988), BDE'nin geçerliliğini ölçütler açısından incelemiştir. Ölçeğin, depresif ve normal deneklere uygulanması sonucu elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark t-testi ile analiz edilmiş ve iki grubun ortalaması arasında 0,001 düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır (13).

3.4.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), 1950'lerin sonunda M.Hamilton tarafından depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş uzman derecelendirmesi esasına dayalı standart bir ölçektir (2). HDDÖ, depresyonun farmakolojik tedavisini değerlendirmede FDA (Food and Drug Administration), depresyon tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapinin etkinliğini karşılaştırmada NIMH (National Institute of Mental Health) tarafından kullanılmaktadır (29). Ayrıca diğer araçların güvenilirliğini saptamada kriter olarak alınmaktadır. 1990 yılında HDDÖ'nin bilgisayar ortamında kullanımı sağlanmıştır (IVR: Interactive Voice Response) (50).

M. Hamilton'ın geliştirdiği şekliyle ölçek, psikiyatrik görüşmede hastanın depresyon şiddetine ilişkin değerlendirme yapmak için kullanılır ve değeri de büyük ölçüde görüşmecinin gerekli bilgiyi elde etme becerisine dayalıdır (2). Başlangıçta HDDÖ, kullanan hekimin her madde için açık uçlu sorularla, yani hastaya istediği biçimde soru yöneltmesiyle aldığı cevaplara dayanan bir derecelendirmeyi öngörürken, sonradan standardı arttırmak amacıyla B. W. Williams tarafından her madde için sabit bazı soruları içerecek şekilde yapılandırılmış bir görüşme ölçeği haline getirilmiştir (10).

HDDÖ, DSM-IV'e göre depresif duygudurum, depresyonun vegetatif ve bilişsel semptomları ve depresyona eşlik eden anksiyeteyi araştırır (29).

Depresyona yönelik 17 kategoride; depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik), suçluluk duygusu, intihar, uykuya dalamamak, geceyarısı uyanmak, sabah erken uyanmak, iş ve aktiviteler, retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma), ajitasyon, psişik anksiyete, somatik anksiyete, somatik semptomlar (gastrointestinal), somatik semptomlar (genel), genital semptomlar (libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar), hipokondriasis, zayıflama, durumu hakkında görüşü yer almaktadır (40).

Son bir haftalık durumu değerlendiren ölçekte dokuz soruya 0-4 , sekiz soruya 0-2 arasında puan verilir (50). En yüksek 52 puan alınır. HDDÖ puanlarının değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir;

0-7 puan	Depresyon yok
8-12 puan	Hafif depresyon
13-17 puan	Orta derecede depresyon
18-29 puan	Major depresyon
30-52 puan	Major depresyondan daha ağır (10).

3.4.3.1. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:

Test-tekrar test korelasyonu 0,85'dir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Dört psikiyatristin bağımsız derecelendirmesine dayanan derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0,87 ile 0,98 değerleri arasındadır. Bu sonuçlar, ölçek maddelerinin tutarlı şekilde ölçü yaptığını göstermektedir (2).

3.4.3.2. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Derecelendiriciler Arası Güvenilirliği:

Video kaydı yapılan 40 hastanın görüşmesi dört uzman tarafından bağımsız olarak izlenmiş ve HDDÖ derecelendirmeleri yapılmıştır. Derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0,87 – 0,98 değerleri arasında değişmiştir ve tümü çok yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, HDDÖ ile yapılan derecelendirmelerin uzman yanlılıklarından büyük ölçüde bağımsız olduğunu göstermektedir. Ölçeğin derecelendiriciler arası güvenilirliğini inceleyen bir çalışmada, uzmanlar hastalarla ayrı ayrı görüşmeler yaparak ölçeği uygulamışlar ve hastalığın başlangıçlarında 0,46 olan derecelendiriciler arası korelasyonun sonlarda 0,82'ye yükseldiği bildirilmiştir. Bir başka çalışmada iki uzman arasındaki uyumun 0,89 olduğu görülmüştür (2).

3.4.3.3. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:

HDDÖ'nin bir kendini değerlendirme türü depresyon ölçeği olan BDÖ puanlarıyla 0,48 gibi anlamlı ancak orta derecede bir korelasyon gösterdiği, bu ölçeği kendi başına cevaplayabilen 38 hastanın verilerine dayalı olarak bulunmuştur. Bu sonuç, hem yukarıda ifade edilen genel ölçek türü farklılığına dayalı olabilir, hem de her iki ölçeğin temelde depresyonu ölçmesine karşın, maddelerin ağırlıklı olarak ölçtükleri alt alanlara bakıldığında BDÖ'nin daha çok bilişsel alanları, HDDÖ'nin ise daha fizyolojik ve ruhsal belirtileri ölçen maddelerden oluşmasına dayalı olabilir. Bir diğer kendini değerlendirme ölçeği olan Zung Depresyon Ölçeği ile HDDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelendiği iki ayrı çalışmada da 0,40 ile 0,56 gibi orta derecede korelasyonlar bulunduğu bildirilmiştir (2).

HDDÖ'nin bir klinisyen derecelendirmesinden oluşan Klinik Global İzlenim (KGI) puanlarıyla da orta derecede ve anlamlı bir korelasyon ($r = 0,56$, $p < 0,05$) gösterdiği görülmüştür. Bu değer, ölçeğin benzer ölçekler geçerliliğine esas oluşturmuştur. Benzeri bazı çalışmalarda da HDDÖ, KGÖ ve BDÖ puanları arasında benzeri korelasyonlar bulunduğu bildirilmiştir (2).

Tanı koymada kullanılan SCID (DSMIII-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme)' in depresyon belirtilerine göre yapılan 1-7 arası derecelendirme puanı ile HDDÖ toplam puan korelasyonu 0,37 olarak bulunmuştur (2).

3.4.3.4. HDDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Yapı Geçerliliği:

HDDÖ'nin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla 94 denekten elde edilen verilere Temel Bileşenler (Principal Components) faktör analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda Kaiser Normalleştirme Ölçütüne göre özdeğeri 1'i aşan 6 faktör elde edilmiştir. Bunlardan beşi oldukça anlamlı kompozisyonlar gösterdikleri için "ajite", "anksiyeteli", "fiziksel belirtilere giden", "somatize" ve "retarde" depresyon olarak adlandırılabilmiş, ancak son faktör anlamlı bir kompozisyona sahip görünmediği için adlandırılmamıştır. İlk beş faktörün depresyonun temel klinik görünümünü büyük ölçüde kapsadığı dikkate alınarak HDDÖ'nin kavramsal olarak ölçmek istediği boyutu ölçtüğü, yani yapı geçerliliğine sahip olduğu düşünülmüştür (2).

Hastaların depresyonları olması nedeniyle tedavisiz kalacakları süreyi olabildiğince kısa tutmak amacıyla, HDDÖ'nin tekrar ölçümleri beş gün arayla yapılmıştır. İki uygulamada elde edilen puanlar arasında 0,85 gibi yüksek bir korelasyon ortaya çıkması, ölçeğin bir bütün olarak zaman içerisinde tutarlı ölçüm yapabildiğini göstermektedir (2).

3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form (WHOQOL – BREF)

WHOQOL ölçeğinin iki formu vardır; WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Her ikisi de kültürlerarası karşılaştırmalara olanak verecek biçimde geliştirilmiştir. İki ölçek birbiriyle yüksek korelasyon göstermektedir (26).

WHOQOL- 100, 100 soru, 24 bölüm ve altı alan içermektedir. Her alan bir genel kavramı, her bölüm bu çerçevede içindeki davranışı, bir durumu, bir kapasiteyi veya öznel bir deneyimi tanımlar. Ölçüt, kapsam, test-tekrar test güvenilirliği ve 24 bölümün iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (26).

WHOQOL-BREF, pratik kullanım amacıyla WHOQOL-100 'ün alan çalışması verileri dikkate alınarak geliştirilmiştir. WHOQOL-BREF'in Türkçe versiyonu ikisi genel sorular olmak üzere dört alan (26 soru) ve bir ulusal alandan (1 soru) oluşmaktadır. Türkiye'de odak grup görüşmeleri sonucu ortaya çıkan üç ulusal soru WHOQOL-100 ölçeğinde "Sosyal Baskı" alanı olarak kabul edilmiştir. WHOQOL-BREF 'de ise bu alandan alınan bir soru, en yüksek korelasyonu çevre alanı ile gösterdiği için 27. soru olarak çevre TR adı ile isimlendirilmiştir (26).

Ölçekte yer alan 26 sorudan ikisi yaşam kalitesini genel olarak değerlendirmektedir. Bu sorulardan biri bütün olarak sağlık puanı, diğeri bir bütün olarak yaşam kalitesi puanını vermektedir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır (26).

Ölçekler likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. WHOQOL –BREF ölçeğindeki sorular, aşağıdaki dört yanıt skalasından oluşturulmuştur (26);

Şiddet yanıt skalası, kişinin belli bir durumu, örneğin ağrı belirtisini ne derece veya yaygınlıkta yaşadığını araştırır. Sorular ayrıca bir davranışın ne derece güçlü ya da sağlam olduğunu da ifade edebilir. Burada şiddetli biçimde yaşanan deneyimlerin kişinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

Kapasite yanıt ölçeği belli bir durum, duygu ya da davranışı gösterebilme yetisini ölçer. Kapasitenin üst düzeyde olduğu koşulların kişinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

Sıklık yanıt ölçeği, bir durum veya davranışın sayısı, sıklık, yaygınlık veya hızını derecelendirir. Bir davranış ya da durumun sık yinelenmesinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

Değerlendirme yanıtları belli bir durum, kapasite ya da davranışa değer biçilmesini hedefler. Buradaki varsayım; daha pozitif değer biçme, yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu anlamına gelebilir.

WHOQOL-BREF'in Başlıkları:

Alan I. Bedensel Alan

Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara veya tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü bölümlerinden oluşur (26).

Alan II. Psikolojik Alan

Beden imgesi ve dış görünüş; olumsuz duygular; benlik saygısı; olumlu duygular; maneviyat, din, kişisel inançlar; düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama bölümlerinden oluşur (26).

Alan III. Sosyal İlişkiler Alanı

Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam bölümlerinden oluşur (26).

Alan IV. Çevre Alanı

Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme, fiziksel çevre, ulaşım bölümlerinden oluşur (26).

3.4.4.1. WHOQOL-BREF'in Türkçe Versiyonunun Geçerliliği:

WHOQOL-100, 1995 yılında WHOQOL Türkiye Grubu tarafından başlatılan çalışmalarla, Dünya Sağlık Örgütü'nün öngördüğü yöntemle Türkçeye çevrilmiştir. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 ile yapılan pilot çalışma sonrası elde edilen verilerle geliştirilmiştir (26).

Yapı Geçerliliği:

WHOQOL-BREF'in Türkçe versiyonunda, global modele olabildiğince yakın bir faktör dağılımı elde edilmiştir. Hong-Kong merkezinin yayınladığı WHOQOL-BREF raporunda dört faktörlü, global modele tam uymayan ama yakın bir faktör yapısı elde edilmiştir. Global faktörlerin parçalanması Türkçe ve Çince versiyonlar için sırasıyla şöyledir; ruhsal alan Türkçe'de üçe, Çince'de ikiye; Çevre alanı Türkçe'de üçe, Çince'de ikiye bölünmüştür. Sosyal ilişkiler alanı Türkçe'de ikiye bölünürken, Çince'de bölünmemiş; bedensel alan Türkçe versiyonda parçalanmamışken Çince'de ikiye bölünmüştür (26).

Eşzaman Geçerliliği:

WHOQOL-BREF (TR)'nin alan ve genel sağlık ve yaşam kalitesi soru puan ortalamaları, ölçeği yanıtlayan kişilerin öznel sağlık durumlarını tanımladıkları puanları ile karşılaştırılmıştır. Hastaların değerlendirdiği öznel sağlıklılık puanları ile WHOQOL-BREF (TR)'in alan puanlarının pearson korelasyon katsayıları; bedensel alan için 0.62, ruhsal alan için 0.40, sosyal alan için 0.30, çevre alanı için 0.25 olarak bulunmuştur. Bir bütün olarak sağlıklılık ve yaşam kalitesi puanlarıyla, yaşam kalitesi ve genel sağlık soruları arasındaki korelasyon katsayıları ise sırasıyla 0.34 ve 0.64 olarak bulunmuştur (26).

Ayrıdedici Geçerlilik:

WHOQOL-BREF'in üç alanı (Bedensel, ruhsal ve sosyal ilişkiler alanları) hasta ve sağlıklılıarı ayırma açısından istatistiksel yönden yeterli bulunurken çevre alanının ayrıdedici olmadığı görülmüştür. Hong Kong çalışmasında da çevre alanının hasta ve sağlıklılıarı ayırma olmadığı belirtilmiştir. Bunun doğu toplumlarına özel bir sosyokültürel durum olabileceği belirtilmiştir. Veya çevre faktörünün hasta ve sağlıklı bireylerin ayrılmasında değil, evsizler, çevrede radyasyon gibi özgül risk ortamlarında yaşayanların yaşam kalitesinde belirleyici olabilir (26).

3.4.4.2. WHOQOL-BREF'in Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği:

İç tutarlılık; WHOQOL-BREF (TR)'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Gerek hasta gerekse sağlıklı bireylerde en yüksek iç tutarlılık bedensel alanda (0.83 ve 0.79), en düşük iç tutarlılık ise sosyal alanda (ikisinde de 0.58) bulunmuştur. Global çalışmada alfa değerleri 0.67-0.82 arasında, Hong Kong çalışmasında ise 0.67-0.79 arasında bulunmuştur (26).

Test-Tekrar Test Güvenilirliği:

45 sağlıklı üniversite öğrencisine ortalama üç hafta arayla yinelenen WHOQOL-BREF (TR) ölçümlerinin karşılaştırılması sonucu bulunan korelasyon katsayıları 0.57 ile 0.81 arasında değişmektedir. Global verilerle karşılaştırıldığında ölçeğin iyi düzeyde test tekrar test güvenilirliği olduğu söylenmiştir (26).

3.4.4.3. WHOQOL-BREF'in Yeterliliği:

WHOQOL-100'ün alan puanlarının, ilgili WHOQOL-BREF alan puanlarıyla korelasyon katsayıları 0.82 (Bedensel alan) ile 0.92 (Çevre alan) arasında değişmektedir (26).

WHOQOL-BREF soru puanları ile WHOQOL-100'ün ilgili bölüm puan ortalamalarının korelasyon katsayıları ise 0.52 (Fiziksel çevre) ile 0.90 (İş görebilme) arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, WHOQOL-BREF'in WHOQOL-100 yerine kullanılabileceğini göstermektedir (26).

Bireylerin öznel görüşünü yansıtan bu ölçek toplam puana sahip değildir. Yani bütün alanların puanı toplanıp tek bir yaşam kalitesi puanı ortaya konamaz. Her bir alanın puanı kendi başına önem taşımaktadır. 1997'de Leipzig'de toplanan I. Avrupa WHOQOL Sempozyumunda alınan karar gereğince, kullanıcıların kendi verilerini, çalışmalarını tanıtan özet bir raporla birlikte WHOQOL-Türkiye Grubuna iletmeleri kararlaştırılmıştır. Bölüm puanlarının hesaplanması WHOQOL-Türkiye Grubu tarafından yapılmıştır (26).

3.5. Verilerin Toplanması:

9 Ağustos – 14 Ağustos 2000 tarihleri arasında aynı bölgede oturan ve örnekleme girmemiş olan 15-49 yaş arasındaki 20 kadın ile görüşülerek ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada sırasıyla anket formu, Beck Depresyon Envanteri ve WHOQOL- BREF ölçeği kullanılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama araçlarının uygulama sırası, uygulama süresi ve açıklama gerektiren sorular belirlenmiş, anket formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Araştırma hakkında bilgi verdikten ve araştırmaya katılmaya ilişkin sözlü onayları alındıktan sonra yüz yüze yapılan görüşmeler ile araştırma verileri toplanmıştır. Her görüşme için 60-75 dakika ayrılmıştır. 16 Ağustos - 17 Ekim 2000 tarihleri arasında örnekleme seçilen kadınlar ile ilk görüşme tamamlanmıştır.

Örnekleme kapsamında yer alan 232 kişi ile görüşüldükten sonra, Beck Depresyon Envanteri puanı 13 ve 13 'ün üzerinde olan kişiler, psikiyatrik görüşme için sağlık ocağına çağırılmıştır. Davet edilen 119 kişiden 88'i, 22 Kasım - 6 Aralık 2000 tarihleri arasında Balatçık Sağlık Ocağı'nda iki uzman psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile kesin depresyon tanısı konulan kişilere gerekli tıbbi tedavi başlanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

3.6.1. Tek Değişkenli Analizler

3.6.1.1. Bağımsız Değişkenler

- | | |
|--|---|
| 1. Mahalle adı | 24. Çalışma saatleri |
| 2. Yaş | 25. Ders problemi |
| 3. Doğum yeri | 26. Öğretmen / arkadaş problemi |
| 4. Göç edilen bölge | 27. Arkadaşları ile okul dışında görüşme |
| 5. Son beş yıldır yaşanan bölge | 28. Eş mesleği |
| 6. Balatçık bölgesinde yaşanan süre | 29. Eşin iş durumu |
| 7. Medeni durum | 30. Evin düzenli geliri |
| 8. Aile yapısı | 31. Evin aylık net geliri |
| 9. Gebe kalma durumu | 32. Sosyal güvence varlığı |
| 10. Çocuk sahibi olma durumu | 33. Sosyal güvence tipi |
| 11. Sahip olunan çocuk sayısı | 34. Kira durumu |
| 12. Ölü doğum / Kürtaj / Düşük durumu | 35. Yaşanan konutun durumu |
| 13. Menstruasyon durumu | 36. Sahip olunan eşyanın durumu |
| 14. Son adet tarihi | 37. Araba sahibi olma durumu |
| 15. Adet düzensizliği | 38. Boş zamanlarda faaliyet gösterme durumu |
| 16. Aile planlaması yöntem kullanımı | 39. Sosyal çevreye katılımı |
| 17. Kullanılan aile planlaması yöntem biçimi | 40. Sosyal konulara ilgisi |
| 18. Evlilik yılı | 41. Geleceğe yönelik istekleri |
| 19. Evlenme biçimi | 42. Ev içinde sorumluluk alma durumu |
| 20. Evlilik sayısı | 43. Annelik sorumluluğu |
| 21. Eğitim durumu | 44. Eşin ev içinde sorumluluk alma durumu |
| 22. Meslek | 45. Karar verme sürecine katılım |
| 23. İş durumu | 46. Sigara kullanımı |

- | | |
|--|---|
| 47. Alkol kullanımı | 73. Yakın arkadaş ölümü / ayrılığı yaşama |
| 48. Ailede dayak durumu | 74. Emeklilik / çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olayları |
| 49. Boşanma/Ayrılık yaşama | 75. Devamlı kullanılan ilaç |
| 50. Boşanma sonrası yaşanan problemler | 76. Önceden geçirilmiş önemli hastalık |
| 51. Komşu ile görüşme yasağı | 77. Önceden depresyon hikayesi |
| 52. Akraba ile görüşme yasağı | 78. Önceden depresyon tedavisi almış olma |
| 53. Baskın ebeveyne sahip olma durumu | 79. Kişilik özelliği |
| 54. 15 yaşından önce ebeveyn ölümü | |
| 55. Üvey ebeveyn varlığı | |

56. Soy geçmişte kronik hastalık varlığı
57. Ailede bakım gerektiren kronik hastalık varlığı
58. Ailedeki kronik hastaya bakım zorunluluğu
59. Ebeveynde depresyon
60. Göçten etkilenme
61. Yalnızlıkla baş etme yolları
62. Son bir yılda yaşanan evlilik sorunları
63. Son bir yılda yaşanan sağlık sorunları
64. Son bir yılda yaşanan aile sorunları
65. Son bir yılda yaşanan yer değiştirme sorunları
66. Son bir yılda yaşanan iş sorunları
67. Son bir yılda yaşanan çocuk sorunları
68. Son bir yılda yaşanan ekonomik sorunlar
69. Son bir yılda yaşanan eğitim sorunları
70. Son bir yılda yaşanan kayıp sorunları
71. Sıkıntı paylaşacak kişi varlığı
72. Eş / çocuk kaybı

3.6.1.2. Bağımlı Değişkenler:

1. Beck Depresyon Envanteri puanı.
2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanı.
3. WHOQOL–BREF ölçeği alan puanı.

3.6.2. Çok Değişkenli Analizler

3.6.2.1. BDE'nden Alınan Puanlara Göre Lojistik Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Depresif belirti gösterme ile istatistiksel anlamlı ilişkisi olan değişkenler, lojistik regresyon modelinde incelenmiştir. Lojistik modelde ($p < 0.05$) olanlar yorumlamaya alınmıştır.

<u>Göç Edilen Bölge</u>	
Ege Bölgesi	Referans
Diğer Bölgeler	
<u>Sosyal Çevreye Katılım</u>	
İyi	
Kötü	Referans
<u>Kira Durumu</u>	
Ev kirası ödüyor	Referans
Ev kirası ödemiyor	
<u>Sahip Olunan Ev Eşyasının Durumu</u>	
İyi	
Kötü	Referans
<u>Ölü Doğum/ Kürtaj / Düşük</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Baskın Ebeveyn</u>	
Var	Referans
Yok	
<u>Evlilik Sorunu</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Sağlık Sorunu</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Aile Sorunu</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Aile İçinde Dayak</u>	
Var	Referans
Yok	
<u>Boşanma Problemi Yaşama</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Boşanma Sonrası Sorun Yaşama</u>	
Evet	Referans
Hayır	
<u>Önceden Hastalık Geçirme</u>	
Var	Referans
Yok	
<u>Sıkıntı Paylaşacak Kişinin Varlığı</u>	
Var	
Yok	Referans

3.6.2.2. HDDÖ'den Alınan Puanlara Göre Lojistik Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Balatçık'da Yaşama Süresi

10 yıl ve ↓

10 yıl ↑

Referans

Araba Varlığı

Var

Yok

Referans

Soygeçmişte Kronik Hastalık

Var

Yok

Referans

Evlilik Sorunu

Evet

Hayır

Referans

Önceden Depresyon Geçirme

Var

Yok

Referans

3.6.3. Ankete Verilen Bazı Yanıtların Puanlara Dönüştürülmesi

Aylık Net Gelir Durumu:

Aylık net gelir miktarlarının ortalaması alınarak (192 milyon), 192 milyondan fazla net geliri olanların durumu iyi, 192 milyondan az olanların durumu kötü olarak değerlendirildi. Bilgi alınmadığı için 22 kişinin aylık net gelir durumu değerlendirilmemiştir (Soru 33).

Yaşanan Konut Durumu:

Yaşanan konut durumunda tuvalet-banyo-mutfakın evin içinde olması, alt yapı olanaklarının varlığı ve oda sayısı değerlendirilmiştir (Soru 37, 38, 39).

	Tuvalet-Banyo Mutfak	Alt Yapı Olanakları	Oda Sayısı	Yaşanan Konut Durumu	Puan
0	Yok	Yok	≤ 3	Hiç Uygun Değil	0
				Uygun Değil	1
1	Var	Var	> 4	Uygun	2-3

Sahip Olunan Eşya Durumu:

Her eşya için 1 puan üzerinden toplam puan hesaplanarak ortalama alınmıştır (8.70). Toplam puanı 9 ve üstünde olanların durumu iyi, 8 ve altındaki puanlar kötü olarak kabul edilmiştir (Soru 40).

	Sahip Olunan Eşya Durumu	Puan
0	Kötü	< 9
1	İyi	≥ 9

Boş Zaman Değerlendirme Durumu:

Boş zaman değerlendirme durumu için birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği dokuz seçenek sunulmuştur. Her faaliyet için bir puan üzerinden toplam puan hesaplanarak ortalama 2.23 bulunmuştur. Üç ve daha fazla faaliyette bulunma iyi, iki ve daha az faaliyette bulunma kötü olarak değerlendirilmiştir (Soru 41).

	Boş Zaman Değerlendirme Durumu	Puan
0	Kötü	< 3
1	İyi	≥ 3

Sosyal Çevreye Katılım:

Sosyal çevreye katılım durumunu değerlendirmek için son bir aydır bulunduğu sosyal faaliyetler için 15 seçenek sunulmuştur. Her bir seçenek için bir puan üzerinden toplam puan hesaplanarak ortalama 2.69 bulunmuştur. Son bir ayda dört ve daha fazla faaliyette bulunanlar iyi, üç ve daha az faaliyette bulunanlar kötü olarak değerlendirilmiştir (Soru 46).

	Sosyal Çevreye Katılım Durumu	Puan
0	Kötü	≤ 3
1	İyi	≥ 4

Sosyal Konulara İlgili Düzeyi:

Dünyanın sekiz, Türkiye'nin 12 sorunundan kendilerine göre en önemli olan üçünü işaretlemeleri istenmiştir. Hem dünya hem de Türkiye sorunlarını işaretleyenlerin sosyal konulara ilgisi iyi, sadece birine ait olanları işaretleyenler orta, ikisini de işaretlemeyenler kötü olarak değerlendirilmiştir (Soru 47, 48).

	Sosyal Konulara İlgili Düzeyi	Sosyal Konulara İlgili Durumu
0	Kötü	Dünya ve Türkiye'nin sorunlarına ilgisiz olma
1	Orta	Ya dünya ya da Türkiye sorunlarından birine karşı ilgili olma
2	İyi	Hem dünya hem de Türkiye sorunlarına karşı ilgili olma

Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumu:

Ev içindeki sorumlulukların değerlendirilmesinde yedi seçenek sunulmuştur. Sorumluluklar tek ve birden fazla alanda olmak üzere iki grup halinde değerlendirilmiştir (Soru 50).

Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme:

Anne olarak çocukların maddi-manevi ihtiyaçlarını karşılama durumunu nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur (Soru 51, 52).

	Maddi İhtiyaçları Karşılama	Manevi İhtiyaçları Karşılama	Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme Puanı	Puan
0	Hayır	Hayır	Hayır	0-1
1	Kısmen	Kısmen	Kısmen	2
2	Evet	Evet	Evet	3-4

Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumu:

Eşin ev içindeki sorumluluğunu değerlendirmek için birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği dört seçenek sunulmuştur. Kadının eşini sorumlulukları açısından nasıl değerlendirdiğinin sonuçları, tek ve birden fazla alanda sorumluluk alma şeklinde gruplandırılmıştır (Soru 53).

Karar Verme Sürecine Katılım:

Aile içi, eve ait kararlar ve evin reisi olma durumlarından herhangi birinde kadının yer alması karar verme sürecine katılım olarak değerlendirilmiştir. (Soru 54, 55, 56)

Boşanma Sonrası Dönemde Problem Yaşama Durumu:

Ekonomik ve sosyal problem yaşama durumları, boşanma sonrası problem yaşama başlığında değerlendirilmiştir (Soru 62, 63).

	Ekonomik Problem Yaşama	Sosyal Problem Yaşama	Boşanma Sonrası Problem Yaşama	Puan
0	Hayır	Hayır	Hiç Sorun Yaşamamış Orta Düzeyde Sorun Yaşamış	0 1
1	Evet	Evet	Çok Sorun Yaşamış	2

Göçten Etkilenme Durumu:

Göç ile ilgili yaşanan sorunlar, dört sorudan alınan cevaplar toplanarak değerlendirilmiştir (Soru 75, 76, 77, 78).

	Tanıdık Aile/Akraba Varlığı	Başkalarının Yanında Kalma Durumu	Ekonomik Sorun Yaşama	Sosyal Sorun Yaşama	Göçten Etkilenme Durumu	Puan
0	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hiç Etkilenmemiş Orta Düzeyde Etkilenmiş	0-1 2
1	Hayır	Hayır	Evet	Evet	İleri Düzeyde Etkilenmiş	3-4

Çocuk veya Eş Kaybı Yaşama Durumu:

Çocuk veya eş kayıplarından herhangi birinin olması, öz geçmişte kayıp yaşanmış olarak değerlendirilmiştir (Soru 82, 83).

3.6.4. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Bağımsız değişkenlerin dağılımına yönelik tanımlayıcı tablolar yapılmıştır.

Bağımsız değişkenlerin, Beck Depresyon Envanteri sınıflamasından sonra puanına göre depresif belirti ile ilişkisi non-parametrik testlerden kıkare testi ile değerlendirilmiştir.

BDE puanına göre depresif belirti gösteren kişilerle iki uzman psikiyatrist tarafından HDDÖ kullanılarak psikiyatrik görüşme yapılmıştır. HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, bağımsız değişkenler açısından gruplar arasındaki farkı saptamak için, 30 kişiden az gruplarda non -parametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Tek Yönlü Kruskal Wallis varyans analizi; 30 kişiden fazla gruplarda parametrik testlerden Student- t testi uygulanmıştır.

Psikiyatrik görüşmeye çağrıldığı halde gelmeyen kadınlarla, gelen kadınların özelliklerinin farkını saptamak için non parametrik testlerden kıkare uygulanmıştır.

WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanları ile bağımsız değişkenlerde gruplar arasındaki fark saptanmıştır. Değerlendirme için 30 kişiden az gruplarda non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Tek Yönlü Kruskal Wallis varyans analizi; 30 kişiden fazla gruplarda parametrik testlerden Student- t testi kullanılmıştır.

WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanları ile depresyon tanısı alan ve almayan gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçekler (BDE, HDDÖ, WHOQOL-BREF) arasındaki ilişkiye bakmak için korelasyon analizi yapılmıştır. “ r ” ile gösterilen ölçekler arası pearson korelasyon katsayısına bakılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı - 1 veya 1'e ne kadar yakın ise, değişkenler arasındaki ilişki de o kadar güçlü olur. Özellikle insan ilişkilerinin incelendiği araştırmalarda 0.50'lik korelasyon katsayısı yeterli olmaktadır (37).

<u>“r” değeri</u>	<u>Korelasyon</u>
0,00- 0,25	Çok zayıf
0,26- 0,49	Zayıf
0,50- 0,69	Orta
0,70- 0,89	Yüksek
0,90- 1,00	Çok yüksek

BDE ve bağımsız değişkenlerden anlamlı ilişki saptananlara ileri analiz için lojistik regresyon uygulanmıştır.Odds Ratio değerleri % 95 güven aralığında hesaplanmıştır.

HDDÖ ve bağımsız değişkenlerden anlamlı ilişki saptananlara non-parametrik istatistiksel analizlerden lojistik regresyon uygulanmıştır.

Araştırma verilerinin analizleri SPSS 8.0 istatistik programında yapılmıştır.

3.6.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları:

- BDE'nin kişinin kendisi tarafından doldurulması önerilmektedir. Fakat görüşülen kadınların % 13,8'inin okuma yazması olmadığı için standardizasyonu sağlamak için sorular araştırmacı tarafından okunmuştur.
- Zaman ve ulaşım sorunu nedeniyle örnekleme seçilen kadınların tümü ile psikiyatrik görüşme yapılamamıştır.
- BDE sonrası depresif belirti gösterdiği halde 31 kadın önce telefonla, daha sonra ev ziyareti ile davet yapıldığı halde sağlık ocağında uzman hekim ile görüşmeye gelmemişlerdir. Bu kişiler araştırmanın en önemli amacı olan birinci basamakta psikiyatrik hizmet olanağından yeterince faydalanamamışlardır.
- WHOQOL-BREF ölçeği ile dünyada yapılmış toplum tabanlı çalışmalar çok az sayıdadır. Balatçık bölgesinde gerçekleştirilen bu çalışma, WHOQOL-BREF ölçeğinin topluma uygulandığı Türkiye'de yapılmış ilk çalışmadır. Bu nedenle yaşam kalitesi değerlendirmelerinde literatür sıkıntısı yaşanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Ve Kültürel Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların bölge özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmektedir.

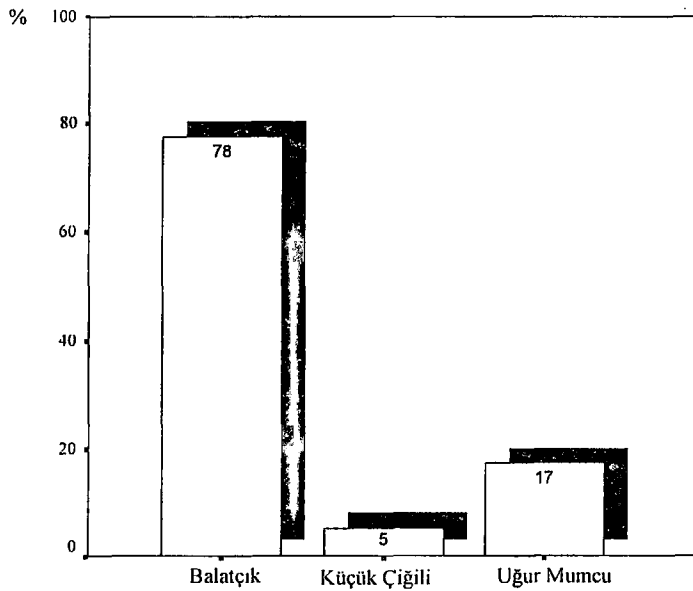
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kadınların Bölge Özelliklerine Göre Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşanan Mahalle	Balatçık	180	77.6
	Küçük Çiğli	12	5.2
	Uğur Mumcu	40	17.2
Doğum Bölgesi	Ege Bölgesi	77	33.2
	Diğer Bölgeler	115	66.8
Göç Edilen Bölge	Ege Bölgesi	50	21.6
	Diğer Bölgeler	182	78.4
Beş Yıldır Yaşanan Bölge	Ege Bölgesi	217	93.5
	Diğer Bölgeler	15	6.5
Balatçık Bölgesinde Yaşama Süresi	10 yıl ve ↓	135	58.2
	10 ↑	97	41.8
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kişilerin % 77.6’sı Balatçık, % 5.2’si Küçük Çiğli, % 17.2’si Uğur Mumcu Mahallesi’nde oturmaktadır. Görüşülen kadınların % 33.2’sinin doğum yeri Ege Bölgesi iken % 78.4’ü Ege Bölgesi dışındaki bölgelerden göç etmiştir. % 93.5’u son beş yıldır Ege bölgesinde, % 41.8’i 10 yıldan fazla süredir Balatçık bölgesinde yaşamaktadır.

Uğur Mumcu Mahallesi’nde oturan kadınların % 82.5’u; Balatçık Mahallesi’nde oturan kadınların % 38.9’u; Küçük Çiğli Mahallesi’nde oturan kadınların % 25’i Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden göç etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları mahalleye göre dağılımı Grafik 1’de gösterilmektedir.

Grafik 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaşadıkları Mahalleye Göre Dağılımı.



Balatçık'a göç ile gelen kadınların göçten etkilenme durumlarının dağılımı Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Bölgeye Göç İle Gelen Kadınların Göçten Etkilenme Durumlarının Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İzmir'de Tanıdık Aile Varlığı	Evet	163	82.8
	Hayır	25	12.7
	Hatırlamıyor	9	4.5
Başkasının Yanında Kalma	Evet	49	24.8
	Hayır	137	69.6
	Hatırlamıyor	11	5.6
Ekonomik Sorun Yaşama	Evet	117	59.4
	Hayır	67	34.1
	Hatırlamıyor	13	6.5
Sosyal Sorunlar Yaşama	Evet	75	38.1
	Hayır	109	55.4
	Hatırlamıyor	13	6.5
Göçten etkilenme	Hiç Etkilenmemiş	105	53.2
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	35.1
	Çok Etkilenmiş	23	11.7
Toplam		197	100.0

Balatçık Sağlık Ocağı bölgesine dışarıdan göç eden kadınların % 53.2'si göçten hiç etkilenmediğini, % 11.7'si göçten çok etkilendiğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş, medeni durum ve aile yapısına ilişkin özellikleri Tablo 10'da gösterilmektedir.

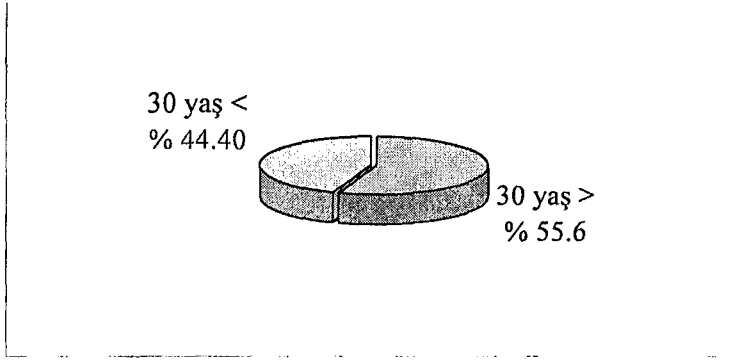
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş, Medeni Durum ve Aile Yapısına İlişkin Özellikleri.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	30 yaş ve ↓	129	55.6
	30 yaş ↑	103	44.4
Medeni Durum	Evli Olanlar	164	70.7
	Evli Olmayanlar	68	29.3
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	159	68.5
	Geniş Aile	63	27.2
	Parçalanmış aile	10	4.3
Toplam		232	100.0

Görüşülen kişilerin yaş ortalaması 29.88 ± 9.91 olup %55.6'sı 30 yaş ve altındadır. Kadınların % 70.7'si evli, % 68.5'i çekirdek aileye sahiptir.

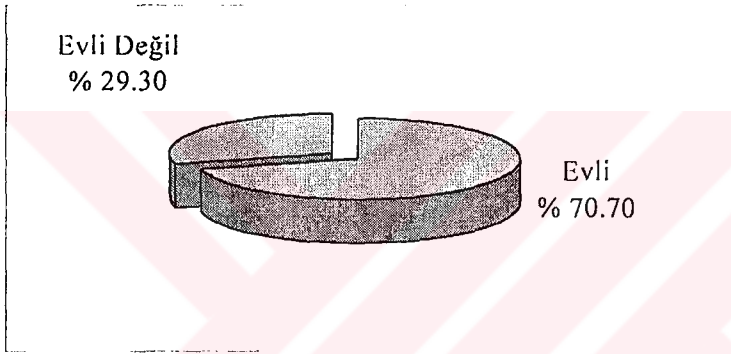
Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre dağılımı Grafik 2'de gösterilmektedir.

Grafik 2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.



Araştırmaya katılan kadınların medeni durumlarına göre dağılımı Grafik 3'de gösterilmektedir.

Grafik 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.



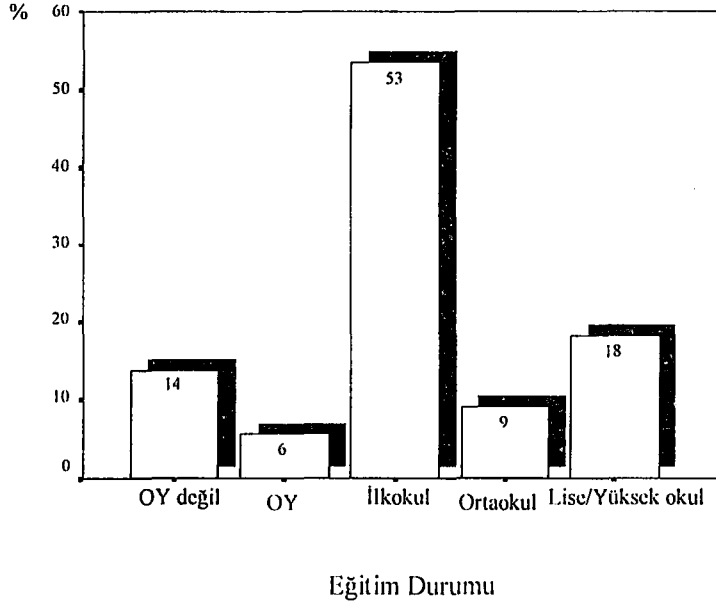
Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur-Yazar Değil	32	13.8
Okur-Yazar	13	5.6
İlkokul	124	53.4
Ortaokul	21	9.1
Lise/Yüksek Okul	42	18.1
Toplam	232	100.0

Çalışmaya katılan kadınların % 13.8'i okur-yazar değil, % 5.6'sı okur-yazar, % 53.4'ü ilkokul mezunu, % 9.1'i ortaokul mezunu, % 18.1'i lise ve yüksek okul mezunudur.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı Grafik 3'de gösterilmektedir.

Grafik 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Dağılımı.

Araştırmaya katılan kadınların ev içi konumlarının dağılımı Tablo 12 'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Ev İçi Konumlarının Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev İçinde Sorumluluk Alma	Tek Alanda	104	44.8
	Birden Fazla Alanda	128	55.2
Karar Verme Sürecine Katılım	Evet	178	76.7
	Hayır	54	23.3
Evin Reisi	Eş	118	50.9
	Kendisi	8	3.4
	Eş-kendisi	17	7.3
	Aile Büyüğü	64	27.6
	Evin Reisi Yok	21	9.1
	Diğer	4	1.7
Toplam		232	100.0

Görüşülen kişilerin % 55.2'si birden fazla alanda sorumluluk almaktadır. % 76.7'si ev içinde alınan kararlarda söz sahibi olmaktadır. Evin reisinin kim olduğu sorulduğunda % 50.9'u eş, % 27.6'sı aile büyükleri cevabını verirken % 9.1'i evde bir reisin olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan evli kadınların eş ve çocuklarına ait özelliklerin dağılımı Tablo 13'de gösterilmektedir.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Evli Kadınların Eş ve Çocuklarına Ait Özelliklerinin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Yılı	10 yıl ve ↓	76	44.7
	10 yıl ↑	88	51.8
	Boşanmış/ Dul	6	3.5
Evlenme Biçimi	Görücü Usulü	75	44.1
	Kendi Tanışarak	68	40.0
	Akraba Evliliği	27	15.9
Evlilik Sayısı	İlk Evlilikleri	160	94.1
	İkinci Evlilikleri	10	5.9
Çocuklarını Nasıl Evlendireceklerine İlişkin Görüşleri	Kendi Tanıştığı Biri İle	141	82.9
	Görücü Usulü İle	14	8.3
	Çocuk Yok	15	8.8
Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme	Evet	41	24.3
	Kısmen	94	55.2
	Hayır	20	11.7
	Çocuk Yok	15	8.8
Eşin Ev İçi Konumu	Tek Alanda Sorumluluk	51	30
	Birden Fazla Alanda Sorumluluk	113	66.4
	Sorumluluğu Yok	6	3.6
Eş Mesleği	İşçi	123	72.3
	Memur	11	6.4
	Emekli	16	9.5
	Serbest	14	8.2
	Boşanmış/ Dul	6	3.6
Eşin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	26	15.3
	Çalışıyor	138	81.2
	Boşanmış/Dul	6	3.5
Toplam		170	100.0

*Evli, boşanmış ve dul kadınlarda (N: 170)

Araştırmaya katılan kadınların % 44.7'si 10 yıl ve 10 yıldan az zamandır evli iken, % 3.5'u eşinden ayrılmış veya dul kalmıştır. Evli olanların 163 (% 99.3)'ü hem resmi hem de imam nikahlı iken sadece bir (% 0.7) kişi imam nikahı ile evlenmiştir. Evlenme biçimlerine bakıldığında % 15.9'unun akraba evliliği, % 5.9'unun ikinci evliliğini yapmış olduğu görülmektedir. Çocuklarını nasıl evlendireceklerine ilişkin görüşleri sorulduğunda sadece % 8.3'ü görücü usulü ile evlenmelerini istediğini dile getirmiştir. % 24.3'ü tam olarak annelik sorumluluğunu yerine getirdiğine inanmaktadır. Eşin ev içindeki konumuna bakıldığında % 66,4'ünün eşinin birden fazla alanda sorumluluk aldığını belirtmektedir. Görüşülen evli kadınların % 72.3'ünün eşi işçi, % 9.5'u emekli, % 8.2'si serbest çalışmaktadır. Eşlerin sadece % 81.2'sinin çalıştığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların sigara ve alkol kullanma durumları Tablo 14'de gösterilmektedir.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı	Var	47	20.3
	Yok	185	79.7
Alkol Kullanımı	Var	4	1.7
	Yok	228	98.3
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 20.3'ü sigara kullanmakta, % 1.7'si alkollü içki tüketmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların televizyon seyretme durumları Tablo 15'de gösterilmektedir.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Kadınların Televizyon Seyretme Durumları.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
TV Seyretme Saati	1 saat ve ↓	113	48.8
	2-3 saat	82	35.3
	3 saat ↑	34	14.7
	TV yok	3	1.2
İzlenen TV Programları	Haberler		
	Evet	97	41.8
	Hayır	135	58.2
	Pembe Dizi		
	Evet	41	17.7
	Hayır	191	82.3
	Belgesel		
	Evet	39	16.8
	Hayır	193	83.2
	Spor-Magazin		
	Evet	27	11.6
	Hayır	205	88.4
	Müzik		
	Evet	72	31.0
	Hayır	160	69.0
	Türk Filmİ		
	Evet	92	39.7
	Hayır	140	60.3
	Yabancı Film		
	Evet	63	27.2
Hayır	169	72.8	
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kişilerin % 48.8'i günde bir saat veya daha az televizyon seyretmekte iken % 1.2 evinde televizyon yoktur. İzlenen televizyon programlarına bakıldığında % 41.8 ile haberler başta yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların dinledikleri müzik türlerine göre dağılımı Tablo 16'da gösterilmektedir..

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Kadınların Dinledikleri Müzik Türlerine Göre Dağılımı.

Müzik Türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Halk Müziği		
Evet	153	65.9
Hayır	79	34.1
Dini Müzik		
Evet	34	14.7
Hayır	198	85.3
Türk Müziği		
Evet	45	19.4
Hayır	187	80.6
Arabesk		
Evet	53	22.8
Hayır	179	77.2
Pop Müzik		
Evet	66	28.4
Hayır	166	71.6
Klasik Müzik		
Evet	35	15.1
Hayır	197	84.9
Toplam	232	100.0

En çok dinlenen müzik % 65.9 ile halk müziğidir.

Araştırmaya katılan kadınların düzenli gazete alma durumu Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kadınların Düzenli Gazete Alma Durumu.

Düzenli Gazete Alma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	57	24.6
Hayır	175	75.4
Toplam	232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların okudukları gazetelere göre dağılımı Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kadınların Okudukları Gazetelere Göre Dağılımı.

Okunan Gazete	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hürriyet	9	15.8
Milliyet	8	14.0
Sabah	11	19.2
Evrensel	1	1.7
Posta	9	15.8
Yeni Asır	4	7.1
Yeni Şafak	1	1.7
Akit	4	7.1
Türkiye	5	8.8
Star	5	8.8
Toplam	57	100.0

Görüşülen kişilerin sadece % 24.6’sı düzenli olarak gazete almaktadır. En çok okunan gazete % 19.2 ile Sabah gazetesidir.

Sosyal yaşamları değerlendirildiğinde son bir ayda % 66.8'inin düğüne katıldığı, % 52.2'sinin akraba ziyaretinde bulunduğu, anketin yapıldığı döneme bağlı olarak % 33.2'sinin denize gittiği saptanmıştır. Tiyatro (% 0.9) ve sinema (% 3.4) gibi ulaşılması kolay kültürel faaliyetlerin gerçekleştirilme oranlarının çok düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların son bir aydır gezilen yerlere ait bilgilerin dağılımı Tablo 19'da gösterilmektedir.



Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Bir Aydır Gezilen Yerlere Ait Bilgilerin Dağılımı.

Son Bir Aydır Gidilen Yerler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Mevlüt	Evet	37	15.9
	Hayır	195	84.1
Düğün	Evet	155	66.8
	Hayır	77	33.2
Konferans	Evet	1	0.4
	Hayır	231	99.6
Piknik	Evet	44	19.0
	Hayır	188	81.0
Çay Bahçesi	Evet	32	13.8
	Hayır	200	86.2
Gazino	Evet	5	2.2
	Hayır	227	97.8
Deniz	Evet	77	33.2
	Hayır	155	66.8
Tiyatro	Evet	2	0.9
	Hayır	230	99.1
Lokanta	Evet	33	14.2
	Hayır	199	85.8
Akraba Ziyareti	Evet	121	52.2
	Hayır	111	47.8
Sinema	Evet	8	3.4
	Hayır	224	96.6
Birahane	Evet	1	0.4
	Hayır	231	99.6
Arkadaş Ziyareti	Evet	96	41.4
	Hayır	136	58.6
Sergi	Evet	5	2.2
	Hayır	227	97.8
Kokteyl	Evet	0	0
	Hayır	232	100.0
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların dünya ve Türkiye'nin en önemli sorunlarına ilişkin yaklaşımlarının dağılımı Tablo 20'de gösterilmektedir..

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kadınların Dünya ve Türkiye'nin En Önemli Sorunlarına İlişkin Yaklaşımlarının Dağılımı.

Dünya Sorunları	Sayı (n)	Yüzde (%)	Türkiye'nin Sorunları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çevre Kirliliği	Evet	169	Çevre Kirliliği	Evet	76
	Hayır	63		Hayır	156
Nükleer Tehlike	Evet	53	İşsizlik	Evet	154
	Hayır	179		Hayır	78
İrkçılık	Evet	57	İnsan Hakları İhlalleri	Evet	49
	Hayır	175		Hayır	183
Sömürgecilik	Evet	16	Yolsuzluk	Evet	62
	Hayır	216		Hayır	170
Savaş	Evet	83	Yoksulluk	Evet	69
	Hayır	149		Hayır	163
Açlık	Evet	99	Pahalılık	Evet	103
	Hayır	133		Hayır	129
Ahlaksızlık	Evet	81	Ahlaksızlık	Evet	24
	Hayır	151		Hayır	208
Dinci akımlar	Evet	29	Dinci akımlar	Evet	11
	Hayır	203		Hayır	221
Dinsizlik	Evet	35	Dinsizlik	Evet	7
	Hayır	197		Hayır	225
Konu Hakkında Fikri	Var	212	İrkçılık	Evet	10
	Yok	20		Hayır	222
Toplam		232	Demokrasi Yokluğu	Evet	29
		100.0		Hayır	203
			Konu Hakkında Fikri	Var	224
				Yok	8
					100.0

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından dünyanın en önemli üç sorunu çevre kirliliği (% 72.8), açlık (% 42.7) ve savaş (% 35.8) olarak değerlendirilirken % 91.4'ünün konu hakkında fikir sahibi olduğu belirlenmiştir. Türkiye'nin sorunları hakkında bilgi sahibi olanların yüzdesi ise 96.6'dır. En önemli üç sorun % 66.4 işsizlik, % 44.4 pahalılık ve % 32.8 ile çevre kirliliği olarak belirtilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyal yaşamlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Boş Zaman Değerlendirme Durumu	İyi	86	37.1
	Kötü	146	62.9
Sosyal Çevreye Katılım	İyi	67	28.9
	Kötü	165	71.1
Sosyal Konulara İlgisi	İyi	210	90.5
	Orta	16	6.9
	Kötü	6	2.6
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 37.1’i boş zamanlarını iyi şekilde değerlendirmekte, sadece % 28.9’unun sosyal çevreye katılımı iyi, % 90.5’inin sosyal konulara ilgisi iyi düzeydedir.

4.2. Araştırma Grubunun Sosyoekonomik Durumuna İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların meslek ve iş durumlarının dağılımı Tablo 22’de gösterilmektedir

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Kadınların Meslek Ve İş Durumlarının Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sahip Olunan Meslek	Var	53	22.8
	Yok	179	77.2
Meslek Adı	Ev Hanımı	158	68.1
	İşçi	29	12.5
	Memur	8	3.4
	Serbest	16	6.9
	Öğrenci	21	9.1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	17.7
	Çalışmıyor	191	82.3
Toplam		232	100.0

Meslek sahibi olan kadınların oranı % 22.8’dir. Görüştüğümüz kişilerin % 68.1’i ev hanımı, % 12.5’u işçi ve % 9.1’i öğrencidir. Çalışanların yüzdesi ise 17.7’dir.

Çalışan kadınların işyerlerine bakıldığında % 41.5’u Balatçık, % 39’u Çiğli Organize Sanayi bölgesinde, % 19.5’u İzmir’de çalışmaktadır. Araştırmaya katılan çalışan kadınların % 41.5’u normal mesai, % 58.5 ‘u fazla mesai yapmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %100’ü sağlık sorunu olduğunda ilk olarak sağlık ocağına başvurmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyal güvence varlığına ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 23’de gösterilmektedir.

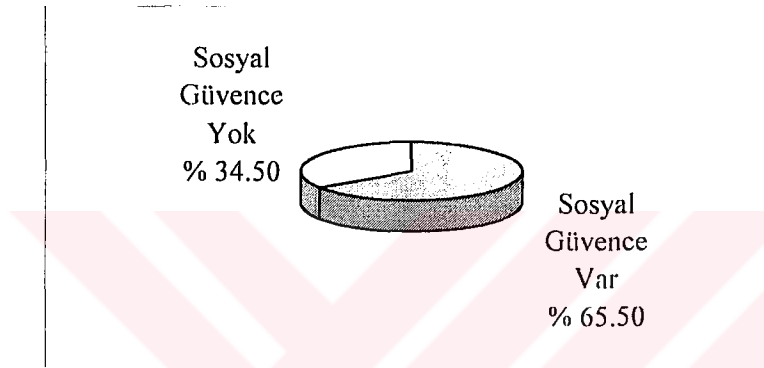
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Güvence Varlığına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

Sosyal Güvence Varlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	152	65.5
Yok	80	34.5
Toplam	232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 65.5'inin sosyal güvencesi vardır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyal güvence varlığına ilişkin bilgilerin dağılımı Grafik 4'de gösterilmektedir.

Grafik 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Güvence Varlığına İlişkin Bilgilerin Dağılımı



Araştırmaya katılan kadınların sahip oldukları sosyal güvence tipine ait bilgilerin dağılımı Tablo 24'de gösterilmektedir.

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Kadınların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Tipine Ait Bilgilerin Dağılımı.

Sosyal Güvence Tipi	Sayı (n)	Yüzde (%)
SSK	128	84.3
Emekli Sandığı	10	6.5
Bağ Kur	12	7.8
Özel Sigorta	2	1.4
Toplam	152	100.0

Sosyal güvencesi olanların % 84.3'ü Sosyal Sigorta Kurumuna bağlıdır.

Araştırmaya katılan kadınların ekonomik duruma ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 25 'de gösterilmektedir.

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Kadınların Ekonomik Durumlarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Gelir Durumu	Var	174	75
	Yok	58	25
Evin Aylık Net Gelir Ortalaması	192 milyon ve ↓	100	43.1
	192 milyon ↑	110	47.4
	Bilgi Yok	22	9.5
Kira Durumu	Ev Kirası Ödüyor	50	21.6
	Ev Kirası Ödemiyor	182	78.4
Araba	Var	56	24.1
	Yok	176	75.9
Sahip Olunan Ev Eşyasının Durumu	İyi	125	53.9
	Kötü	107	46.1
Yaşanan Konutun Durumu	Uygun	93	40.1
	Uygun Değil	110	47.4
	Hiç Uygun Değil	29	12.5
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 47.4'ünün aylık net gelir ortalamasının 192 milyon TL' dan fazla olduğu ve % 25'inin düzenli bir geliri olmadığı belirlenmiştir. Görüşülen kişilerin % 21.6'sı ev kirası vermektedir, % 46.1'i yeterli düzeyde ev eşyasına sahip değildir ve % 75.9'unun arabası yoktur. Yaşanan konut durumu değerlendirildiğinde % 12.5'unun hiç uygun olmayan koşullarda yaşadığı saptanmıştır.

4.3. Araştırma Grubunun Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan kadınların anket uygulaması sırasında menstrüel sikluslarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 26 'da gösterilmektedir.

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Kadınların Anket Uygulaması Sırasında Menstrüel Sikluslarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Menstrüasyon Durumu	Menstrüasyon Görüyor	191	82.3
	Menstrüasyon Görmüyor	41	17.7
Son Menstrüasyon Tarihi	Premenstrüel Dönem	37	15.9
	Menstrüasyon Dönemi	32	13.8
	Menstrüasyon Sonrası Dönem	122	52.6
	Menstrüasyon Görmüyor	41	17.7
Menstrüasyon Düzensizliği	Var	64	27.6
	Yok	168	72.4
Toplam		232	100.0

Görüşülen kadınların % 82.3'ü menstrüasyon görmektedir. Anket uygulaması sırasında % 52.6'sının menstrüasyon sonrası dönemde olduğu saptanmıştır. Menstrüasyon düzensizliği olanların yüzdesi 27.6'dır.

Araştırmaya katılan kadınların gebe kalma ve çocuk sahibi olma durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 27'de gösterilmektedir.

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebe Kalma ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
En Az Bir Kez Gebe Kalma Durumu	Var	160	94.1
	Yok	10	5.9
Çocuk Varlığı	Var	155	91.2
	Yok	15	8.8
Toplam		170	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 94.1'i en az bir kez gebe kalmış, % 91.2' si çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olanların % 17.4 'ü bir çocuk, % 43.2' si iki çocuk sahibi iken % 39.4' ü üç ve daha fazla çocuğa sahiptir.

Araştırmaya katılan kadınların en az bir kez ölü doğum, kürtaj ve düşük yapma durumlarına ait bilgilerin dağılımı Tablo 28'de gösterilmektedir.

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Kadınların En Az Bir Kez Ölü Doğum, Kürtaj ve Düşük Yapma Durumlarına Ait Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ölü Doğum	Var	22	12.9
	Yok	148	87.1
Kürtaj	Var	52	30.6
	Yok	118	69.4
Düşük	Var	23	13.5
	Yok	147	86.5
Toplam		170	100.0

Görüşülen kadınların en az bir kez % 12.9' u ölü doğum, % 30.6' sı kürtaj ve % 13.5' i düşük yapmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

Kullanılan Korunma Yöntemleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Etkin Yöntemler	80	47.0
RIA	37	21.7
Hap	2	1.2
Aylık İğne	2	1.2
Tüp Ligasyonu	16	9.5
Kondom	22	12.9
Vazektomi	1	0.5
Etkin Olmayan Yöntemler	45	26.5
Vaginal Yıkama	2	1.2
Geri Çekme	43	25.3
Yöntem Kullanmayanlar	45	26.5
Toplam	170	100.0

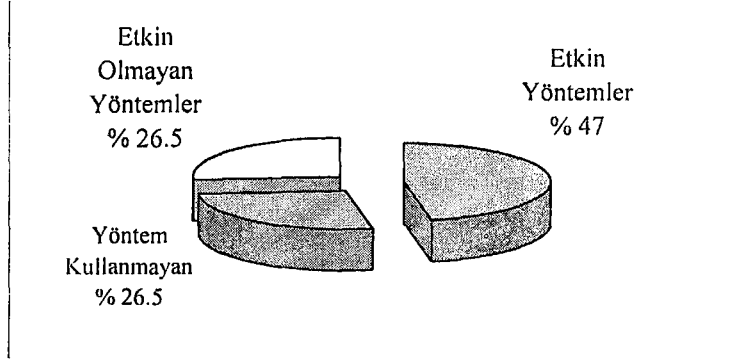
* Evli, boşanmış ve dul kadınlarda (N: 170)

Halen evli ya da dul kadınların % 73.5'u aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. % 47'si etkin yöntemler kullanırken, % 26.5'u etkin olmayan yöntemler kullanmaktadır. Etkin

yöntemlerden en fazla kullanılan % 21.7 ile RIA, etkin olmayan yöntemlerde ise % 25.3 ile geri çekmedir.

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı Grafik 5’de gösterilmektedir.

Grafik 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.



4.4. Araştırma Grubundaki Kadınların Ve Ailelerinin Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların soy geçmişte görülen kronik hastalık durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 30’da gösterilmektedir.

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Kadınların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

Soy Geçmişte Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	105	45.3
Yok	127	54.7
Toplam	232	100.0

Görüşülen kadınların % 45.3’ ünün birinci derece akrabalarında kronik hastalık öyküsü vardır.

Araştırmaya katılan kadınların soy geçmişte görülen kronik hastalıklara ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 31 ‘de gösterilmektedir.

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Kadınların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

Kronik Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	43	40.9
Diyabet	26	24.8
Kanser	15	14.4
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	5	4.7
Solunum Sistemi Hastalıkları	5	4.7
Sinir Sistemi Hastalıkları	3	2.9
Böbrek Hastalıkları	4	3.8
Romatolojik Hastalıklar	2	1.9
Diğer	2	1.9
Toplam	105	100.0

En sık görülen kronik hastalıklar % 40.9 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları, % 24.8 ile diyabet ve % 14.4 ile kanserdir.

Araştırmaya katılan kadınlarda aynı evde yaşayan kişilerde kronik hastalık durumu Tablo 32'de gösterilmektedir.

Tablo 32. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Aynı Evde Yaşayan Kişilerde Kronik Hastalık Durumu.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Aynı Evde Kronik Hastalığı Olan Kişi	Var	26	11.2
	Yok	206	88.8
Kronik Hastaya Bakım	Var	23	9.9
	Yok	209	90.1
Toplam		232	100.0

Anket uygulaması sırasında ailesinde kronik hastalığı olanların yüzdesi 11.2'dir. Görüşülen kişilerin % 9.9'u kronik hastalığı olan bir yakının bakımından sorumludur.

4.5. Araştırma Grubunun Depresyon Açısından Riskli Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların ebeveynlerinde depresyona ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 33'de gösterilmektedir.

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Kadınların Ebeveynlerinde Depresyona İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebeveynlerde Depresyon Öyküsü Olan	Var	33	14.2
	Yok	199	85.8
Ebeveynin Depresyon Tedavisi Alan	Evet	19	8.2
	Hayır	213	91.8
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 14.2'sinin ebeveynlerinde depresyon öyküsü vardır. Ebeveyni depresyon tedavisi görenlerin yüzdesi 8.2'dir.

Araştırmaya katılan kadınların öz geçmişte baskı veya travmaya maruz kalma durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 34'de gösterilmektedir.

Tablo 34. Araştırmaya Katılan Kadınların Öz Geçmişte Baskı veya Travmaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Baskın Ebeveyn	Var	58	25
	Yok	174	75
15 yaşından önce anne baba ölümü	Var	46	19.8
	Yok	186	80.2
Üvey ebeveyn varlığı	Var	23	9.9
	Yok	209	90.1
Toplam		232	100.0

Görüşülen kadınların % 25'i baskın özellikle ebeveyne sahip olduklarını, % 19.8'i 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşadığını ve % 9.9'u üvey ebeveyn ile büyüdüğünü belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların son bir yılda yaşadıkları sorunların dağılımı Tablo 35'de gösterilmektedir

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Bir Yılda Yaşadıkları Sorunların Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Sorunu	Var	20	8.6
	Yok	212	91.4
Sağlık sorunu	Var	83	35.8
	Yok	149	64.2
Aile Sorunu	Var	39	16.8
	Yok	193	83.2
Yer Değiştirme Sorunu	Var	18	7.8
	Yok	214	92.2
İş Sorunu	Var	72	31.0
	Yok	160	69.0
Ekonomik Sorunlar	Var	108	46.6
	Yok	124	53.4
Çocuk Sorunu	Var	49	21.1
	Yok	183	78.9
Eğitim Sorunu	Var	29	12.5
	Yok	203	87.5
Kayıplar	Var	51	22.0
	Yok	181	78.0
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların son bir yılda yaşadıkları sorunların başında % 46.6 ile ekonomik sorunlar başta gelmektedir. Ekonomik sorunları % 35.8 ile sağlık sorunları ve % 31 ile iş sorunları izlemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların aile içi baskıya maruz kalma durumu Tablo 36'da gösterilmektedir.

Tablo 36. Araştırmaya Katılan Kadınların Aile İçi Baskıya Maruz Kalma Durumu.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Dayak	Var	35	15.1
	Yok	197	84.9
Hakaret	Var	232	100.0
	Yok	0	0
Komşu İle Görüşmede Yasak	Var	10	4.3
	Yok	222	95.7
Akraba İle Görüşmede Yasak	Var	13	5.6
	Yok	219	94.4
Toplam		232	100.0

Görüşülen kadınların hepsi hakaret ve aşağılamaya yönelik davranışlara, % 15.1' i ise aile içinde dayak uygulamasına maruz kalmaktadır. Komşuları ile görüşemeyenlerin oranı % 4.3 iken, % 5.6' sı akrabaları ile görüşememektedir.

Araştırmaya katılan kadınların % 6.9' u ayrılma/ boşanma problemi yaşadığını belirtmiştir. Ayrılma / Boşanma problemi yaşayanların % 56.2' sinin boşanma sonrası problem yaşamıştır. Boşanma sonrası problem yaşayanların % 50' sinin ekonomik problem, % 25' inin sosyal problem yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 9.1'i öğrencidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin problemlerine ait bilgilerin dağılımı Tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 37. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Problemlerine Ait Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ders Problemi	Var	6	28.6
	Yok	15	71.4
Öğretmen / Arkadaş Problemi	Var	3	14.3
	Yok	18	85.7
Okul Dışı Arkadaşlarla Görüşme	Var	15	71.4
	Yok	6	28.6
Toplam		21	100.0

Araştırmaya katılan 21 öğrencinin % 28.6' sını ders problemi olduğunu, % 14.3' ü öğretmen / arkadaş problemi olduğunu % 28.6' sını okul dışında arkadaşları ile görüşmediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların önceden kayıp/ ayrılık yaşama, yaşam biçiminde değişiklik durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 38' de gösterilmektedir.

Tablo 38. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Kayıp / Ayrılık Yaşama, Yaşam Biçiminde Değişiklik Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eş / Çocuk Kaybı	Var	32	13.8
	Yok	200	86.2
Yakın Arkadaş Kaybı / Ayrılığı	Var	78	33.6
	Yok	154	66.4
Emekli Olma / Çocukların Evden Ayrılması Durumuna Alışma	Evet	19	8.2
	Hayır	213	91.8
Toplam		232	100.0

Görüşülen kişilerin % 13.8'i eş/ çocuk kaybı, % 33.6'sını yakın bir arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşadığını belirtmiştir. Emekli olma/ çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olaylarıyla karşılaşma yüzdesi 8.2'dir.

Araştırmaya katılan kadınların öz geçmişte kullandıkları ilaç ve önceden geçirdikleri hastalıklara ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 39'da gösterilmektedir.

Tablo 39. Araştırmaya Katılan Kadınların Öz Geçmişte Kullandıkları İlaç ve Önceden Geçirdikleri Hastalıklara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Devamlı İlaç Kullanımı	Var	60	25.9
	Yok	172	74.1
Önceden Geçirilen Hastalık	Var	59	25.4
	Yok	173	74.6
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 25.9' unun devamlı ilaç kullandığı, % 25.4' ünün önceden depresyon dışında önemli bir hastalık geçirdiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların önceden geçirdikleri hastalıkların dağılımı Tablo 40'da gösterilmektedir.

Tablo 40. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Geçirdikleri Hastalıkların Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	14	23.8
Sinir Sistemi Hastalıkları	13	22.1
Böbrek Hastalıkları	8	13.6
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	5	8.5
Endokrin Hastalıklar	4	6.8
Solunum Sistemi Hastalıkları	4	6.8
Kadın Hastalıkları	2	3.3
Diyabet	2	3.3
Kanser	2	3.3
Karaciğer Hastalıkları	1	1.7
Diğer	4	6.8
Toplam	59	100.0

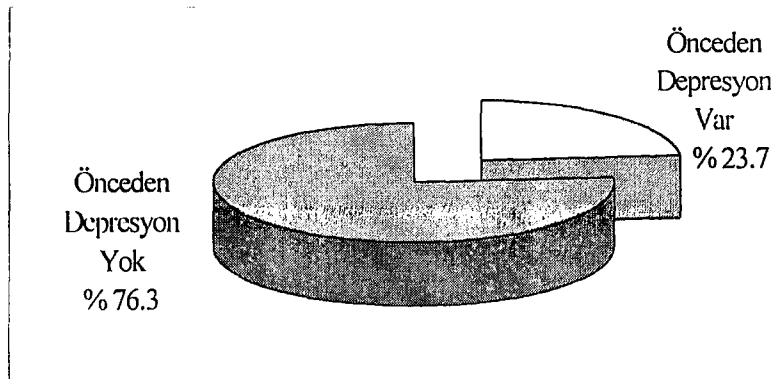
Depresyon dışında geçirilmiş hastalıklar sorgulandığında, görüşülen kadınların % 23.8'inin kardiyovasküler sistem hastalığı, % 22.1'inin santral sinir sistemi hastalığı ve % 13.6'sının böbrek hastalığı geçirdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların önceden depresyon geçirme ve depresyon tedavisi almaya ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 41'de gösterilmektedir.

Tablo 41. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Depresyon Geçirme ve Depresyon Tedavisi Almalarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Önceden Depresyon Geçirme	Var	55	23.7
	Yok	177	76.3
Önceden Depresyon Tedavisi	Var	35	15.1
	Yok	197	84.9
Toplam		232	100.0

Araştırmaya katılan kadınların % 23.7'sinde önceden geçirilmiş depresyon hikayesi varken, önceden depresyon tedavisi alanlar % 15.1'dir. Araştırmaya katılan kadınların önceden depresyon geçirme durumlarının dağılımı Grafik 6'da gösterilmektedir.

Grafik 6. Araştırmaya Katılan Kadınların Önceden Depresyon Geçirme Durumlarının Dağılımı.

Araştırmaya katılan kadınların gelecek hakkındaki isteklerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 42'de gösterilmektedir.

Tablo 42. Araştırmaya Katılan Kadınların Gelecek Hakkındaki İsteklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğunun Geleceğini Güvence Altına Almak	22	9.5
Kendi Geleceğini Güvence Altına Almak	58	25.0
Türkiye'deki Sistemi Düzeltmek	12	5.2
Sağlıklı Olmak	14	6.0
Gezmek/Dilediğince Yaşamak	41	17.7
Hayır İşleri Yapmak	41	17.7
Eğitim Almak	9	3.9
Huzur	7	3.0
Hiçbirşey	28	12.1
Toplam	232	100.0

Görüşme yapılan kadınların her isteklerinin yerine geleceği bir imkan verilse ne yapmak istedikleri sorulduğunda % 25'i kendi geleceğini güvence altına almak istediğini, % 12.1'i hiçbir şey yapmak istemediğini belirtmiştir.

Yalnızlık duygusu ile baş etmede yapılanlara ait bilgilerin dağılımı Tablo 43'de gösterilmektedir.

Tablo 43. Yalnızlık Duygusu İle Baş Etmede Yapılanlara Ait Bilgilerin Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yakını İle Dertleşme	52	22.4
Ağlamak	29	12.5
Dışarı Çıkmak	28	12.1
Düşünmek	15	6.5
Kitap Okumak / TV Seyretmek	26	11.2
Müzik Dinlemek	26	11.2
İş Yapmak	13	5.6
İçe Kapanmak	7	3.0
Sigara İçmek	6	2.6
Yalnızlık Hissetmez	15	6.5
Hiçbir şey	7	3.0
*Diğer	8	3.4
Toplam	232	100.0

* Diğer; Dini faaliyetler, sakız çiğnemek, isyan etmek, uyumak

Araştırmaya katılan kadınların % 22.4'ü kendilerini yalnız hissettiklerinde yakınları ile dertleştiğini, % 12.5'i ağladığını belirtmiştir. Sıkıntıyı paylaşma durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 44'de gösterilmektedir.

Tablo 44. Sıkıntıyı Paylaşma Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

Sıkıntı Paylaşacak Kimse	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	213	91.8
Yok	19	8.2
Toplam	232	100.0

Görüşme yapılan kadınların % 91.8'inin sıkıntısını paylaşacak kimsesi olduğu saptanmıştır.

Kişilik özelliğine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 45'de gösterilmektedir

Tablo 45. Kişilik Özelliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İçedönük	124	53.4
Dışadönük	108	46.6
Toplam	232	100.0

Araştırmaya katılan kadınlara kişilik özellikleri sorulduğunda % 53.4'ü içedönük, % 46.6'sı dışadönük olarak kendilerini tanımlamışlardır.

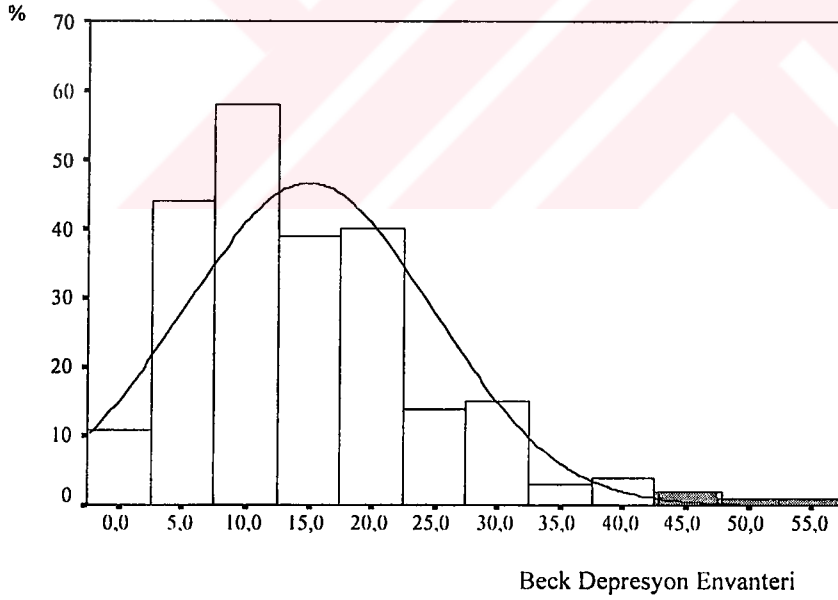
4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınlarda BDE'ne göre depresif belirti gösterenlerin dağılımı Tablo 46'da gösterilmektedir.

Tablo 46. Araştırmaya Katılan Kadınlarda BDE'ne Göre Depresif Belirti Gösterenlerin Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresif Belirti Yok (BDE Puanı 13 ve ↓)	113	48.7
Depresif Belirti Var (BDE Puanı 14 ve ↑)	119	51.3
Toplam	232	100.0

BDE uygulanan 232 kişinin % 51.3'ünde depresif belirtilere rastlanmıştır. Araştırmaya katılan kadınlarda BDE'nden alınan puanların dağılımı Grafik 7'de gösterilmektedir.

Grafik 7. Araştırmaya Katılan Kadınlarda BDE'nden Alınan Puanların Dağılımı

BDE puan ortalaması 14.9 ± 9.90 olarak hesaplanmıştır. Envanterden alınan en düşük değer sıfır, en büyük değer 53.00 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlarda psikiyatrik görüşmeyi kabul edenler ve etmeyenlerin durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 47'de gösterilmektedir.

Tablo 47. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Psikiyatrik Görüşmeyi Kabul Edenler ve Etmeyenlerin Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Görüşmeyi Kabul Edenler	88	37.9
Görüşmeyi Kabul Etmeyenler	31	13.4
Depresyon Belirtisi Göstermeyenler	113	48.7
Toplam	232	100.0

BDE uygulandıktan sonra depresif belirti gösteren ve psikiyatrik görüşmeyi kabul eden kadınlar % 37.9 iken % 13.4' ü görüşmeye gelmemiştir.

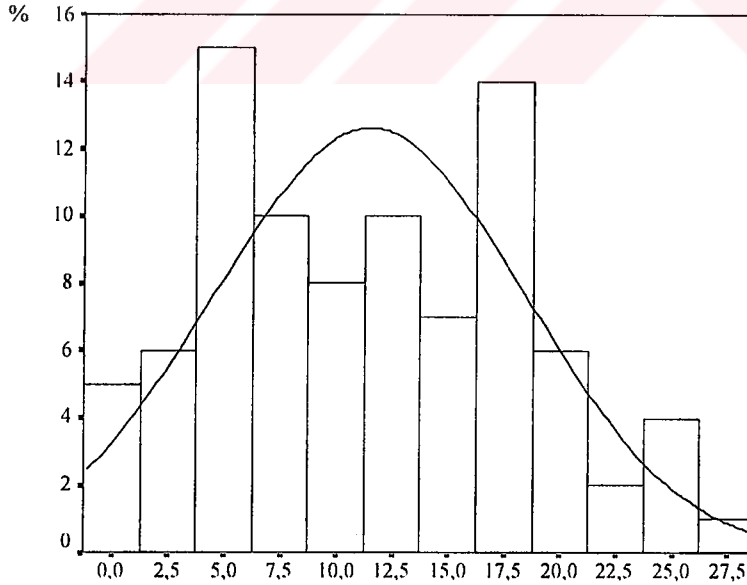
Depresif belirti gösteren kadınlarda HDDÖ'ne göre depresyon tanısı alanların dağılımı Tablo 48'de gösterilmektedir.

Tablo 48. Depresif Belirti Gösteren Kadınlarda HDDÖ'ne Göre Depresyon Tanısı Alanların Dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif Depresyon	22	25
Orta Derecede Depresyon	18	20.4
Major Depresyon	20	22.7
Depresyon Tanısı Almayan	28	31.9
Toplam	88	100.0

BDE'ne göre depresif belirti gösteren ve psikiyatrik görüşme yapılan kişilerin % 22.7'sine major depresyon, % 20.4'üne orta derecede depresyon, % 25'ine hafif derecede depresyon tanısı konmuştur. HDDÖ'den alınan puanların dağılımı Grafik 8'de gösterilmektedir.

Grafik 8. HDDÖ'den Alınan Puanların Dağılımı.



Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HDDÖ'den alınan puanların ortalaması 11.5 ± 6.94 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer sıfır, en yüksek değer 28.00 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı Tablo 49'da gösterilmektedir.

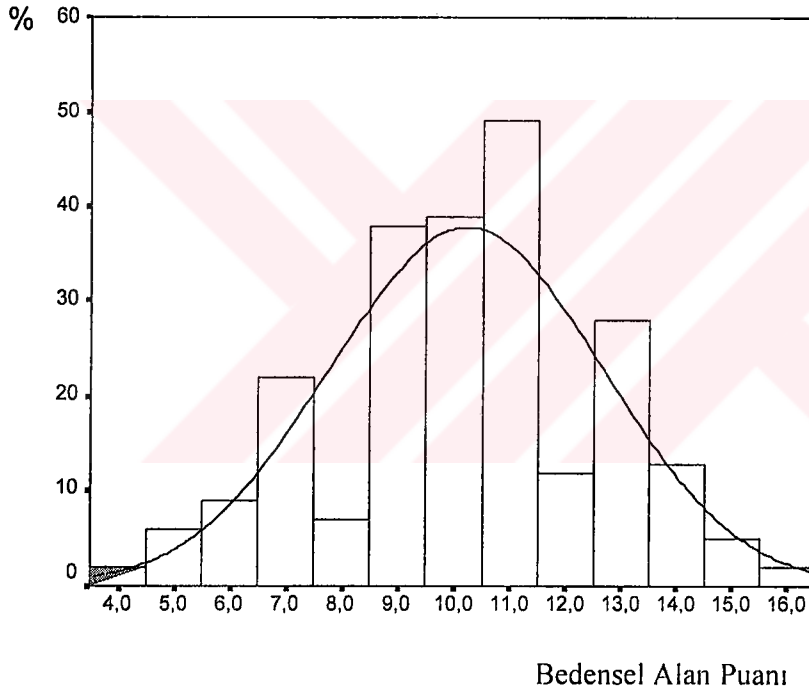
Tablo 49. Araştırmaya Katılan 15- 49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresyon Yok	141	60.7
Depresyon Var	60	25.8
Psikiyatrik Görüşmeye Gelmeyenler	31	13.3
Toplam	232	100.0

BDE ile depresif belirtileri saptanarak, Balatçık Sağlık Ocağı'nda HDDÖ kullanılarak yapılan psikiyatrik görüşme sonucunda araştırmaya katılan kadınların % 25.8'ine kesin depresyon tanısı konmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlara yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-BREF ölçeği uygulanmıştır. WHOQOL-BREF bedensel alandan alınan puanların dağılımı Grafik 9'da gösterilmektedir.

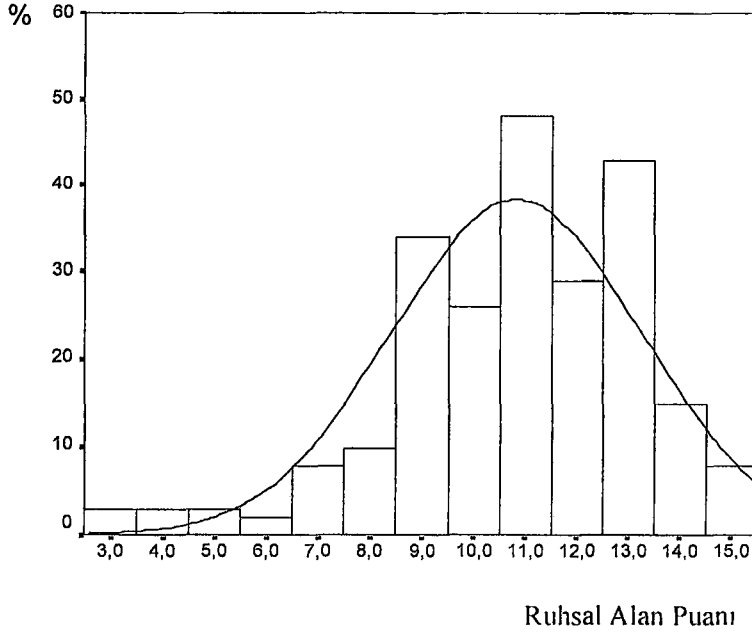
Grafik 9. WHOQOL-BREF Bedensel Alandan Alınan Puanların Dağılımı.



WHOQOL-BREF ölçeğinden bedensel alanda alınan puanların ortalaması 10.2 ± 2.44 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer 4.00; en yüksek değer 16.00 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF ruhsal alandan alınan puanların dağılımı Grafik 10'da gösterilmektedir.

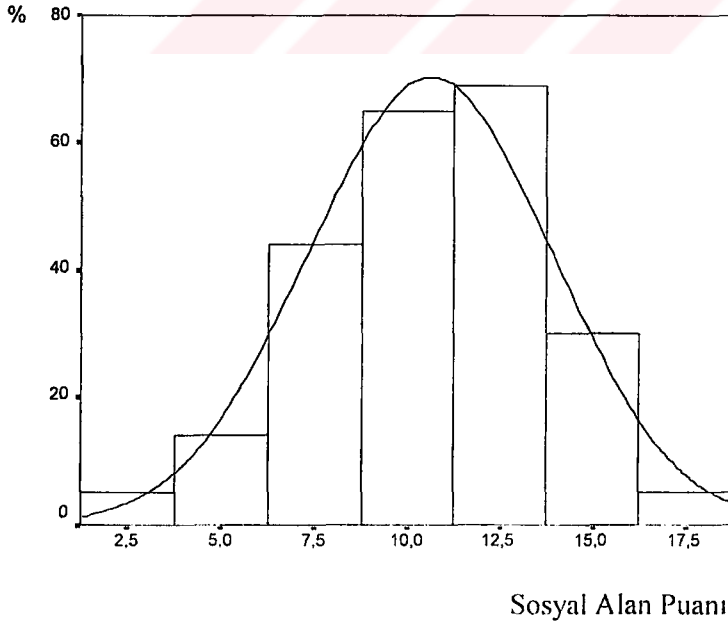
Grafik 10. WHOQOL-BREF Ruhsal Alandan Alınan Puanların Dağılımı.



WHOQOL-BREF ölçeğinden ruhsal alanda alınan puanların ortalaması 10.8 ± 2.41 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer 2.67; en yüksek değer 15.33 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF sosyal alandan alınan puanların dağılımı Grafik 11'de gösterilmektedir.

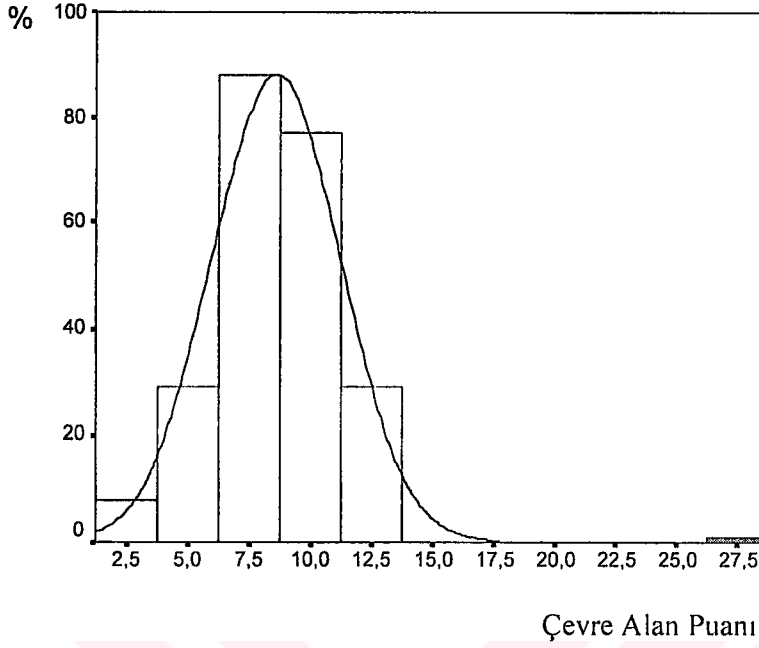
Grafik 11. WHOQOL-BREF Sosyal Alandan Alınan Puanların Dağılımı.



WHOQOL-BREF ölçeğinden sosyal alanda alınan puanların ortalaması 10.6 ± 3.29 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer 1.33; en yüksek değer 17.33 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF çevre alandan alınan puanların dağılımı Grafik 12'de gösterilmektedir.

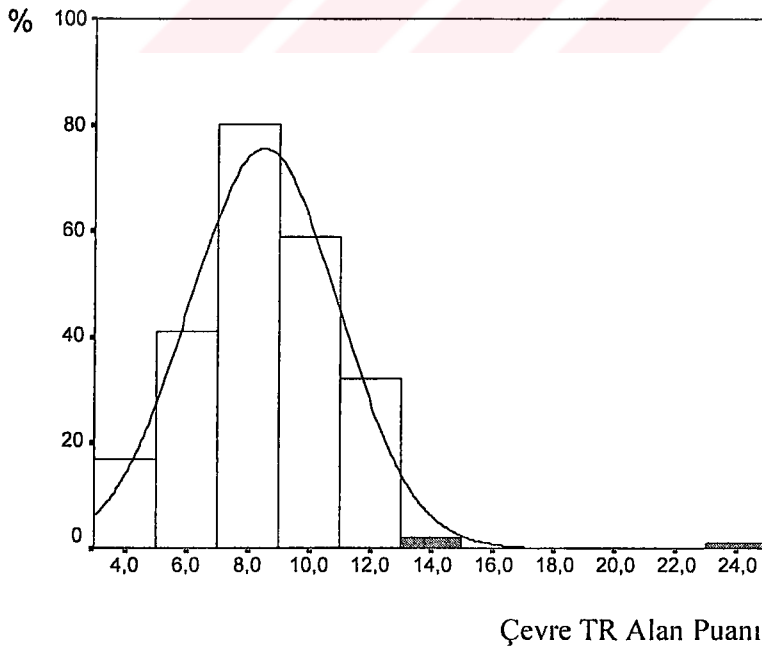
Grafik 12. WHOQOL-BREF Çevre Alandan Alınan Puanların Dağılımı.



WHOQOL-BREF ölçeğinden çevre alanda alınan puanların ortalaması 8.6 ± 2.62 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer 2.50; en yüksek değer 27.00 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF çevre TR alandan alınan puanların dağılımı Grafik 13'de gösterilmektedir.

Grafik 13. WHOQOL-BREF Çevre TR Alandan Alınan Puanların Dağılımı.



WHOQOL-BREF ölçeğinden çevre TR alanda alınan puanların ortalaması 8.5 ± 2.45 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en küçük değer 3.11; en yüksek değer 24.89 olarak bulunmuştur.

4.7. Araştırma Grubunda Depresif Belirtileri Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda bölgesel farklılıkların depresif belirti görülme ile ilişkisi Tablo 50'de gösterilmektedir.

Tablo 50. Araştırma Grubunda Bölgesel Farklılıkların Depresif Belirti Görülme İle İlişkisi.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Mahalle Adı	Balatçık	86	47.8	94	52.2	180	100.0	χ^2 :2.435 p: 0.296
	Küçük Çiğli	4	33.3	8	66.7	12	100.0	
	Uğur Mumcu	23	57.5	17	42.5	40	100.0	
Doğum Bölgesi	Ege Bölgesi	31	40.3	46	59.7	77	100.0	χ^2 : 3.292 p: 0.070
	Diğer Bölgeler	82	52.9	73	47.1	155	100.0	
Göç Edilen Bölge	Ege Bölgesi	16	32.0	34	68.0	50	100.0	χ^2 :7.121 *p: 0.008
	Diğer Bölgeler	97	53.3	85	46.7	182	100.0	
Beş Yıldır Yaşanan Bölge	Ege Bölgesi	106	48.8	111	51.2	217	100.0	χ^2 :0.027 p: .0870
	Diğer Bölgeler	7	46.7	8	53.3	15	100.0	
Balatçık Bölgesinde Yaşama Süresi	10 yıl ve ↓	65	48.1	70	51.9	135	100.0	χ^2 : 0.040 p: 0.841
	10 yıl ↑	48	49.5	49	50.5	97	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

*(p < 0,05)

Balatçık Bölgesinin üç mahallesinde bulunma, bölgedeki yaşam süresi ve son beş yıldır yaşanan bölge ile depresif belirti görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Ege Bölgesinden Balatçık'a göç eden kişilerde daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.008). Araştırma grubunda göçten etkilenme ile depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 51'de gösterilmektedir.

Tablo 51. Araştırma Grubunda Göçten Etkilenme İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Göçten Etkilenme Durumu	Hiç Etkilenmemiş	71	50.7	69	49.3	140	100.0	χ^2 : 2.020 p: 0.364
	Orta Derecede Etkilenmiş	34	49.3	35	50.7	69	100.0	
	Çok Etkilenmiş	8	34.8	15	65.2	23	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

* (p < 0,05)

Göçten etkilenme ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda yaş, medeni durum ve aile yapısı ile depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 52'de gösterilmektedir.

Tablo 52. Araştırma Grubunda Yaş, Medeni Durum Ve Aile Yapısı İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Yaş Ortalaması	30 yaş ve ↓	61	47.3	68	52.7	129	100.0	χ^2 : 0.235 p: 0.628
	31-49 yaş	52	50.5	51	49.5	103	100.0	
Medeni Durum	Evli Olanlar	76	46.3	88	53.7	164	100.0	χ^2 : 1.253 p: 0.263
	Evli Olmayanlar	37	54.4	31	45.6	68	100.0	
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	77	48.4	82	51.6	159	100.0	χ^2 : 1.746 p: 0.418
	Geniş Aile	33	52.4	30	47.6	63	100.0	
	Parçalanmış Aile	3	30.0	7	70.0	10	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

* (p < 0,05)

Yaş, medeni durum ve aile yapısı ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Araştırma grubunda eğitim durumu ile depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 53'de gösterilmektedir.

Tablo 53. Araştırma Grubunda Eğitim Durumu İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Eğitim Durumu	İlkokul ve ↓	80	47.3	89	52.7	169	100.0	χ^2 :0.467 p: 0.494
	Orta Okul ve ↑	33	52.4	30	47.6	63	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

*(p < 0.05)

Kadınların eğitim durumları ile depresif belirti göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda kadınların ev içinde aldıkları sorumluluklar ve karar verme sürecine katılımları ile depresif belirti göstermeleri arasındaki ilişki Tablo 54'de gösterilmektedir.

Tablo 54. Araştırma Grubunda Kadınların Ev İçinde Aldıkları Sorumluluklar ve Karar Verme Sürecine Katılımları İle Depresif Belirti Göstermeleri Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Ev İçinde Sorumluluk Alma	Tek Alanda	55	52.8	49	47.2	104	100.0	χ^2 : 1.317 p: 0.251
	Birden Fazla Alanda	58	45.3	70	54.7	128	100.0	
Karar Verme Sürecine Katılım	Evet	93	52.2	85	47.8	178	100.0	χ^2 :3.837 p: 0.050
	Hayır	20	37.0	34	63.0	54	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

*(p < 0.05)

Kadınların ev içinde tek alanda veya birden fazla alanda aldıkları sorumluluklar ve karar verme sürecine katılımları ile depresif belirti göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda evlilik yılı ile depresif belirti gösterme arasındaki ilişki Tablo 55'de gösterilmektedir.

Tablo 55. Araştırma Grubunda Evlilik Yılı İle Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Evlilik Yılı	10 yıl ↑	45	51.1	43	48.9	88	100.0	χ^2 :1.756 p: 0.185
	10 yıl ve ↓	31	40.7	45	59.3	76	100.0	
Toplam		76	46.3	88	53.7	164	100.0	

*($p < 0.05$)

** Evli olanlar değerlendirmeye alınmıştır (n: 164).

Evlilik yılı ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Araştırma grubunda evlenme biçimi ve evlilik sayısı ile depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 56'da gösterilmektedir.

Tablo 56. Araştırma Grubunda Evlenme Biçimi ve Evlilik Sayısı İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Evlenme Biçimi	Görücü Usulü	35	46.6	40	53.4	75	100.0	χ^2 : 0.344 p: 0.842
	Kendi Tanışarak	32	47.0	36	53.0	68	100.0	
	Akraba Evliliği	11	40.7	16	59.3	27	100.0	
Evlilik Sayısı	İlk Evlilikleri	73	45.6	87	54.4	160	100.0	χ^2 : 0.073 p: 0.788
	İlk Evlilikleri Değil	5	50	5	50	10	100.0	
Toplam		78	45.8	92	54.2	170	100.0	

*($p < 0.05$)

Geleneksel olarak görücü usulü veya akraba evliliği ile ve bir veya daha fazla evlilik yapmış olma durumu ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Araştırma grubunda annelik sorumluluğunu yerine getirdiğini düşünme ile kadınlarda depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 57'de gösterilmektedir.

Tablo 57. Araştırma Grubunda Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirdiğini Düşünme İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirdiğini Düşünme	Evet	25	60.9	16	39.1	41	100.0	χ^2 : 5.632 p: 0.60
	Kısmen	37	39.3	57	60.7	94	100.0	
	Hayır	8	40.0	12	60.0	20	100.0	
Toplam		70	45.1	85	54.9	155	100.0	

* ($p < 0.05$)

**Çocuk sahibi olanlar değerlendirmeye alınmıştır (n: 155).

Annelik sorumluluğunu yerine getirdiğini düşünenler ile depresif belirti gösterenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda eşin ev içindeki konumu ile kadınlarda depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 58'de gösterilmektedir.

Tablo 58. Araştırma Grubunda Eşin Ev İçindeki Konumu İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Eşin Ev İçi Konumu (Sorumluluk Alma)	Tek Alanda	21	41.1	30	58.9	51	100.0	χ^2 : 0.794 p: 0.373
	Birden Fazla Alanda	55	48.6	58	51.4	113	100.0	
Toplam		76	46.3	88	53.7	164	100.0	

* ($p < 0.05$)

*Sadece evli olanlar değerlendirmeye alınmıştır (n: 164).

Eşlerin ev içinde birden fazla alanda sorumluluk alması ile, kadınlarda depresif belirti görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda eşlerin mesleği ve çalışma durumları ile kadınların depresif belirti göstermeleri arasındaki ilişki Tablo 59'da gösterilmektedir.

Tablo 59. Araştırma Grubunda Eşlerin Mesleği ve Çalışma Durumları İle Kadınların Depresif Belirti Göstermeleri Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Eş Mesleği	İşçi	56	45.5	67	54.5	123	100.0	χ^2 :0.736 p: 0.865
	Memur	5	45.4	6	54.6	11	100.0	
	Emekli	7	43.7	9	56.3	16	100.0	
	Serbest	8	57.1	6	42.9	14	100.0	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	12	46.1	14	53.9	26	100.0	χ^2 :0.004 p: 0.983
	Çalışıyor	64	46.3	74	53.7	138	100.0	
Toplam		76	46.3	88	53.7	164	100.0	

* (p < 0.05)

*Sadece evli olanlar değerlendirmeye alınmıştır (n:164).

Eşlerin sahip oldukları meslek tipleri ve çalışma durumları ile kadınların depresif belirti gösterme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda sigara ve alkol kullanımı ile depresif belirti arasındaki ilişki Tablo 60'da gösterilmektedir.

Tablo 60. Araştırma Grubunda Sigara ve Alkol Kullanımı İle Depresif Belirti Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Sigara Kullanımı	Var	18	38.3	29	61.7	47	100.0	χ^2 : 2.556 p: 0.110
	Yok	95	51.4	90	48.6	185	100.0	
Alkol Kullanımı	Var	3	75	1	25	4	100.0	χ^2 :1.126 p: 0.289
	Yok	110	48.2	118	51.8	228	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Tablo 60'da görüldüğü gibi sigara ve alkol kullanımı ile depresif belirti görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda sosyal aktivitenin depresif belirti görülme durumu ile ilişki Tablo 61'de gösterilmektedir.

Tablo 61. Araştırma Grubunda Sosyal Aktivitenin Depresif Belirti Görülme Durumu İle İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumu	İyi	42	48.8	44	51.2	86	100.0	χ^2 : 0.001 p: 0.976
	Kötü	71	48.6	75	51.4	146	100.0	
Sosyal Çevreye Katılım	İyi	40	59.7	27	40.3	67	100.0	χ^2 : 4.558 *p: 0.033
	Kötü	73	44.2	92	55.8	165	100.0	
Sosyal Konulara İlgisi	İyi	103	49.0	107	51.0	210	100.0	χ^2 : 0.588 p: 0.745
	Orta	8	50	8	50	16	100.0	
	Kötü	2	33.3	4	46.7	6	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

* (p < 0.05)

Boş zamanlarını değerlendirme durumu ve sosyal konulara ilgi düzeyi ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Sosyal çevreye katılım düzeyi kötü olanlarda, iyi olanlara göre daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.033).

Araştırma grubunda sosyoekonomik durum ile kadınlarda depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 62'de gösterilmektedir.

Tablo 62. Araştırma Grubunda Sosyoekonomik Durum İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Meslek Sahibi Olma	Evet	31	58.5	22	41.5	53	100.0	χ^2 : 2.632 p: 0.105
	Hayır	82	45.8	97	54.2	179	100.0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	56.0	18	44.0	41	100.0	χ^2 : 1.089 p: 0.297
	Çalışmıyor	90	47.1	101	52.9	191	100.0	
Sosyal Güvence Varlığı	Var	78	51.3	74	48.7	152	100.0	χ^2 : 1.201 p: 0.273
	Yok	35	43.7	45	56.3	80	100.0	
Düzenli Gelir Durumu	Var	87	50.0	87	50.0	174	100.0	χ^2 : 0.466 p: 0.495
	Yok	26	44.8	32	55.2	58	100.0	
Kira Durumu	Ev Kirası Ödüyor	17	34.0	33	66.0	50	100.0	χ^2 : 5.518 * p: 0.019
	Ev Kirası Ödemiyor	96	52.7	86	47.3	182	100.0	
Araba Varlığı	Var	30	53.5	26	46.5	56	100.0	χ^2 : 0.699 p: 0.403
	Yok	83	47.1	93	52.9	176	100.0	
Sahip Olunan Ev Eşyasının Durumu	İyi	69	55.2	56	44.8	125	100.0	χ^2 : 4.574 *p: 0.032
	Kötü	44	41.1	63	58.9	107	100.0	
Yaşanan Konutun Durumu	Uygun	47	50.5	46	49.5	93	100.0	χ^2 : 1.546 p: 0.462
	Uygun Değil	55	50.0	55	50.0	110	100.0	
	Hiç Uygun Değil	11	37.9	18	62.1	29	100.0	
Toplam		113	48.8	119	51.2	232	100.0	

* (p < 0.05)

Kadınların meslek sahibi olmaları ve çalışma durumları ile depresif belirti göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sosyal güvence ve düzenli gelir durumları ile depresif belirti görülme arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Buna karşın kira ödeyenlerde, ödemeyenlere göre daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.019). Araba sahibi olmak ve yaşanan konutun durumu ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Sahip olunan eşya durumlarına baktığımızda, kötü düzeyde yani yetersiz eşyası olanlarda, iyi düzeyde olanlara göre daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.032).

Araştırma grubunda aylık net gelir ortalaması ile kadınlarda depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 63'de gösterilmektedir.

Tablo 63. Araştırma Grubunda Aylık Net Gelir Ortalaması İle Kadınlarda Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Gelir Ortalaması	192 milyon ve ↓	45	45.0	55	55.0	100.0	100.0	χ^2 : 2.707 p: 0.100
	192 milyon ↑	62	56.4	48	43.6	110	100.0	
Toplam		107	51.0	103	49.0	210	100.0	

* ($p < 0.05$)

Aylık net gelir ortalaması ile depresif belirti görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda çalışma saatleri ile depresif belirtilerin görülme durumu arasındaki ilişki Tablo 64'de gösterilmektedir.

Tablo 64. Araştırma Grubunda Çalışma Saatleri İle Depresif Belirtilerin Görülme Durumu Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Çalışma Saatleri	Fazla Mesai	11	44.0	13	56.0	25	100.0	χ^2 : 2.476 p: 0.116
	Normal Mesai	12	70.5	5	29.5	17	100.0	
Toplam		23	56.0	18	44.0	41	100.0	

* ($p < 0.05$)

* Sadece çalışanlar değerlendirmeye alınmıştır (n: 41).

Çalışma saatleri ile depresyon belirtileri gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda menstrüel siklus ile depresif belirti görülme durumu arasındaki ilişki Tablo 65'de gösterilmektedir.

Tablo 65. Araştırma Grubunda Menstrüel Siklus İle Depresif Belirti Görülme Durumu Arasındaki İlişki.

	Menstrüel Siklus	BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Son Menstrüasyon Tarihi	Menstrüasyon Görmüyor	22	53.7	19	46.3	41	100.0	χ^2 : 1.489 p: 0.685
	Premenstrüel	20	54.1	17	45.9	37	100.0	
	Postmenstrüel	55	45.1	67	54.9	122	100.0	
	Menstrüasyon	16	50.0	16	50.0	32	100.0	
Menstrüasyon Durumu	Menstrüasyon Görüyor	91	47.6	100.0	52.4	191	100.0	χ^2 : 0.489 p: 0.484
	Menstrüasyon Görmüyor	22	53.7	19	46.3	41	100.0	
Menstrüasyon Düzensizliği	Var	30	46.9	34	53.1	64	100.0	χ^2 : 0.119 p: 0.730
	Yok	83	49.4	85	50.6	168	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Görüşme sırasında kadının içinde bulunduğu menstrüasyon dönemi ile depresif belirti gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Menstrüasyon görme durumu ve menstrüasyon düzensizliği ile kadınlarda depresif belirti görülme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırma grubunda gebelik ve çocuk sahibi olma durumu ile depresif belirti gösterme arasındaki ilişki Tablo 66'da gösterilmektedir..

Tablo 66. Araştırma Grubunda Gebelik ve Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Gebe Kalma Durumu	Evet	72	69.9	31	30.1	103	100.0	χ^2 : 2.836 p: 0.092
	Hayır	41	29.4	88	70.6	139	100.0	
Çocuk Varlığı	Evet	70	45.1	85	54.9	155	100.0	χ^2 : 2.350 p: 0.125
	Hayır	43	55.8	34	44.2	77	100.0	
Ölü Doğum/Kürtaj/Düşük Yapma Durumu	Evet	25	36.2	44	63.8	69	100.0	χ^2 : 6.118 *p: 0.013
	Hayır	88	53.9	75	46.1	163	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Kadınların gebelik durumu ve çocuk sahibi olmaları ile depresif belirti göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ölü doğum, kürtaj veya düşükten herhangi birine maruz kalma ile depresif belirti gösterme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölü doğum,

kürtaj veya düşükten herhangi birine maruz kalanlarda, maruz kalmayanlardan daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0,013).

Araştırma grubunda sahip olunan çocuk sayısı ile depresif belirti gösterme durumu arasındaki ilişki Tablo 67'de gösterilmektedir.

Tablo 67. Araştırma Grubunda Sahip Olunan Çocuk Sayısı İle Depresif Belirti Gösterme Durumu Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Canlı Çocuk Sayısı	1 Çocuk	11	40.7	16	59.3	27	100.0	χ^2 : 0.258 p: 0.612
	2 Çocuk ve ↑	59	46.1	69	53.9	128	100.0	
Toplam		70	45.2	85	54.6	155	100.0	

* (p < 0.05)

Kadınların sahip oldukları çocuk sayıları ile depresyon belirtileri gösterme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma grubunda aile planlaması yöntemi bilgileri ile depresyon belirtileri görülme durumu arasındaki ilişki Tablo 68'de gösterilmektedir..

Tablo 68. Araştırma Grubunda Aile Planlaması Yöntemi Bilgileri İle Depresyon Belirtileri Görülme Durumu Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı	Evet	56	44.8	69	55.2	125	100.0	χ^2 : 1.656 p: 0.198
	Hayır	57	53.2	50	46.8	107	100.0	
Korunma Yöntemleri	Etkin Yöntemler	40	50.0	40	50.0	80	100.0	χ^2 : 4.061 p: 0.131
	Etkin Olmayan Yöntemler	16	35.5	29	64.5	45	100.0	
	Yöntem Kullanmayanlar	57	53.2	50	46.8	107	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Aile planlaması yöntemi kullanımı ve kullanılan yöntem şekli ile depresif belirti görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırma grubunda soy geçmişte kronik hastalıklara ilişkin bilgiler ile depresif belirti görülme durumları arasındaki ilişki Tablo 69'da gösterilmektedir.

Tablo 69. Araştırma Grubunda Soy geçmişte Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler ile Depresif Belirti Görülme Durumları Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Soy geçmişte Kronik Hastalık	Var	46	43.8	59	56.2	105	100.0	χ^2 : 1.841 p: 0.175
	Yok	67	52.8	60	54.7	127	100.0	
Ailede Kronik Hastalığı Olan Kişi	Var	10	38.5	16	61.5	26	100.0	χ^2 : 1.230 p: 0.267
	Yok	103	50.0	103	50.0	206	100.0	
Kronik Hastaya Bakım	Evet	9	39.1	14	60.9	23	100.0	χ^2 : 0.937 p: 0.333
	Hayır	104	49.7	105	50.3	209	100.0	
Ebeveynlerde Depresyon Öyküsü	Var	12	36.3	21	63.7	33	100.0	χ^2 : 2.346 p: 0.126
	Yok	101	50.7	98	49.3	199	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Soy geçmişte görülen kronik hastalıklar ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çekirdek ailede kronik hastalık görülme durumu ve kronik hastaya bakım durumları ile depresif belirtiler arasında anlamlı ilişki yoktur. Ebeveynlerde depresyon öyküsü bulunması durumu ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırma grubunda öz geçmişte baskı ve travmaya maruz kalma durumu ile depresif belirti gösterme arasındaki ilişki Tablo 70'de gösterilmektedir.

Tablo 70. Araştırma Grubunda Öz geçmişte Baskı ve Travmaya Maruz Kalma Durumu İle Depresif Belirti Gösterme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var				
		n	%	n	%	n	%	
Baskın Ebeveyn	Var	19	32.7	39	67.3	58	100.0	χ^2 : 7.873 *p: 0.005
	Yok	94	54.0	80	46.0	174	100.0	
15 Yaşından Önce Ebeveyn Ölümü	Var	24	52.1	22	47.9	46	100.0	χ^2 : 0.276 p: 0.599
	Yok	89	47.8	97	52.2	186	100.0	
Üvey Ebeveyn Varlığı	Var	13	56.5	10	43.5	23	100.0	χ^2 : 0.624 p: 0.430
	Yok	100.0	47.8	109	52.2	209	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Öz geçmişinde ebeveyn tarafından aşırı korunma, 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşama ve üvey ebeveyn varlığı ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Baskın ebeveyn tarafından büyütülen kadınlarda depresif belirtiler diğerlerine göre daha fazla görülmektedir (p: 0.005).

Araştırma grubunda son bir yılda yaşanan sorunlar ile depresif belirti görülme arasındaki ilişki Tablo 71'de görülmektedir.

Tablo 71. Araştırma Grubunda Son Bir Yılda Yaşanan Sorunlar İle Depresif Belirti Görülme Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Evlilik Sorunu	Evet	4	20	16	80	20	100.0	χ^2 :7.219 *p: 0.007
	Hayır	109	51.4	103	48.6	212	100.0	
Sağlık sorunu	Evet	32	38.6	51	61.4	83	100.0	χ^2 :5.332 *p: 0.021
	Hayır	81	54.4	68	45.6	149	100.0	
Aile Sorunu	Evet	13	33.3	26	66.7	39	100.0	χ^2 : 4.435 *p: 0.035
	Hayır	100.0	51.8	93	48.2	193	100.0	
Yer Değişirme Sorunu	Evet	8	44.4	10	55.6	18	100.0	χ^2 :0.142 p: 0.706
	Hayır	105	49.1	109	50.9	214	100.0	
İş Sorunu	Evet	39	54.1	33	45.9	72	100.0	χ^2 :1.246 p: 0.264
	Hayır	74	46.2	86	53.8	160	100.0	
Parasal Sorunlar	Evet	51	47.2	57	52.8	108	100.0	χ^2 :0.178 p: 0.673
	Hayır	62	50.0	62	50.0	124	100.0	
Çocuk Sorunu	Evet	18	36.7	31	63.3	49	100.0	χ^2 :3.564 p: 0.059
	Hayır	95	51.9	88	48.1	183	100.0	
Eğitim Sorunu	Evet	15	51.7	14	48.3	29	100.0	χ^2 : 0.121 p: 0.728
	Hayır	98	48.3	105	51.7	203	100.0	
Kayıplar	Evet	20	39.2	31	60.8	51	100.0	χ^2 :2.357 p: 0.125
	Hayır	93	51.4	88	48.6	181	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

*(p < 0.05)

Yer değiştirme sorunu, iş sorunu, parasal sorunlar, çocuk sorunu ve eğitim sorunu olanlarda ve kayıp yaşayanlarda depresif belirti görülme arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Evlilik sorunu olanlarda depresif belirtiler, evlilik sorunu olmayanlara göre daha fazla görülmektedir (p: 0.007). Sağlık sorunu olanlarda depresif belirtiler sağlık sorunu olmayanlardan daha fazla görülmektedir (p: 0.021). Aile sorunu olanlarda, aile sorunu olmayanlara göre depresif belirtiler daha fazla görülmektedir (p: 0.035). Yer değiştirme sorunu, iş sorunu, parasal sorunlar, çocuk sorunu, eğitim sorunu ve kayıp yaşama durumu ile depresif belirti gösterme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda aile içi baskı uygulaması, kayıp yaşama ve yeni yaşam durumları ile depresif belirtiler arasındaki ilişki Tablo 72'de gösterilmektedir.

Tablo 72. Araştırma Grubunda Aile İçi Baskı Uygulaması, Kayıp Yaşama ve Yeni Yaşam Durumları İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Dayak	Var	8	22.9	27	77.1	35	100.0	χ^2 :11.024 *p: 0.001
	Yok	105	53.3	92	46.7	197	100.0	
Komşu İle Görüşmede Yasak	Var	2	20.0	8	80.0	10	100.0	χ^2 :3.447 p: 0.063
	Yok	111	50.0	111	50.0	222	100.0	
Akraba İle Görüşmede Yasak	Var	5	38.5	8	61.5	13	100.0	χ^2 :0.579 p: 0.447
	Yok	108	49.3	111	50.7	219	100.0	
Ayrılma/Boşanma Problemi Yaşama	Var	2	12.5	14	87.5	16	100.0	χ^2 :9.018 *p: 0.003
	Yok	111	51.6	105	48.4	215	100.0	
Boşanma Sonrası Sorun Yaşama	Var	1	11.1	8	88.9	9	100.0	χ^2 :5.297 *p: 0.021
	Yok	112	50.2	111	49.8	223	100.0	
Eş/Çocuk Kaybı	Var	12	37.5	20	62.5	32	100.0	χ^2 : 1.866 p: 0.172
	Yok	101	50.5	99	49.5	200	100.0	
Yakın Arkadaş Kaybı/Ayrılığı	Var	35	44.9	43	55.1	78	100.0	χ^2 :0.692 p: 0.406
	Yok	78	50.6	76	49.4	154	100.0	
** Yeni Yaşam Durumları	Var	8	42.1	11	57.9	19	100.0	χ^2 :0.361 p: 0.548
	Yok	105	49.3	108	50.7	213	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

** Emekli Olma / Çocukların Evden Ayrılması Durumuna Alışma

Ailesinde dayak olan kişilerde daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.001). Komşu ve akrabalar ile görüşmede yasaklama getirilme durumu ile depresif belirtiler görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Boşanma problemi yaşayanlarda, boşanma problemi yaşamayanlara göre daha fazla depresif belirti görülmektedir (p: 0.003). Boşanma sonrası sorun yaşayanlarda, sorun yaşamayanlardan daha fazla depresif belirti bulunmaktadır (p: 0.021). Eş/ çocuk kaybı, yakın arkadaş kaybı/ ayrılığı ve emekli olma/ çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşamsal olaylar ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırma grubundaki öğrencilerde öğrenci problemleri ile depresif belirtiler arasındaki ilişki Tablo 73'de gösterilmiştir.

Tablo 73. Araştırma Grubundaki Öğrencilerde Öğrenci Problemleri İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Derslerle İlgili Problem	Var	2	33.3	4	66.7	6	100.0	χ^2 : 1.222 p: 0.269
	Yok	9	60.0	6	40.0	15	100.0	
Öğretmen/Arkadaş Problemi	Var	0	0	3	0	3	100.0	χ^2 : 3.850 p: 0.050
	Yok	11	61.1	7	38.9	18	100.0	
Arkadaşları İle Okul Dışı Görüşme	Var	9	60.0	6	40.0	15	100.0	χ^2 : 1.222 p: 0.269
	Yok	2	33.3	4	66.7	6	100.0	
Toplam		11	52.3	10	47.7	21	100.0	

* (p < 0.05)

Ders problemi, öğretmen/ arkadaş problemi ve arkadaşlarla okul dışında görüşme ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma grubunda ilaç kullanımı ve hastalık durumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişki Tablo 74'de gösterilmektedir.

Tablo 74. Araştırma Grubunda İlaç Kullanımı ve Hastalık Durumu İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Devamlı Kullanılan İlaç	Var	23	38.3	37	61.7	60	100.0	χ^2 :3.486 p: 0.062
	Yok	90	52.3	82	47.4	172	100.0	
Önceden Geçirilen Hastalık	Var	23	37.7	38	62.3	61	100.0	χ^2 :4.010 *p: 0.045
	Yok	90	52.6	81	47.4	171	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Devamlı ilaç kullanımı ile depresif belirti görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Önceden hastalık geçirenlerde depresif belirtiler, diğerlerine göre daha fazla görülmektedir (p: 0.045).

Araştırma grubunda önceden depresyon geçirme ve depresyon tedavisi alma durumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişki Tablo 75'de gösterilmektedir.

Tablo 75. Araştırma Grubunda Önceden Depresyon Geçirme ve Depresyon Tedavisi Alma Durumu İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Önceden Depresyon Geçirme	Evet	22	40.0	33	60.0	55	100.0	$\chi^2: 2.188$ p: 0.139
	Hayır	91	51.4	86	48.6	177	100.0	
Önceden Depresyon Tedavisi	Var	15	42.9	20	57.1	35	100.0	$\chi^2: 0.565$ p: 0.452
	Yok	98	49.7	99	50.3	197	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Önceden depresyon geçirme durumu ve önceden depresyon tedavisi alma durumu ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma grubunda kişilik özelliği ve sıkıntı paylaşacak kişi varlığı ile depresif belirtiler arasındaki ilişki Tablo 76'de gösterilmektedir.

Tablo 76. Araştırma Grubunda Kişilik Özelliği ve Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığı İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki.

		BDE'ne Göre				Toplam		
		Depresif Belirti Yok		Depresif Belirti Var		n	%	
		n	%	n	%			
Kişilik Özelliği	İçedönük	55	44.4	69	55.6	124	100.0	$\chi^2: 2.019$ p: 0.155
	Dışadönük	58	53.7	50	46.3	108	100.0	
Sıkıntı Paylaşacak Kimse	Var	108	50.7	105	49.3	213	100.0	$\chi^2: 4.153$ *p: 0.042
	Yok	5	26.3	14	73.7	19	100.0	
Toplam		113	48.7	119	51.3	232	100.0	

* (p < 0.05)

Sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayanlarda depresif belirtiler, sıkıntısını paylaşacak kimsesi olanlara göre anlamlı derecede fazladır (p: 0.042).

4.8. Psikiyatrik Görüşmeye Gelmeyenlerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınlara uygulanan BDE sonrası depresif belirti gösterenlerden sağlık ocağına gelmeyenlerin özellikleri tanımlanmak istenmiştir. Bu amaçla sağlık ocağına gelen ve gelmeyen kadınlar bütün bağımsız değişkenlerle kıkare analizinde değerlendirilmiştir. Tablo 77'de analiz sonucu sadece anlamlı ilişki bulunan değişkenler gösterilmiştir.

Tablo 77. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Bağımsız Değişkenlerin Psikiyatrik Görüşmeyi Ret Etme Üzerine Etkileri.

		Psikiyatrik Görüşme				Toplam		
		Gelmeyen		Gelen		n	%	
		n	%	n	%			
Gebe Kalma Durumu	Hayır	13	41.9	18	58.1	31	100.0	χ^2 :5.491 *p: 0.019
	Evet	18	20.5	70	79.5	88	100.0	
Canlı Çocuk	Çocuk Yok	13	38.2	21	61.8	34	100.0	χ^2 :6.395 *p: 0.041
	1 Çocuk	6	37.5	10	62.5	16	100.0	
	2 Çocuk ve ↑	12	17.4	57	82.6	69	100.0	
Eğitim Durumu	Orta okul ve ↑	12	40.0	18	60.0	30	100.0	χ^2 :4.052 *p: 0.044
	İlkokul ve ↓	19	21.3	70	78.7	89	100.0	
Aile Sorunu	Var	2	7.7	24	92.3	26	100.0	χ^2 :5.820 *p: 0.021
	Yok	29	31.2	64	68.8	93	100.0	
Parasal Sorunlar	Var	20	35.1	37	64.9	57	100.0	χ^2 :4.638 *p: 0.031
	Yok	11	17.7	51	82.3	62	100.0	
Sıkıntıyı Paylaşacak Kimse	Yok	7	50.0	7	50.0	14	100.0	χ^2 :4.724 *p: 0.030
	Var	24	22.9	81	77.1	105	100.0	
Kişilik Özelliği	İçedönük	23	33.3	46	66.7	69	100.0	χ^2 :4.522 *p: 0.033
	Dışadönük	8	16.0	42	84.0	50	100.0	
Toplam		31	26.0	88	74.0	119	100.0	

* (p < 0.05)

Gebelik yaşamayan kişilerin % 41.9'u, gebe kalanların ise % 20.5'u görüşmeyi ret etmişlerdir. Çocuk sahibi olmayanların % 38.2'si, birden fazla çocuk sahibi olanların ise % 17.4' ü görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Gebelik ve çocuk izlemleri sırasında sağlık ocağı ve ebelerle kurulan ilişkilerin olumlu olması sonucu daha önce gebe olan ve çocuk sahibi olanlar psikiyatrik görüşme için sağlık ocağına gelmişlerdir. Orta okul ve daha yüksek eğitim seviyesindekiler, daha fazla yüzdeyle görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Aile sorunu olanların sadece % 7.7'si ret cevabı verirken, aile sorunu olmayanların % 31.2'si görüşmeye gelmemişlerdir. Parasal sorunları olan kadınların % 35.1'i , parasal sorunları olmayanların % 17.7'si görüşmeyi ret etmişlerdir. Sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayan kişilerin % 50'si görüşmeye gelmezken, paylaşacak yakını olanların % 22.9'u görüşmeye gelmemişlerdir. Kişilik özelliklerine baktığımızda içedönük kişilerin % 33.3'ü, dışadönük kişilerin % 16'sı sağlık ocağında psikiyatrik görüşmeyi kabul etmemişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınlardan psikiyatrik görüşmeyi ret edenler ile BDE'nden alınan puanlar arasındaki ilişki Tablo 78'de gösterilmektedir.

Tablo 78. Araştırmaya Katılan Kadınlardan Psikiyatrik Görüşmeyi Ret Edenler İle BDE'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki.

	HDDÖ	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
BDE	Uygulatan	88	22.63	8.25	13	53	t: - 0.6649
	Uygulatmayan	31	21.51	8.29	13	51	p: 0.518

* ($p < 0.05$)

Araştırmaya katılan kadınlardan psikiyatrik görüşmeyi kabul edenlerin BDE'nden aldıkları ortalama puan 22.63 ± 8.25 iken, görüşmeyi kabul etmeyenlerin BDE ortalama puanı 21.51 ± 8.29 bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. Depresif belirti görülme durumu ile psikiyatrik görüşmeyi ret etme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

4.9. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Uygulanan Kişilerin Değerlendirilmesi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların mahallelere göre dağılımı Tablo 79'da gösterilmektedir.

Tablo 79. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Mahallelere Göre Dağılımı.

	Mahalle	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Balatçık	73	11.79	7.11	0.00	28.00	45.49	χ^2 : 0.677
	Küçük Çiğli	6	9.50	5.54	3.00	18.00	38.17	p: 0.713
	Uğur Mumcu	9	10.22	6.62	2.00	21.00	40.72	

* ($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanların, oturdukları mahallelere göre tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile incelenmesi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanların yaş ortalamalarına göre dağılımı Tablo 80'de gösterilmektedir.

Tablo 80. HDDÖ'nden Aldıkları Ortalama Puanların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı.

	Yaş Ortalaması	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	30 yaş ve 30 yaş ↓	47	11.48	7.27	0.00	28.00	t: 0.017
	30yaş ↑	41	11.46	6.62	0.00	26.00	p: 0.986

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

30 yaş ve 30 yaş altındaki kadınların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar 11.48 ± 7.27 iken, 30 yaş üstündeki kadınların ortalama puanları 11.46 ± 6.62 'dir. Yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Bağımsız gruplarda t- testi).

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların doğum bölgelerine göre dağılımı Tablo 81'de gösterilmektedir.

Tablo 81. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Doğum Bölgelerine Göre Dağılımı.

	Doğum Bölgesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Ege Bölgesi	33	11.78	7.11	0.00	25.00	t: 0.323 p: 0.747
	Diğer Bölgeler	55	11.29	6.86	0.00	28.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar açısından doğum bölgelerine göre gruplar arasında, bağımsız gruplarda t- testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların göç bölgelerine göre dağılımı Tablo 82'de gösterilmektedir.

Tablo 82. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Göç Bölgelerine Göre Dağılımı.

	Göç Bölgesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Ege Bölgesi	26	10.57	6.39	0.00	25.00	41.38	U: 725.000 p: 0.458
	Diğer Bölgeler	62	11.85	6.96	0.00	28.00	45.81	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ ortalama puanı, diğer bölgelerden Balatçık'a göç edenlerde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların son beş yıldır yaşanan bölgelere göre dağılımı Tablo 83'de gösterilmektedir..

Tablo 83. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Beş Yıldır Yaşanan Bölgelere Göre Dağılımı.

	Son Beş Yıldır Yaşanan Bölge	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Ege Bölgesi	83	11.31	6.96	0.00	28.00	43.86	U: 154.500 p: 0.339
	Diğer Bölgeler	5	14.20	6.72	8.00	24.00	55.10	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Psikiyatrik görüşmeye gelen kadınların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanların, son beş yıldır yaşanan bölgelere açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların Balatçık'da yaşama süresine göre dağılımı Tablo 84'de gösterilmektedir.

Tablo 84. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Balatçık'ta Yaşama Süresine Göre Dağılımı.

	Balatçık'da Yaşama Süresi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	10 yıl ve 10 yıl ↓	52	9.84	6.76	0.00	25.00	t: - 2.746 * p: 0.007
	10 yıl ↑	36	13.83	6.58	1.00	28.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

HDDÖ ortalama puanları, 10 yıldan daha fazla süredir Balatçık' ta yaşayanlarda 13.83 ± 6.58 iken, 10 yıl ve daha az süredir Balatçık'ta yaşayanlarda 9.84 ± 6.76 'dır. Grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.746, p: 0.007).

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların medeni duruma göre dağılımı Tablo 85'de gösterilmektedir.

Tablo 85. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımı.

	Medeni Durum	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Evli Değil	19	9.00	6.99	0.00	24.00	34.95	U: 474.000 p: 0.065
	Evli	69	12.15	6.82	0.00	28.00	47.13	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Evli ve evli olmayan kadınların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların aile yapısına göre dağılımı Tablo 86'da gösterilmektedir.

Tablo 86. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Yapısına Göre Dağılımı.

	Aile Yapısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Çekirdek Aile	63	12.11	7.11	0.00	28.00	46.66	χ^2 : 2.933 p: 0.231
	Geniş Aile	19	8.94	6.03	1.00	18.00	35.74	
	Parçalanmış Aile	6	12.83	6.96	4.00	23.00	49.58	

* ($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar açısından aile yapısına ait grupların tek yönlü Kruskal Wallis varyans analizi ile incelenmesi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların gebe kalma durumuna göre dağılımı Tablo 89'da gösterilmektedir.

Tablo 89. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı.

	Gebe Kalma Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	18	9.00	7.36	0.00	25.00	34.72	U: 454.000 p: 0.068
	Evet	70	12.11	6.73	0.00	28.00	47.01	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ ortalama puanları açısından, önceden gebe kalma durumuna ait gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanların çocuk varlığına göre dağılımı Tablo 90'da gösterilmektedir.

Tablo 90. HDDÖ'nden Aldıkları Ortalama Puanların Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.

	Çocuk Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	21	10.14	7.37	0.00	25.00	39.17	U: 591.500 p: 0.272
	Var	67	11.89	6.80	0.00	28.00	46.17	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar çocuğu olan kadınlarda 11.89 ± 6.80 iken, çocuğu olmayan kadınlarda 10.14 ± 7.37 'dir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların canlı çocuk sayısı durumuna göre dağılımı Tablo 91'de gösterilmektedir.

Tablo 91. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Canlı Çocuk Sayısı Durumuna Göre Dağılımı.

	Canlı Çocuk Sayısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	1 Çocuk	10	13.90	7.23	5.00	28.00	38.75	U: 237.500 p: 0.402
	2 Çocuk ve ↑	57	11.54	6.73	0.00	26.00	33.17	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Sahip olunan çocuk sayısı açısından, HDDÖ'nden alınan ortalama puanlarda gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ölü doğum/ kürtaj/ düşük durumuna göre dağılımı Tablo 92'de gösterilmektedir.

Tablo 92. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ölü Doğum/ Kürtaj/Düşük Durumuna Göre Dağılımı.

	Ölü Doğum/ Kürtaj/ Düşük Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	56	10.71	7.19	0.00	28.00	t: - 1.371 p: 0.174
	Var	32	12.81	6.36	3.00	26.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

Ölü doğum, düşük, kürtaj gibi travmatize edici olaylardan herhangi birine maruz kalan kişilerin HDDÖ'nden aldıkları ortalama puan 12.81 ± 6.36 iken, bu olaylardan herhangi birine maruz kalmayan kişilerde ortalama puanlar 10.71 ± 7.19 bulunmuştur. Grup ortalamaları, bağımsız gruplarda t- testi ile incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların menstruasyon durumuna göre dağılımı Tablo 93'de gösterilmektedir.

Tablo 93. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Menstrüasyon Durumuna Göre Dağılımı.

	Menstrüasyon Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Menstrüasyon Görmüyor	13	12.38	7.67	1.00	25.00	48.35	U: 437.500 p: 0.556
	Menstrüasyon Görüyor	75	11.32	6.85	0.00	28.00	43.83	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Menstrüasyon gören ve görmeyen grupların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların son menstruasyon tarihine göre dağılımı Tablo 94'de gösterilmektedir.

Tablo 94. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Menstrüasyon Tarihinin Göre Dağılımı.

	Son Menstrüasyon Tarihi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Menstrüasyon Görmüyor	13	12.38	7.6761	1.00	25.00	49.88	χ^2 : 2.587 p: 0.460
	Pre-menstrüel	16	13.18	7.2039	3.00	28.00	49.50	
	Postmenstrüel	48	10.45	6.8353	.00	24.00	40.69	
	Menstrüasyon	11	12.36	6.2972	3.00	26.00	47.50	

* ($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal Wallis Varyans Analizi

Son menstruasyon tarihine göre, kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların menstruasyon düzensizliğine göre dağılımı Tablo 95'de gösterilmektedir.

Tablo 95. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Menstrüasyon Düzensizliğine Göre Dağılımı.

	Menstrüasyon Düzensizliği	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	61	11.75	7.04	0.00	28.00	45.34	U: 772.000 p: 0.641
	Evet	27	10.85	6.79	0.00	24.00	42.59	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlarda, menstrüasyon düzensizliği açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların aile planlaması yöntemi kullanımına göre dağılımı Tablo 96'da gösterilmektedir.

Tablo 96. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı.

	Aile Planlaması Yöntemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Kullanmıyor	33	10.18	6.93	0.00	25.00	t: - 1.362 p: 0.177
	Kullanıyor	55	12.25	6.89	0.00	28.00	

*($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

Aile planlaması yöntemi kullananlarda HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar 12.25 ± 6.89 iken, yöntem kullanmayanlarda 10.18 ± 6.93 'dür. Bağımsız gruplarda t- testi uygulandığında iki grup ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların aile planlaması yönteminin biçimine göre dağılımı Tablo 97'de gösterilmektedir.

Tablo 97. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Aile Planlaması Yönteminin Biçimine Göre Dağılımı.

	Aile Planlaması Yöntem Biçimi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Etkin Olmayan Yöntemler	22	10.95	6.41	0.00	24.00	25.11	U: 299.500 p: 0.274
	Etkin Yöntemler	33	13.12	7.15	1.00	26.00	29.92	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ ortalama puanları arasında, kullanılan aile planlaması yöntem biçimine göre istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların evlenme biçimlerine göre dağılımı Tablo 98'de gösterilmektedir.

Tablo 98. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlenme Biçimlerine Göre Dağılımı.

	Evlenme Biçimi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Görücü Usulü	30	11.90	6.67	3.00	26.00	35.70	χ^2 : 2.086 p: 0.352
	Akraba Evliliği	14	10.28	6.56	1.00	21.00	30.61	
	Kendi Tanışarak	28	13.46	7.19	0.00	28.00	40.30	

*($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlarda, evlenme biçimleri açısından gruplar arasında yapılan tek yönlü Kruskal- Wallis varyans analizinde istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların evlilik yılına göre dağılımı Tablo 99'da gösterilmektedir.

Tablo 99. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlilik Yılına Göre Dağılımı.

	Evlilik Yılı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	10 yıl ve ↓	34	12.35	7.47	0.00	28.00	t: 0.231
	10 yıl ↑	35	11.97	6.22	3.00	26.00	p: 0.818

*($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

10 yıldan az süredir evli olanlarda HDDÖ'nden alınan ortalama puan 12.35 ± 7.47 iken, 10 yıldan fazla süredir evli olanlarda 11.97 ± 6.22 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların evlilik sayısına göre dağılımı Tablo 100'de gösterilmektedir.

Tablo 100. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Evlilik Sayısına Göre Dağılımı.

	Evlilik Sayısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	İlk Evlilikleri Değil	4	12.00	5.88	4.00	18.00	36.50	U: 167.500 p: 1.00
	İlk Evliliği	65	12.16	6.91	0.00	28.00	36.50	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Evlilik sayısı açısından gruplar arasında aldıkları HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 101'de gösterilmektedir.

Tablo 101. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	İlkokul ve ↓	70	11.87	6.94	0.00	28.00	45.84	U: 536.000 p: 0.330
	Orta okul ve ↑	18	9.94	6.89	1.00	24.00	39.28	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ'nden alınan puan ortalamalarında, eğitim durumu açısından gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların meslek varlığına göre dağılımı Tablo 102'de gösterilmektedir.

Tablo 102. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Meslek Varlığına Göre Dağılımı.

	Meslek Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	72	11.19	6.91	0.00	26.00	43.58	U: 509.500 p: 0.471
	Evet	16	12.75	7.13	2.00	28.00	48.66	

* ($p < 0.05$), Mann-Whitney U Testi

Meslek sahibi olma durumuna göre iki grupta alınan HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların iş durumuna göre dağılımı Tablo 103'de gösterilmektedir.

Tablo 103. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların İş Durumuna Göre Dağılımı.

	İş Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Çalışmıyor	75	11.32	6.83	0.00	26.00	44.07	U: 455.500 p: 0.706
	Çalışıyor	13	12.38	7.77	2.00	28.00	46.96	

* ($p < 0.05$), Mann-Whitney U Testi

Çalışan kadınlarda HDDÖ ortalama puanı 12.38 ± 7.77 iken, çalışmayan kadınlarda 11.32 ± 6.83 'dür. Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde iki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların çalışma saatlerine göre dağılımı Tablo 104'de gösterilmektedir.

Tablo 104. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı.

	Çalışma Saatleri	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Fazla mesai	10	12.40	7.48	4.00	28.00	7.05	U: 14.500 p: 0.932
	Normal mesai	3	12.33	10.50	2.00	23.00	6.83	

* ($p < 0.05$), Mann-Whitney U Testi

HDDÖ ortalama puanlarında, çalışma saatleri açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ders problemi varlığına göre dağılımı Tablo 105'de gösterilmektedir.

Tablo 105. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ders Problemi Varlığına Göre Dağılımı.

	Ders Problemi Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	2	9.00	11.31	1.00	17.00	2.75	U: 2.500 p: 0.767
	Evet	3	11.33	11.67	1.00	24.00	3.17	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Ders problemi olan öğrencilerin HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar 11.33 ± 11.67 iken, ders problemi olmayanların ortalama puanlar 9.00 ± 11.31 bulunmuştur. İki grup ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların öğretmen/arkadaş problemi varlığına göre dağılımı Tablo 106'da gösterilmektedir.

Tablo 106. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Öğretmen/Arkadaş Problemi Varlığına Göre Dağılımı.

	Öğretmen/Arkadaş Problemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	4	7.00	7.65	1.00	17.00	2.50	U: 0.000 p: 0.147
	Evet	1	24.00		24.00	24.00	5.00	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Öğretmen/Arkadaş problemi varlığına göre iki grup arasında HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ders dışı arkadaşları ile görüşme durumuna göre dağılımı Tablo 107'de gösterilmektedir.

Tablo 107. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ders Dışı Arkadaşları İle Görüşme Durumuna Göre Dağılımı.

	Ders Dışı Görüşme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	2	1.00	0.00	1.00	1.00	1.50	U: 0.000 p: 0.076
	Var	3	16.66	7.50	9.00	24.00	4.00	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Ders dışında arkadaşları ile görüşme durumu açısından iki grup arasında HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eşlerin meslek durumuna göre dağılımı Tablo 108'de gösterilmektedir.

Tablo 108. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı.

	Eşin Meslek Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	İşçi	51	12.11	7.11	0.00	28.00	34.76	χ^2 : 0.621 p: 0.892
	Memur	5	14.00	3.80	9.00	19.00	41.40	
	Emekli	8	11.37	7.48	4.00	21.00	32.75	
	Serbest	5	12.00	6.32	4.00	20.00	34.60	

*($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal Wallis Varyans Analizi

Eşlerin sahip oldukları mesleklere göre gruplar arasında, alınan HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eşlerin iş durumuna göre dağılımı Tablo 109'da gösterilmektedir.

Tablo 109. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşlerin İş Durumuna Göre Dağılımı.

	Eşin İş Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Çalışmıyor	11	12.09	6.17	4.00	21.00	35.05	U: 318.500 p: 0.993
	Çalışıyor	58	12.17	6.98	0.00	28.00	34.99	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Eşlerin çalışma durumları açısından iki grupta, alınan HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların araba varlığına göre dağılımı Tablo 110'da gösterilmektedir.

Tablo 110. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Araba Varlığına Göre Dağılımı.

	Araba Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	69	12.23	6.87	0.00	28.00	47.42	U: 454.000 *p: 0.041
	Evet	19	8.73	6.64	1.00	26.00	33.89	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Araba sahibi olanların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar 8.73 ± 6.64 iken, araba sahibi olmayanların ortalama puanları 12.23 ± 6.87 'dir. HDDÖ ortalama puanları açısından araba sahibi olan ve olmayan kadınlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 454.000, p: 0.041)

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların düzenli gelir varlığına göre dağılımı Tablo 111'de gösterilmektedir.

Tablo 111. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Düzenli Gelir Varlığına Göre Dağılımı.

	Düzenli Gelir Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	24	13.25	7.07	1.00	28.00	51.00	U: 612.000 p: 0.143
	Evet	64	10.81	6.83	0.00	25.00	42.06	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Düzenli gelir varlığına ilişkin gruplarda, HDDÖ ortalama puanları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların sosyal güvence varlığına göre dağılımı Tablo 112'de gösterilmektedir.

Tablo 112. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Güvence Varlığına Göre Dağılımı.

	Sosyal Güvence Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	36	11.72	7.62	1.00	28.00	44.75	U: 927.000 p: 0.939
	Evet	52	11.30	6.50	0.00	26.00	44.33	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Sosyal güvence varlığına ilişkin gruplarda HDDÖ ortalama puanları arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların kira durumuna göre dağılımı Tablo 113'de gösterilmektedir.

Tablo 113. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kira Durumuna Göre Dağılımı.

	Kira Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Kira Ödüyor	26	10.76	6.70	0.00	26.00	41.94	U: 739.500 p: 0.542
	Kira Ödemiyor	62	11.77	7.07	0.00	28.00	45.57	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Kira ödeyen ve ödemeyen gruplarda HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların konut durumuna göre dağılımı Tablo 114'de gösterilmektedir.

Tablo 114. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Konut Durumuna Göre Dağılımı.

	Konut Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hiç Uygun Değil	13	10.92	8.16	0.00	23.00	42.31	χ^2 : 1.014 p: 0.602
	Uygun Değil	41	12.26	6.98	1.00	28.00	47.43	
	Uygun	34	10.73	6.50	1.00	24.00	41.81	

* ($p < 0.05$), Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

Uygun olmayan konutlarda yaşayanlarda HDDÖ ortalama puanı 12.26 ± 6.98 iken, hiç uygun olmayan konutlarda yaşayanların puan ortalaması 10.92 ± 8.16 , uygun konutlarda yaşayanlarda ise 10.73 ± 6.50 'dir. Üç grup ortalama puanları arasında tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi uygulandığında anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların gelir ortalamasına göre dağılımı Tablo 115'de gösterilmektedir.

Tablo 115. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Gelir Ortalamasına Göre Dağılımı.

	Gelir ortalaması	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	192 milyon ve ↓	44	11.54	7.52	0.00	28.00	t: - 0.377 p: 0.707
	192 milyon ↑	32	12.15	6.13	1.00	24.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

Aylık net gelir ortalaması 192 milyon TL. ve daha az olanlarda HDDÖ ortalama puanı 11.54 ± 7.52 iken, 192 milyon TL.'dan fazla olanların ortalama puanı 12.15 ± 6.13 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eşya durumuna göre dağılımı Tablo 116'da gösterilmektedir.

Tablo 116. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşya Durumuna Göre Dağılımı.

	Eşya Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Kötü	46	10.82	6.53	0.00	23.00	t: - 0.920 p: 0.360
	İyi	42	12.19	7.37	1.00	28.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

Ev içinde sahip olunan eşya durumu iyi olanların HDDÖ ortalama puanı 12.19 ± 7.37 iken, eşya durumu kötü olanların ortalama puanı 10.82 ± 6.53 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında ortalama puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların boş zamanları değerlendirme durumuna göre dağılımı Tablo 117'de gösterilmektedir.

Tablo 117. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boş Zamanları Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı.

	Boş Zaman Değerlendirme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Kötü	57	11.78	6.94	0.00	26.00	t: 0.570 p: 0.570
	İyi	31	10.90	7.02	1.00	28.00	

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t- testi

Boş zamanlarında iyi düzeyde değerlendiren kadınlarda HDDÖ ortalama puanı 10.90 ± 7.02 iken, kötü düzeyde değerlendirenlerin ortalama puanı 11.78 ± 6.94 'dür. İki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların sosyal çevreye katılım durumuna göre dağılımı Tablo 118'de gösterilmektedir.

Tablo 118. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Çevreye Katılım Durumuna Göre Dağılımı.

	Sosyal Çevreye Katılım	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Kötü	67	11.04	6.12	0.00	26.00	43.51	U: 637.000 p: 0.514
	İyi	21	12.85	9.12	1.00	28.00	47.67	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Sosyal çevreye katılımı iyi düzeyde olanlarda HDDÖ ortalama puanı 12.85 ± 9.12 iken, sosyal çevreye katılımı kötü düzeyde olanlarda 11.04 ± 6.12 'dir. İki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların sosyal konulara ilgi düzeyine göre dağılımı Tablo 119'da gösterilmektedir.

Tablo 119. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sosyal Konulara İlgi Düzeyine Göre Dağılımı.

	Sosyal Konulara İlgi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Kötü	1	18.00	.	18.00	18.00	72.00	χ^2 : 1.829 p: 0.401
	Orta	7	9.14	4.52	4.00	17.00	36.71	
	İyi	80	11.60	7.10	0.00	28.00	44.84	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

HDDÖ ortalama puanları açısından, sosyal konulara ilgi düzeyine göre gruplar tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ev içinde sorumluluk alma durumuna göre dağılımı Tablo 120'de gösterilmektedir..

Tablo 120. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.

	Ev İçinde Sorumluluk Alma	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Tek Alanda	33	9.78	6.12	0.00	24.00	t: - 1.790
	Birden Fazla Alanda	55	12.49	7.25	0.00	28.00	p: 0.077

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar açısından , ev içinde sorumluluk alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eşin ev içinde sorumluluk alma durumuna göre dağılımı Tablo 121'de gösterilmektedir.

Tablo 121. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.

	Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Tek Alanda	23	12.17	5.55	1.00	22.00	35.57	U: 516.00 p: 0.868
	Birden Fazla Alanda	46	12.15	7.43	0.00	28.00	34.72	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar, eşin ev içinde tek veya birden fazla alanda sorumluluk aldığı gruplarda Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. İki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların annelik sorumluluğunu yerine getirme düşüncesine göre dağılımı Tablo 122'de gösterilmektedir.

Tablo 122. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme Düşüncesine Göre Dağılımı.

	Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	9	11.66	7.43	2.00	24.00	32.83	χ^2 : 4.017 p: 0.134
	Kısmen	43	13.00	7.13	0.00	28.00	37.09	
	Evet	15	8.86	4.53	1.00	19.00	25.83	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal Wallis Varyans Analizi.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanlar, annelik sorumluluğunu yerine getirme düşüncesine ait gruplarda tek yönlü Kruskal Wallis Varyans analizi ile incelenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların karar verme sürecine katılımına göre dağılımı Tablo 123'de gösterilmektedir.

Tablo 123. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Karar Verme Sürecine Katılımına Göre Dağılımı.

	Karar Verme Sürecine Katılım	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	22	11.81	7.18	1.00	26.00	45.66	U: 700.500 p: 0.806
	Evet	66	11.36	6.91	0.00	28.00	44.11	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Karar verme süreci açısından grup HDDÖ ortalama puanları Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde iki grup ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların sigara kullanımına göre dağılımı Tablo 124'de gösterilmektedir.

Tablo 124. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.

	Sigara Kullanımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	66	11.45	7.33	0.00	28.00	44.32	U: 714.000 p: 0.908
	Evet	22	11.54	5.77	2.00	24.00	45.05	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Sigara kullanan ve kullanmayan grupların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların alkol kullanımına göre dağılımı Tablo 125'de gösterilmektedir.

Tablo 125. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.

	Alkol Kullanımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	87	11.58	6.90	0.00	28.00	44.94	U: 5.500 P: 0.134
	Evet	1	2.00	.	2.00	2.00	6.50	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Alkol kullanan ve kullanmayanların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ailede dayak durumuna göre dağılımı Tablo 126'da gösterilmektedir.

Tablo 126. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ailede Dayak Durumuna Göre Dağılımı.

	Dayak Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	70	11.45	7.31	0.00	28.00	44.21	U: 610.00 p: 0.836
	Evet	18	11.55	5.43	1.00	18.00	45.61	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Aile içinde dayak olan ve olmayan gruplarda HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların komşu ile görüşmede yasaklama durumuna göre dağılımı Tablo 127'de gösterilmektedir.

Tablo 127. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Komşu İle Görüşmede Yasaklama Durumuna Göre Dağılımı.

	Komşu İle Görüşmede Yasaklama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Var	5	15.00	3.87	11.00	20.00	59.60	U: 132.00 p: 0.173
	Yok	83	11.26	7.04	0.00	28.00	43.59	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Komşu ile görüşmesi yasak olan kadınların HDDÖ'nden aldıkları ortalama puan 15.00 ± 3.87 iken, komşu ile görüşmesi yasak olmayan kadınların ortalama puanı 11.26 ± 7.04 'dür. İki grup ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların akraba ile görüşme yasağı durumuna göre dağılımı Tablo 128'de gösterilmektedir.

Tablo 128. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Akraba İle Görüşme Yasağı Durumuna Göre Dağılımı.

	Akraba İle Görüşme Yasağı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Var	4	13.75	3.09	11.00	18.00	55.00	U: 126.00 p: 0.399
	Yok	84	11.36	7.06	0.00	28.00	44.00	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Akraba ile görüşme yasağı olan kadınların HDDÖ ortalama puanı 13.75 ± 3.09 iken, görüşme yasağı olmayanların ortalama puanı 11.36 ± 7.06 'dır. İki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların boşanma problemine göre dağılımı Tablo 129'da gösterilmektedir.

Tablo 129. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boşanma Problemine Göre Dağılımı.

	Boşanma Problemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	76	10.94	6.92	0.00	26.00	42.75	U: 323.00 p: 0.105
	Var	12	14.83	6.32	4.00	28.00	55.58	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Boşanma problemi yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 14.83 ± 6.32 iken , boşanma problemi yaşamayan kadınların ortalama puanı 10.94 ± 6.92 'dir. İki grup ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların boşanma sonrası sorun yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 130'da gösterilmektedir.

Tablo 130. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Boşanma Sonrası Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

	Boşanma Sonrası Sorun Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	5	11.00	5.09	4.00	17.00	4.50	U: 7.500 p: 0.101
	Var	7	17.57	5.91	12.00	28.00	7.93	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Boşanma sonrası sorun yaşayan kadınlarda HDDÖ ortalama puanı 17.57 ± 5.91 iken, sorun yaşamayan kadınlarda ortalama puanı 10.95 ± 6.80 'dir. Grupların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi sonucunda istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların baskın ebeveyn varlığına göre dağılımı Tablo 131'de gösterilmektedir.

Tablo 131. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Baskın Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.

	Baskın Ebeveyn	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	57	11.45	6.40	0.00	26.00	t: - 0.038 p: 0.969
	Evet	31	11.51	7.94	1.00	28.00	

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

Baskın ebeveyni olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların 15 yaşından önce ebeveyn kaybına göre dağılımı Tablo 132'de gösterilmektedir.

Tablo 132. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların 15 Yaşından Önce Ebeveyn Kaybına Göre Dağılımı.

	15 Yaş Öncesi Ebeveyn Kaybı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	74	11.44	7.12	0.00	28.00	44.17	U: 493.500 p: 0.780
	Var	14	11.64	6.12	1.00	21.00	46.25	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların üvey ebeveyn varlığına göre dağılımı Tablo 133'de gösterilmektedir.

Tablo 133. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Üvey Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.

	Üvey Ebeveyn	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	80	11,81	6.99	0.00	28.00	45.79	U: 216.500 p: 0.132
	Var	8	8.12	5.71	4.00	18.00	31.56	

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Üvey ebeveyni olan kadınların HDDÖ ortalama puanı 8.12 ± 5.71 iken, üvey ebeveyni olmayan kadınların ortalama puanı 11.81 ± 6.99 'dur. İki grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların soy geçmişte görülen kronik hastalık durumuna göre dağılımı Tablo 134'de gösterilmektedir.

Tablo 134. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

	Soy geçmişte Kronik Hastalık	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	46	9.84	6.51	0.00	24.00	t: - 2.364
	Var	42	13.26	7.03	1.00	28.00	*p: 0.020

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

Soy geçmişinde kronik hastalık görülen kadınların HDDÖ ortalama puanı 13.26 ± 7.03 iken, kronik hastalık görülmeyenlerde ortalama puan 9.84 ± 6.51 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.364, p: 0.020).

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ailede görülen kronik hastalık durumuna göre dağılımı Tablo 135'de gösterilmektedir.

Tablo 135. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ailede Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

	Ailede Kronik Hastalık	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test istatistiği
HDDÖ	Yok	76	11.43	6.68	0.00	26.00	44.61	U: 447.500
	Var	12	11.75	8.76	4.00	28.00	43.79	p: 0.918

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Ailesinde kronik hastalık olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların kronik hasta bakımı durumuna göre dağılımı Tablo 136'de gösterilmektedir.

Tablo 136. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kronik Hasta Bakımı Durumuna Göre Dağılımı.

	Kronik Hasta Bakımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	79	11.72	7.03	0.00	28.00	45.31	U: 291.500
	Var	9	9.33	6.04	4.00	20.00	37.39	p: 0.377

*($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Kronik hasta bakımından sorumlu olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların ebeveynde depresyon hikayesi varlığına göre dağılımı Tablo 137'de gösterilmektedir.

Tablo 137. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Ebeveynde Depresyon Hikayesi Varlığına Göre Dağılımı.

	Ebeveynde Depresyon Hikayesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	71	11.46	7.29	0.00	28.00	44.23	U: 584.00 p: 0.836
	Var	17	11.52	5.38	3.00	21.00	45.65	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Ebeveynde depresyon hikayesi olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların göçten etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 138'de gösterilmektedir.

Tablo 138. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Göçten Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.

	Göçten Etkilenme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hiç Etkilenmemiş	47	11.21	6.12	1.00	24.00	44.20	χ^2 : 0.668 p: 0.716
	Orta Derecede Etkilenmiş	29	12.41	8.17	0.00	28.00	46.91	
	Çok Etkilenmiş	12	10.25	7.05	0.00	24.00	39.83	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal- Wallis Varyans Analizi

HDDÖ ortalama puanları açısından, göçten etkilenme durumlarına ait grupların tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile incelenmesi sonucunda istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, son bir yılda yaşanan evlilik sorununa göre dağılımı Tablo 139'da gösterilmektedir.

Tablo 139. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Evlilik Sorununa Göre Dağılımı.

	Evlilik Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	77	10.80	6.96	0.00	26.00	41.98	U: 229.500 *p: 0.014
	Var	11	16.18	4.75	12.00	28.00	62.14	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Evlilik sorunu olan kadınların HDDÖ ortalama puanı 16.18 ± 4.75 iken, evlilik sorunu olmayan kadınların ki 10.80 ± 6.96 'dır. Grupların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi sonucu grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 229.500, p: 0.014).

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, son bir yılda yaşanan sağlık sorunu durumuna göre dağılımı Tablo 140'da gösterilmektedir.

Tablo 140. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Sağlık Sorunu Durumuna Göre Dağılımı.

	Sağlık Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	49	11.57	7.05	0.00	28.00	t: 0.142
	Var	39	11.35	6.89	0.00	26.00	p: 0.888

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

Sağlık sorunu olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, son bir yılda yaşanan aile sorunu varlığına göre dağılımı Tablo 141'de gösterilmektedir.

Tablo 141. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Aile Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.

	Aile Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	64	11.54	7.42	0.00	28.00	44.47	U: 766.00
	Var	24	11.29	5.57	2.00	21.00	44.58	p: 0.985

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yıldır yaşanan aile sorunu olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların; son bir yılda yaşanan iş sorununa göre dağılımı Tablo 142'de gösterilmektedir.

Tablo 142. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların; Son Bir Yılda Yaşanan İş Sorununa Göre Dağılımı.

	İş Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	64	11.28	6.81	0.00	26.00	43.88	U: 728.00
	Var	24	12.00	7.39	0.00	28.00	46.17	p: 0.707

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yıldır iş sorunu olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, son bir yılda yer değiştirme sorunlarına göre dağılımı Tablo 143'de gösterilmektedir.

Tablo 143. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yer Değiştirme Sorunlarına Göre Dağılımı.

	Yer Değiştirme Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	82	11.50	6.69	1.00	28.00	44.70	U: 229.500
	Var	6	11.16	10.62	0.00	24.00	41.75	p: 0.784

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yıldır yer değiştirmeye ilgili sorunu olan ve olmayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların son bir yıldır yaşanan çocuk sorunu varlığına göre dağılımı Tablo 144'de gösterilmektedir.

Tablo 144. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yıldır Yaşanan Çocuk Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.

	Çocuk Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	62	11.17	7.07	0.00	28.00	43.25	U: 728.500 p: 0.478
	Var	26	12.19	6.69	2.00	26.00	47.48	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yıldır çocuklara ilişkin sorun yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.19 ± 6.69 iken, sorun yaşamayanların ortalama puanı 11.17 ± 7.07 'dir. Grupların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi sonucunda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların son bir yılda yaşanan parasal sorunlara göre dağılımı Tablo 145'de gösterilmektedir.

Tablo 145. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yılda Yaşanan Parasal Sorunlara Göre Dağılımı.

	Parasal Sorunlar	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	51	11.09	7.00	0.00	26.00	t: - 0.599 P: 0.551
	Var	37	12.00	6.91	2.00	28.00	

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

Son bir yıldır parasal açıdan sorun yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.00 ± 6.91 iken, parasal sorun yaşamayanların ortalama puanı 11.09 ± 7.00 'dir. Gruplar, bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların, son bir yılda yaşanan eğitim sorununa göre dağılımı Tablo 146'da gösterilmektedir.

Tablo 146. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların, Son Bir Yılda Yaşanan Eğitim Sorununa Göre Dağılımı.

	Eğitim Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	80	11.45	6.99	0.00	28.00	44.39	U: 311.500 p: 0.902
	Var	8	11.75	6.84	4.00	24.00	45.56	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yıldır yaşanan eğitim sorununa ilişkin gruplar arasında HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların son bir yılda kayıp yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 147'de gösterilmektedir.

Tablo 147. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Son Bir Yılda Kayıp Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

	Kayıp Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	68	11.25	6.885	0.00	28.00	43.74	U: 628.500 p: 0.608
	Var	20	12.25	7.37	3.00	26.00	47.08	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Son bir yılda kayıp yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.25 ± 7.37 iken, kayıp yaşamayan kadınların ortalama puanı 11.25 ± 6.885 'dir. Gruplar, Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların eş/ çocuk kaybı yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 148'de gösterilmektedir.

Tablo 148. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Eş/ Çocuk Kaybı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

	Eş/Çocuk Kaybı Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	73	11.30	7.01	0.00	28.00	43.77	U: 494.500 p: 0.556
	Evet	15	12.33	6.74	3.00	23.00	48.03	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Eş / Çocuk kaybı yaşayan kadınlar ile eş / çocuk kaybı yaşamayan kadınların HDDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların arkadaş kaybı/ayrılık yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 149'da gösterilmektedir.

Tablo 149. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

	Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	60	10.83	6.76	0.00	25.00	42.36	U: 711.500 p: 0.249
	Evet	28	12.85	7.24	2.00	28.00	49.09	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Arkadaş kaybı/Ayrılık yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.85 ± 7.24 iken, arkadaş kaybı/ayrılık yaşamayan kadınların ortalama puanı 10.83 ± 6.76 'dır. Gruplar, Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların sıkıntı paylaşacak kişi varlığına göre dağılımı Tablo 150'de gösterilmektedir.

Tablo 150. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.

	Sıkıntıyı Paylaşacak Kişi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	7	13.71	3.35	8.00	18.00	53.86	U: 218.00 p: 0.312
	Var	81	11.28	7.14	0.00	28.00	43.69	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Sıkıntısını paylaşabileceği yakınları olan kadınların HDDÖ ortalama puanı 11.28 ± 7.14 iken, sıkıntısını paylaşabileceği kimsesi olmayan kadınların ortalama puanı 13.71 ± 3.35 'dir. Gruplar Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların emekli olma/ çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olaylarının varlığına göre dağılımı Tablo 151'de gösterilmektedir.

Tablo 151. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Emekli Olma/Çocukların Evden Ayrılması Gibi Yeni Yaşam Olaylarının Varlığına Göre Dağılımı.

	Yeni Yaşam Olayı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	79	11.77	7.03	0.00	28.00	45.64	U: 265.500 p: 0.214
	Var	9	8.88	5.79	4.00	17.00	34.50	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Emekli olma/ Çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olayları yaşayan kadınların HDDÖ ortalama puanı 8.88 ± 5.79 iken, bu olayları yaşamayan kadınların ortalama puanı 11.77 ± 7.03 'dür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların devamlı ilaç kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 152'de gösterilmektedir.

Tablo 152. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Devamlı İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.

	Devamlı İlaç Kullanma	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	60	10.66	6.47	0.00	25.00	41.88	U: 683.00 p: 0.159
	Var	28	13.21	7.68	3.00	28.00	50.11	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Devamlı ilaç kullanan kadınların HDDÖ ortalama puanı 13.21 ± 7.68 iken, devamlı ilaç kullanmayanların ortalama puanı 10.66 ± 6.47 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların önceden hastalık geçirme durumuna göre dağılımı Tablo 153'de gösterilmektedir.

Tablo 153. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.

	Önceden Hastalık Geçirme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Yok	63	11.17	6.80	0.00	28.00	43.50	U: 724.500 p: 0.559
	Var	25	12.24	7.37	3.00	25.00	47.02	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Önceden hastalık geçirme hikayesi olan kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.24 ± 7.37 iken, önceden hastalık geçirme hikayesi olmayan kadınların ortalama puanı 11.17 ± 6.80 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların önceden depresyon geçirme durumuna göre dağılımı Tablo 154'de gösterilmektedir.

Tablo 154. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Depresyon Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.

	Önceden Depresyon Geçirme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	63	10.06	6.58	0.00	28.00	39.28	U: 458.500 *p: 0.002
	Evet	25	15.04	6.64	2.00	26.00	57.66	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Önceden depresyon geçiren kadınların HDDÖ ortalama puanı 15.04 ± 6.64 iken, önceden depresyon geçirmeyen kadınların ortalama puanı 10.06 ± 6.58 'dir. Gruplar, Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde gruplar arasında, istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 458.500; p: 0.002)

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların önceden depresyon tedavisi alma durumuna göre dağılımı Tablo 155'de gösterilmektedir.

Tablo 155. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Önceden Depresyon Tedavisi Alma Durumuna Göre Dağılımı.

	Önceden Depresyon Tedavisi Alma	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
HDDÖ	Hayır	73	10.78	6.78	0.00	28.00	42.10	U: 372.500 p: 0.052
	Evet	15	14.86	6.94	4.00	26.00	56.17	

* ($p < 0.05$), Mann- Whitney U Testi

Önceden depresyon tedavisi alan kadınların HDDÖ ortalama puanı 14.86 ± 6.94 iken, önceden depresyon tedavisi almayan kadınların ortalama puanı 10.78 ± 6.78 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır

HDDÖ'nden alınan ortalama puanların kişilik özelliğine göre dağılımı Tablo 156'da gösterilmektedir.

Tablo 156. HDDÖ'nden Alınan Ortalama Puanların Kişilik Özelliğine Göre Dağılımı.

	Kişilik Özelliği	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
HDDÖ	İçedönük	46	12.26	7.43	0.00	28.00	t: 1.109
	Dışadönük	42	10.61	6.33	0.00	24.00	p: 0.270

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t- testi

İçedönük kişilik özelliğindeki kadınların HDDÖ ortalama puanı 12.26 ± 7.43 iken, dışadönük kişilik özelliğindeki kadınların ortalama puanı 10.61 ± 6.33 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

4.10. Araştırma Grubunda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının mahallelere göre dağılımı Tablo 157'de gösterilmektedir.

Tablo 157. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Mahallelere Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Mahalle Adı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Balatçık	180	10.18	2.33	4.00	15.43	116.26	χ^2 : 1.786 p: 0.409
	Küçük Çiğli	12	11.14	3.21	5.71	16.00	139.92	
	Uğur Mumcu	40	10.11	2.67	5.14	16.00	110.56	
Ruhsal Alan	Balatçık	180	10.85	2.47	2.67	15.33	118.11	χ^2 : 0.758 p: 0.695
	Küçük Çiğli	12	10.22	2.61	4.67	18.88	102.25	
	Uğur Mumcu	40	10.88	2.04	6.00	14.67	113.54	
Sosyal Alan	Balatçık	180	10.64	3.34	1.33	17.33	117.41	χ^2 : 0.177 p: 0.916
	Küçük Çiğli	12	10.33	3.69	4.00	16.00	110.54	
	Uğur Mumcu	40	10.53	2.95	4.00	16.00	114.21	
Çevre Alanı	Balatçık	180	8.71	2.69	2.50	27.00	119.83	χ^2 : 2.616 p: 0.270
	Küçük Çiğli	12	8.62	1.92	6.00	11.00	118.42	
	Uğur Mumcu	40	7.98	2.42	3.00	13.50	100.94	
Çevre TR	Balatçık	180	8.66	2.52	3.11	24.89	121.00	χ^2 : 6.202 *p: 0.045
	Küçük Çiğli	12	8.81	1.76	5.79	11.56	128.13	
	Uğur Mumcu	40	7.65	2.11	3.11	12.00	92.75	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

WHOQOL-BREF ölçeği çevre TR alanından alınan ortalama puan Balatçık mahallesinde yaşayan kadınlarda 8.66 ± 2.52 , Küçük Çiğli mahallesinde yaşayan kadınlarda 8.81 ± 1.76 , Uğur Mumcu mahallesinde yaşayan kadınlarda 7.65 ± 2.11 'dir. Grupların tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile incelenmesi sonucu çevre TR alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 6.202, p: 0.045). Uğur Mumcu mahallesinde yaşayan kadınların çevre TR alanında yaşam kalitesi düşüktür. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanında WHOQOL-BREF ölçeğinden alınan puanlar ile mahalleler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının yaş ortalamalarına göre dağılımı Tablo 158'de gösterilmektedir.

Tablo 158. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Yaş Ortalaması	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	30 yaş ve ↓	129	9.88	2.44	4.00	16.00	t: - 2.414
	30 yaş ↑	103	10.65	2.38	5.14	16.00	* p: 0.017
Ruhsal Alan	30 yaş ve ↓	129	10.88	2.63	2.67	15.33	t: 0.411
	30 yaş ↑	103	10.75	2.09	3.33	14.67	p: 0.682
Sosyal Alan	30 yaş ve ↓	129	10.73	3.62	1.33	17.33	t: 0.692
	30 yaş ↑	103	10.44	2.81	2.67	16.00	p: 0.490
Çevre Alanı	30 yaş ve ↓	129	8.68	2.98	2.50	27.00	t: 0.675
	30 yaş ↑	103	8.46	2.08	3.50	13.50	p: 0.501
Çevre TR	30 yaş ve ↓	129	8.71	2.64	4.00	24.89	t: 1.562
	30 yaş ↑	103	8.22	2.15	3.11	14.22	p: 0.120

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL ölçeği bedensel alan ortalama puanı 30 yaş ve 30 yaşından küçük kadınlarda 9.88 ± 2.44 iken, 30 yaşından büyük kadınlarda 10.65 ± 2.38 'dir. Gruplar. bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.414, p: 0.017). 30 yaş ve üzeri kadınların bedensel alanda yaşam kalitesi düşüktür. Yaş ile bedensel alan dışındaki alanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının doğum bölgelerine göre dağılımı Tablo 159'da gösterilmektedir.

Tablo 159. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Doğum Bölgelerine Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Doğum Bölgesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Ege Bölgesi	77	10.24	2.16	5.14	16.00	t: 0.075
	Diğer Bölgeler	155	10.21	2.57	4.00	16.00	p: 0.940
Ruhsal Alan	Ege Bölgesi	77	10.67	2.25	4.00	14.67	t: - 0.675
	Diğer Bölgeler	155	10.90	2.48	2.67	15.33	p: 0.501
Sosyal Alan	Ege Bölgesi	77	10.61	3.34	2.67	17.33	t: 0.018
	Diğer Bölgeler	155	10.60	3.26	1.33	17.33	p: 0.986
Çevre Alanı	Ege Bölgesi	77	8.87	2.91	3.00	27.00	t: 1.191
	Diğer Bölgeler	155	8.44	2.45	2.50	13.50	p: 0.235
Çevre TR	Ege Bölgesi	77	8.88	2.66	4.00	24.89	t: 1.722
	Diğer Bölgeler	155	8.30	2.31	3.11	14.22	p: 0.086

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların doğum bölgeleri ile WHOQOL-BREF ölçeği alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının göç bölgelerine göre dağılımı Tablo 160'da gösterilmektedir.

Tablo 160. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Göç Bölgelerine Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Göç Bölgesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Ege Bölgesi	50	10.30	2.14	5.14	16.00	t: 0.275
	Diğer Bölgeler	182	10.20	2.52	4.00	16.00	p: 0.783
Ruhsal Alan	Ege Bölgesi	50	10.56	2.39	2.67	15.33	t: - 0.884
	Diğer Bölgeler	182	10.90	2.41	3.33	15.33	p: 0.378
Sosyal Alan	Ege Bölgesi	50	10.50	3.33	2.67	16.00	t: - 0.249
	Diğer Bölgeler	182	10.63	3.28	1.33	17.33	p: 0.804
Çevre Alanı	Ege Bölgesi	50	8.83	2.14	4.00	13.00	t: 0.742
	Diğer Bölgeler	182	8.51	2.73	2.50	27.00	p: 0.459
Çevre TR	Ege Bölgesi	50	8.81	2.06	4.89	12.44	t: 1.043
	Diğer Bölgeler	182	8.41	2.53	3.11	24.89	p: 0.298

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların göç bölgeleri ile WHOQOL-BREF ölçeği alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son beş yıldır yaşanan bölgelere göre dağılımı Tablo 161'de gösterilmektedir.

Tablo 161. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Beş Yıldır Yaşanan Bölgelere Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Son Beş Yıldır Yaşanan Bölge	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Ege Bölgesi	217	10.32	2.38	4.00	16.00	118.88	U: 1110.000
	Diğer Bölgeler	15	8.76	2.81	4.00	13.14	82.00	*p: 0.039
Ruhsal Alan	Ege Bölgesi	217	10.86	2.41	2.67	15.33	117.76	U: 1353.500
	Diğer Bölgeler	15	10.22	2.27	5.33	14.00	98.23	p: 0.274
Sosyal Alan	Ege Bölgesi	217	10.76	3.22	2.67	17.33	119.39	U: 100.000
	Diğer Bölgeler	15	8.35	3.38	1.33	13.33	74.67	*p: 0.012
Çevre Alanı	Ege Bölgesi	217	8.67	2.61	2.50	27.00	118.73	U: 1144.000
	Diğer Bölgeler	15	7.36	2.46	3.50	11.50	84.27	p: 0.054
Çevre TR	Ege Bölgesi	217	8.58	2.41	3.11	24.89	118.52	U: 1189.000
	Diğer Bölgeler	15	7.28	2.70	3.11	12.00	87.27	p: 0.081

*(p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alanından alınan ortalama puan son beş yıldır Ege bölgesinde yaşayan kadınlarda 10.32 ± 2.38 iken, son beş yıldır Ege bölgesi dışındaki diğer bölgelerde yaşayan kadınlarda 8.76 ± 2.81 'dir. Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 1110.000; p: 0.039). Son beş yıldır Ege Bölgesi dışındaki bölgelerde yaşayan kadınların bedensel ve sosyal alan ortalama puanları, son beş yıldır Ege Bölgesinde yaşayan kadınların ortalama puanlarından düşük bulunmuştur.

WHOQOL-BREF ölçeği sosyal alanından alınan ortalama puan son beş yıldır Ege bölgesinde yaşayan kadınlarda 10.76 ± 3.22 iken, son beş yıldır Ege bölgesi dışındaki diğer bölgelerde yaşayan kadınlarda 8.35 ± 3.38 'dir. Gruplar. Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 100.000; p: 0.012). Son beş yıldır Ege bölgesi dışında yaşayan kadınların sosyal alanda yaşam kalitesi düşüktür.

Son beş yıldır yaşanan bölge ile WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında alınan ortalama puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının Balatçık' da yaşama süresine göre dağılımı Tablo 162'de gösterilmektedir.

Tablo 162. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Balatçık' da Yaşama Süresine Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Balatçıkta Yaşam Süresi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	10 yıl ve ↓	135	10.13	2.52	4.00	16.00	t: - 0.636
	10 yıl ↑	97	10.34	2.32	5.14	16.00	p: 0.525
Ruhsal Alan	10 yıl ve ↓	135	10.80	2.54	2.67	15.33	t: - 0.201
	10 yıl ↑	97	10.86	2.22	4.00	15.33	p: 0.841
Sosyal Alan	10 yıl ve ↓	135	10.34	3.35	1.33	17.33	t: - 1.471
	10 yıl ↑	97	10.98	3.17	2.67	17.33	p: 0.143
Çevre Alanı	10 yıl ve ↓	135	8.65	2.90	3.00	27.00	t: 0.450
	10 yıl ↑	97	8.49	2.16	2.50	13.50	p: 0.653
Çevre TR	10 yıl ve ↓	135	8.53	2.67	3.11	24.89	t: 0.258
	10 yıl ↑	97	8.44	2.09	4.00	14.22	p: 0.796

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların, Balatçık' da yaşama süresi ile WHOQOL-BREF ölçeği alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 163'de gösterilmektedir.

Tablo 163. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Medeni Durum	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Evli Değil	68	9.58	2.55	4.00	16.00	t: - 2.500 *p: 0.010
	Evli	164	10.48	2.35	4.00	16.00	
Ruhsal Alan	Evli Değil	68	10.83	2.93	3.33	15.33	t: 0.026 p: 0.980
	Evli	164	10.82	2.16	2.67	14.67	
Sosyal Alan	Evli Değil	68	11.33	4.21	1.33	17.33	t: 1.846 *p: 0.030
	Evli	164	10.30	2.77	2.67	16.00	
Çevre Alanı	Evli Değil	68	9.02	3.64	2.50	27.00	t: 1.666 p: 0.097
	Evli	164	8.40	2.03	3.50	13.50	
Çevre TR	Evli Değil	68	9.07	3.04	4.00	24.89	t: 2.030 *p: 0.020
	Evli	164	8.25	2.11	3.11	14.22	

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan ortalama puanı evli kadınlarda 10.48 ± 2.35 iken, evli olmayan kadınlarda 9.58 ± 2.55 'dir. Bağımsız gruplar arasında t-testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.500; p: 0.010). WHOQOL-BREF ölçeği sosyal alan ortalama puanı evli kadınlarda 10.30 ± 2.77 iken evli olmayan kadınlarda 11.33 ± 4.21 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 1.846; p: 0.030). Çevre TR alanı ortalama puanı evli kadınlarda 8.25 ± 2.11 iken evli olmayan kadınlarda 9.07 ± 3.04 'dür. Grup ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.030; p: 0.020). Evli kadınların sosyal ve çevre TR alanlarında yaşam kaliteleri düşük iken. evli olmayanların bedensel alanda yaşam kaliteleri düşüktür.

Medeni durum ile WHOQOL-BREF ölçeği ruhsal ve çevre alanlarında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının aile yapısına göre dağılımı Tablo 164'de gösterilmektedir.

Tablo 164. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Aile Yapısına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Aile Yapısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Çekirdek Aile	159	10.41	2.46	5.14	16.00	121.16	χ^2 : 2.453 p: 0.293
	Geniş Aile	63	9.80	2.38	4.00	14.29	106.52	
	Parçalanmış Aile	10	9.82	2.28	5.71	13.71	105.30	
Ruhsal Alan	Çekirdek Aile	159	10.74	2.31	2.67	14.67	113.25	χ^2 : 2.062 p: 0.357
	Geniş Aile	63	11.11	2.62	3.33	15.33	126.48	
	Parçalanmış Aile	10	10.40	2.63	5.33	14.00	105.25	
Sosyal Alan	Çekirdek Aile	159	10.51	3.00	2.67	17.33	114.00	χ^2 : 2.182 p: 0.336
	Geniş Aile	63	11.04	3.64	2.67	17.33	125.71	
	Parçalanmış Aile	10	9.33	4.90	1.33	16.00	98.25	
Çevre Alanı	Çekirdek Aile	159	8.60	2.07	3.00	13.50	118.58	χ^2 : 0.811 p: 0.667
	Geniş Aile	63	8.63	3.69	2.50	27.00	113.74	
	Parçalanmış Aile	10	8.00	2.43	4.50	11.50	100.080	
Çevre TR	Çekirdek Aile	159	8.42	2.06	3.11	12.89	116.45	χ^2 : 0.974 p: 0.615
	Geniş Aile	63	8.79	3.26	3.11	24.89	119.70	
	Parçalanmış Aile	10	7.82	2.08	4.89	11.11	97.20	

*($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Aile yapısı ile WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının gebe kalma durumuna göre dağılımı Tablo 165'de gösterilmektedir.

Tablo 165. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Gebe Kalma Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	72	9.89	2.45	4.00	16.00	t: - 1.372 p: 0.171
	Evet	160	10.37	2.42	4.00	16.00	
Ruhsal Alan	Hayır	72	10.93	2.82	3.33	15.33	t: 0.458 p: 0.648
	Evet	160	10.77	2.20	2.67	14.67	
Sosyal Alan	Hayır	72	11.37	3.83	2.67	17.33	t: 2.168 *p: 0.018
	Evet	160	10.26	2.95	1.33	16.00	
Çevre Alanı	Hayır	72	9.14	3.54	2.50	27.00	t: 1.812 *p: 0.029
	Evet	160	8.33	2.03	3.50	13.50	
Çevre TR	Hayır	72	9.23	2.96	4.00	24.89	t: 2.761 *p: 0.002
	Evet	160	8.16	2.10	3.11	14.22	

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeği sosyal alan ortalama puanı önceden gebe kalan kadınlarda 10.26 ± 2.95 iken, hiç gebe kalmamış kadınlarda 11.37 ± 3.83 'dür. Grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.168, p: 0.018). Çevre alan ortalama puanı önceden gebe kalan kadınlarda 8.33 ± 9.14 iken, hiç gebe kalmamış kadınlarda 9.14 ± 3.54 'dür. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 1.812; p: 0.029). Çevre TR alan ortalama puanı önceden gebe kalmış kadınlarda 8.16 ± 2.10 iken, hiç gebe kalmamış kadınlarda 9.23 ± 2.96 'dır. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.761, p: 0.002). En az bir kez gebelik deneyimi olanların sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kaliteleri düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının çocuk varlığına göre dağılımı Tablo 166'da gösterilmektedir.

Tablo 166. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Çocuk Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	77	9.96	2.40	4.00	16.00	t: - 1.133
	Var	155	10.35	2.45	4.00	16.00	p: 0.259
Ruhsal Alan	Yok	77	11.00	2.79	3.33	15.33	t: 0.789
	Var	155	10.73	2.19	2.67	14.67	p: 0.431
Sosyal Alan	Yok	77	11.39	3.72	2.67	17.33	t: 2.410
	Var	155	10.21	2.98	1.33	16.00	*p: 0.010
Çevre Alanı	Yok	77	9.19	3.44	2.50	27.00	t: 2.141
	Var	155	8.28	2.03	3.50	13.50	*p: 0.012
Çevre TR	Yok	77	9.25	2.89	4.00	24.89	t: 3.074
	Var	155	8.12	2.10	3.11	14.22	*p: 0.001

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeği sosyal alan ortalama puanı çocuğu olan kadınlarda 10.21 ± 2.98 iken. çocuğu olmayan kadınlarda 11.39 ± 3.72 'dir. Gruplar, bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.410; p: 0.010). Çevre alan ortalama puanı çocuğu olan kadınlarda 8.28 ± 2.03 iken. çocuğu olmayan kadınların 9.19 ± 3.44 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.141; p: 0.012). Çevre TR alan ortalama puanı çocuğu olan kadınlarda 8.12 ± 2.10 iken. çocuğu olmayan kadınlarda 9.25 ± 2.89 ' dur. Grup ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (t: 3.074; p: 0.001). Çocuğu olanların sosyal, çevre ve çevre TR alanları düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının canlı çocuk sayısı durumuna göre dağılımı Tablo 167'de gösterilmektedir.

Tablo 167. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Canlı Çocuk Sayısı Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Canlı Çocuk Sayısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	1 Çocuk	27	9.31	2.66	4.00	15.43	59.93	U: 1240.00
	2 Çocuk ve ↑	128	10.57	2.36	5.14	16.00	81.81	*p: 0.021
Ruhsal Alan	1 Çocuk	27	11.16	2.06	5.33	14.00	87.57	U: 1469.50
	2 Çocuk ve ↑	128	10.65	2.22	2.67	14.87	75.98	p: 0.220
Sosyal Alan	1 Çocuk	27	10.22	3.40	1.33	16.00	80.59	U: 1658.00
	2 Çocuk ve ↑	128	10.21	2.89	2.67	16.00	77.45	p: 0.739
Çevre Alanı	1 Çocuk	27	8.75	2.18	5.50	13.50	85.74	U: 1519.00
	2 Çocuk ve ↑	128	6.16	2.00	3.50	13.50	76.37	p: 0.322
Çevre TR	1 Çocuk	27	8.51	2.25	4.89	12.89	85.22	U: 1533.00
	2 Çocuk ve ↑	128	6.03	2.07	3.11	14.22	76.48	p: 0.357

*($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan ortalama puanı bir çocuğu olanlarda 9.31 ± 2.66 , iki ve daha fazla çocuğu olanlarda 10.57 ± 2.36 'dır. Mann Whitney U testi ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (U: 1240.00; p: 0.021). Çocuk sayısı fazla olanların. bedensel alanda yaşam kaliteleri yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL ölçeği alan ortalama puanlarının ölü doğum/kürtaj/düşük durumuna göre dağılımı Tablo 168'de gösterilmektedir.

Tablo 168. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ölü Doğum/ Kürtaj/Düşük Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Ölü Doğum/ Kürtaj/ Düşük Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	163	10.39	2.39	4.00	16.00	t: 1.604
	Var	69	9.83	2.51	5.14	16.00	p: 0.110
Ruhsal Alan	Yok	163	11.11	2.46	3.33	15.33	t: 3.012
	Var	69	10.14	2.14	2.67	14.00	*p: 0.003
Sosyal Alan	Yok	163	10.87	3.34	1.33	17.33	t: 1.936
	Var	69	9.97	3.07	2.67	16.00	p: 0.054
Çevre Alanı	Yok	163	8.87	2.74	2.50	27.00	t: 2.828
	Var	69	7.91	2.17	3.50	13.50	*p: 0.011
Çevre TR	Yok	163	8.76	2.52	3.11	24.89	t: 2.741
	Var	69	7.87	2.14	3.11	12.89	*p: 0.011

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanları ölü doğum/ düşük/ kürtaj olaylarından herhangi birine maruz kalanlarda 10.14 ± 2.14 , maruz kalmayanlarda 11.11 ± 2.46 'dır. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 1.604; p: 0.003). Çevre alan ortalama puanı ölü doğum/düşük/kürtaj deneyimi olanlarda 7.91 ± 2.17 . ölü doğum/düşük/kürtaj deneyimi olmayanlarda 8.87 ± 2.74 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.828. p: 0.011). Çevre TR alan ortalama puanı ölü doğum/düşük/kürtaj deneyimi olanlarda 7.87 ± 2.14 , ölü doğum/ düşük/ kürtaj deneyimi olmayanlarda 8.76 ± 2.52 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.741. p: 0.011). Ölü doğum. kürtaj veya düşük yapanların ruhsal. çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının menstrüasyon durumuna göre dağılımı Tablo 169'da gösterilmektedir.

Tablo 169. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Menstrüasyon Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Menstrüasyon Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	9.64	2.57	4.00	14.29	t: - 1.681
	Menstrüasyon Görüyor	191	10.34	2.40	4.00	16.00	p: 0.094
Ruhsal Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	10.80	2.52	3.33	14.67	t: - 0.050
	Menstrüasyon Görüyor	191	10.83	2.39	2.67	15.33	p: 0.960
Sosyal Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	9.49	2.89	2.67	16.00	t: - 2.642
	Menstrüasyon Görüyor	191	10.84	3.32	1.33	17.33	*p: 0.017
Çevre Alanı	Menstrüasyon Görmüyor	41	8.12	2.09	3.50	13.50	t: - 1.252
	Menstrüasyon Görüyor	191	8.68	2.71	2.50	27.00	p: 0.212
Çevre TR	Menstrüasyon Görmüyor	41	7.82	2.08	3.11	12.00	t: - 1.949
	Menstrüasyon Görüyor	191	8.64	2.49	3.11	24.89	p: 0.053

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeğinde sosyal alan ortalama puanı menstrüasyon gören kadınlarda 10.84 ± 3.32 iken, menstrüasyon görmeyen kadınlarda 9.49 ± 2.89 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.642; p: 0.017). Menstrüasyon görmeyen kadınların sosyal alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son menstrüasyon tarihine göre dağılımı Tablo 170'de gösterilmektedir.

Tablo 170. Araştırmaya Katılan Kadımların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Menstrüasyon Tarihinin Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Son Menstrüasyon Tarihi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	9.64	2.57	4.00	14.29	100.37	χ^2 : 3.714 p: 0.294
	Premenstrüel Dönem	37	10.11	2.59	5.71	15.43	113.47	
	Premenstrüel Dönem Değil	122	10.34	2.40	4.00	16.00	119.80	
	Menstrüasyon Dönemi	32	10.62	2.19	5.14	16.00	128.08	
Ruhsal Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	10.80	2.52	3.33	14.67	118.99	χ^2 : 0.397 p: 0.941
	Premenstrüel Dönem	37	11.00	2.32	5.33	14.67	121.59	
	Premenstrüel Dönem Değil	122	10.71	2.54	2.67	15.33	114.20	
	Menstrüasyon Dönemi	32	11.08	1.80	6.67	14.67	118.73	
Sosyal Alan	Menstrüasyon Görmüyor	41	9.49	2.89	2.67	16.00	92.52	χ^2 : 7.191 p: 0.066
	Premenstrüel Dönem	37	10.41	3.71	1.33	16.00	114.32	
	Premenstrüel Dönem Değil	122	10.88	3.31	2.67	17.33	122.23	
	Menstrüasyon Dönemi	32	11.20	2.89	1.33	17.33	122.88	
Çevre Alanı	Menstrüasyon Görmüyor	41	8.12	2.09	3.50	13.50	103.12	χ^2 : 9.287 *p: 0.026
	Premenstrüel Dönem	37	9.52	2.55	2.50	13.50	145.70	
	Premenstrüel Dönem Değil	122	8.55	2.87	2.50	27.00	114.29	
	Menstrüasyon Dönemi	32	8.20	2.03	3.50	11.50	108.30	
Çevre TR	Menstrüasyon Görmüyor	41	7.82	2.08	3.11	12.00	98.35	χ^2 : 10.211 *p: 0.017
	Premenstrüel Dönem	37	9.45	2.36	4.44	14.22	145.12	
	Premenstrüel Dönem Değil	122	8.53	2.60	3.11	24.89	115.98	
	Menstrüasyon Dönemi	32	8.12	2.01	3.11	10.67	108.63	

*(p < 0.05); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

WHOQOL-BREF ölçeğinde çevre alan ortalama puanı premenstrüel dönemde 9.52 ± 2.55 iken. menstrüasyon görmeyen kadınlarda 8.12 ± 2.09 'dur. Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 9.287; p: 0.026). Çevre TR ortalama puanı premenstrüel dönemde 9.45 ± 2.36 iken. Menstrüasyon görmeyen kadınlarda 7.82 ± 2.08 'dir. Grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 10.211; p: 0.017). Menstrüasyon görmeyen kadınlarda sosyal alanda yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının menstrüasyon düzensizliğine göre dağılımı Tablo 171'de gösterilmektedir.

Tablo 171. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Menstrüasyon Düzensizliğine Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Menstrüasyon Düzensizliği	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	168	10.03	2.37	4.00	16.00	t: - 1.897
	Var	64	10.73	2.57	5.14	16.00	p: 0.061
Ruhsal Alan	Yok	168	10.78	2.49	2.67	15.33	t: - 0.471
	Var	64	10.94	2.17	4.00	15.33	p: 0.638
Sosyal Alan	Yok	168	10.49	3.21	1.33	17.33	t: - 0.879
	Var	64	10.91	3.48	2.67	17.33	p: 0.380
Çevre Alanı	Yok	168	8.44	2.66	2.50	27.00	t: - 1.319
	Var	64	8.95	2.48	3.00	13.50	p: 0.188
Çevre TR	Yok	168	8.40	2.50	3.11	24.89	t: - 0.968
	Var	64	8.75	2.27	3.11	12.89	p: 0.334

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalamaları ile menstrüasyon düzensizlikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının aile planlaması yöntemi kullanımına göre dağılımı Tablo 172'de gösterilmektedir.

Tablo 172. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Aile Planlaması Yöntemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kullanmıyor	107	9.91	2.52	4.00	16.00	t: - 1.810 p: 0.072
	Kullanıyor	125	10.49	2.34	5.14	16.00	
Ruhsal Alan	Kullanmıyor	107	10.80	2.78	2.67	15.33	t: - 0.107 p: 0.915
	Kullanıyor	125	10.84	2.04	3.33	14.67	
Sosyal Alan	Kullanmıyor	107	10.74	3.80	1.33	17.33	t: 0.566 p: 0.572
	Kullanıyor	125	10.49	2.78	2.67	16.00	
Çevre Alanı	Kullanmıyor	107	9.00	3.16	2.50	27.00	t: 2.195 *p: 0.024
	Kullanıyor	125	8.22	1.98	3.50	13.50	
Çevre TR	Kullanmıyor	107	8.93	2.73	4.00	24.89	t: 2.518 *p: 0.011
	Kullanıyor	125	8.12	2.10	3.11	14.22	

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeği çevre alan ortalama puanı aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda 8.22 ± 1.98 iken, aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlarda 9.00 ± 3.16 'dır. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.195; p: 0.024). Çevre TR alan ortalama puanı aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda 8.12 ± 2.10 iken, aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlarda 8.93 ± 2.73 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.518; p: 0.011). Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının aile planlaması yöntem biçimine göre dağılımı Tablo 173'de gösterilmektedir.

Tablo 173. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kullanılan Aile Planlaması Yöntem Biçimine Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Aile Planlaması Yöntem Biçimi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Etkin Olmayan Yöntemler	45	10.52	2.41	5.14	14.86	t: 0.126
	Etkin Yöntemler	80	10.47	2.32	5.14	16.00	p: 0.900
Ruhsal Alan	Etkin Olmayan Yöntemler	45	10.50	2.30	3.33	14.67	t: - 1.397
	Etkin Yöntemler	80	11.08	1.86	6.67	14.67	p: 0.185
Sosyal Alan	Etkin Olmayan Yöntemler	45	10.04	3.32	2.67	16.00	t: -1.251
	Etkin Yöntemler	80	10.75	2.41	5.33	16.00	p: 0.215
Çevre Alanı	Etkin Olmayan Yöntemler	45	8.04	2.24	3.50	13.50	t: - 0.776
	Etkin Yöntemler	80	8.33	1.82	3.50	12.00	p: 0.489
Çevre TR	Etkin Olmayan Yöntemler	45	7.89	2.22	3.11	14.22	t: - 0.913
	Etkin Yöntemler	80	8.25	2.03	3.11	12.89	p: 0.363

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntem biçimi açısından WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının evlenme biçimlerine göre dağılımı Tablo 174'de gösterilmektedir.

Tablo 174. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlenme Biçimlerine Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Evlenme Biçimi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Görücü Usulü	72	10.29	2.42	4.00	16.00	78.19	χ^2 : 2.174
	Akraba Evliliği	26	10.96	2.44	5.71	14.29	94.15	p: 0.337
	Kendi Tanışarak	66	10.51	2.23	5.14	14.86	82.61	
Ruhsal Alan	Görücü Usulü	72	10.85	2.23	2.67	14.67	84.43	χ^2 : 0.224
	Akraba Evliliği	26	10.66	2.50	4.00	14.67	80.21	p: 0.894
	Kendi Tanışarak	66	10.84	1.97	6.67	14.67	81.30	
Sosyal Alan	Görücü Usulü	72	10.31	2.81	2.67	16.00	82.22	χ^2 : 0.053
	Akraba Evliliği	26	10.25	2.98	4.00	14.67	84.44	p: 0.974
	Kendi Tanışarak	66	10.32	2.69	2.67	16.00	82.04	
Çevre Alanı	Görücü Usulü	72	8.59	2.10	3.50	13.50	87.88	χ^2 : 5.208
	Akraba Evliliği	26	8.84	2.03	5.50	12.00	93.10	p: 0.074
	Kendi Tanışarak	66	8.01	1.92	3.50	13.50	72.45	
Çevre TR	Görücü Usulü	72	8.51	2.17	3.11	14.22	88.06	χ^2 : 4.358
	Akraba Evliliği	26	8.61	2.10	4.89	12.89	90.81	p: 0.113
	Kendi Tanışarak	66	7.83	2.02	3.11	12.00	73.16	

*(p < 0.05); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırmaya katılan kadınların evlenme biçimi ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının evlilik yılına göre dağılımı Tablo 175’de gösterilmektedir.

Tablo 175. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlilik Yılına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Evlilik Yılı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	10 yıl ve ↓	76	10.10	2.39	4.00	15.43	t: - 1.951
	10 yıl ↑	88	10.81	2.27	5.71	16.00	p: 0.053
Ruhsal Alan	10 yıl ve ↓	76	10.83	2.39	2.67	14.67	t: 0.049
	10 yıl ↑	88	10.81	1.96	4.00	14.67	p: 0.961
Sosyal Alan	10 yıl ve ↓	76	9.98	2.94	2.67	16.00	t: - 1.404
	10 yıl ↑	88	10.59	2.60	4.00	16.00	p: 0.162
Çevre Alanı	10 yıl ve ↓	76	8.38	2.17	3.50	13.50	t: - 0.083
	10 yıl ↑	88	8.41	1.92	3.50	13.50	p: 0.934
Çevre TR	10 yıl ve ↓	76	8.38	2.10	3.11	12.00	t: 0.722
	10 yıl ↑	88	8.14	2.12	3.11	14.22	p: 0.471

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların evlilik yılı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının evlilik sayısına göre dağılımı Tablo 176'da gösterilmektedir.

Tablo 176. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Evlilik Sayısına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Evlilik Sayısı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	İlk Evlilikleri Değil	8	9.92	2.94	5.14	14.29	74.63	U: 561.000
	İlk Evliliği	156	10.51	2.32	4.00	16.00	82.90	p: 0.629
Ruhsal Alan	İlk Evlilikleri Değil	8	11.33	2.61	6.67	14.67	93.81	U: 533.500
	İlk Evliliği	156	10.79	2.14	2.67	14.67	81.92	p: 0.487
Sosyal Alan	İlk Evlilikleri Değil	8	10.83	1.94	6.67	12.00	92.75	U: 542.000
	İlk Evliliği	156	10.28	2.81	2.67	16.00	81.97	p: 0.527
Çevre Alanı	İlk Evlilikleri Değil	8	8.68	2.52	3.50	11.50	94.38	U: 529.000
	İlk Evliliği	156	8.38	2.01	3.50	13.50	81.89	p: 0.467
Çevre TR	İlk Evlilikleri Değil	8	8.94	2.65	3.11	11.11	105.13	U: 443.000
	İlk Evliliği	156	8.22	2.08	3.11	14.22	81.34	p: 0.166

*($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların evlilik sayısına göre WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 177'de gösterilmektedir.

Tablo 177. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Eğitim Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	İlkokul ve ↓	169	10.44	2.41	4.00	16.00	t: 2.265 *p: 0.024
	Orta okul ve ↑	63	9.63	2.43	4.00	16.00	
Ruhsal Alan	İlkokul ve ↓	169	10.85	2.19	2.67	15.33	t: 0.251 p: 0.802
	Orta okul ve ↑	63	10.76	2.93	3.33	15.33	
Sosyal Alan	İlkokul ve ↓	169	10.48	3.08	2.67	17.33	t: - 0.941 p: 0.348
	Orta okul ve ↑	63	10.94	3.78	1.33	17.33	
Çevre Alanı	İlkokul ve ↓	169	8.52	2.21	3.00	13.50	t: - 0.538 p: 0.591
	Orta okul ve ↑	63	8.73	3.50	2.50	27.00	
Çevre TR	İlkokul ve ↓	169	8.32	2.13	3.11	14.22	t: - 1.789 p: 0.075
	Orta okul ve ↑	63	8.96	3.10	4.00	24.89	

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan ortalama puanı eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olan kadınlarda 9.63 ± 2.43 iken, ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyinde olan kadınlarda ortalama puanı 10.44 ± 2.41 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.265; p: 0.024). Ortaokul ve üzeri eğitim alan kadınların bedensel alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının meslek varlığına göre dağılımı Tablo 178'de gösterilmektedir.

Tablo 178. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Meslek Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Meslek Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	179	10.22	2.43	4.00	16.00	t: - 0.026
	Evet	53	10.23	2.50	5.14	14.86	p: 0.979
Ruhsal Alan	Hayır	179	10.74	2.43	2.67	15.33	t: - 0.954
	Evet	53	11.10	2.33	5.33	15.33	p: 0.341
Sosyal Alan	Hayır	179	10.60	3.16	2.67	17.33	t: - 0.018
	Evet	53	10.61	3.68	1.33	17.33	p: 0.986
Çevre Alanı	Hayır	179	8.56	2.58	2.50	27.00	t: - 0.204
	Evet	53	8.65	2.76	2.50	13.50	p: 0.838
Çevre TR	Hayır	179	8.46	2.47	3.11	24.89	t: - 0.357
	Evet	53	8.60	2.37	4.00	12.00	p: 0.721

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların meslek sahibi olma durumları ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının iş durumuna göre dağılımı Tablo 179'da gösterilmektedir.

Tablo 179. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının İş Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	İş Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Çalışmıyor	191	10.22	2.38	4.00	16.00	t: - 0.017
	Çalışıyor	41	10.23	2.72	5.14	14.86	p: 0.987
Ruhsal Alan	Çalışmıyor	191	10.83	2.39	2.67	15.33	t: 0.050
	Çalışıyor	41	10.80	2.50	5.33	15.33	p: 0.960
Sosyal Alan	Çalışmıyor	191	10.61	3.12	2.67	17.33	t: 0.016
	Çalışıyor	41	10.60	3.99	1.33	17.33	p: 0.987
Çevre Alanı	Çalışmıyor	191	8.62	2.55	2.50	27.00	t: 0.527
	Çalışıyor	41	8.39	2.91	2.50	13.00	p: 0.599
Çevre TR	Çalışmıyor	191	8.54	2.45	3.11	24.89	t: 0.592
	Çalışıyor	41	8.29	2.40	4.00	12.00	p: 0.555

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının çalışma saatlerine göre dağılımı Tablo 180'de gösterilmektedir.

Tablo 180. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Çalışma Saatleri	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Fazla Mesai	24	10.47	2.75	5.14	13.71	22.50	U: 168.00
	Normal Mesai	17	9.88	2.73	5.71	14.86	18.88	p: 0.339
Ruhsal Alan	Fazla Mesai	24	11.24	2.26	6.00	15.33	23.21	U: 151.00
	Normal Mesai	17	10.19	2.76	5.33	15.33	17.88	p: 0.159
Sosyal Alan	Fazla Mesai	24	11.27	4.02	2.67	17.33	23.13	U: 153.00
	Normal Mesai	17	9.64	3.87	1.33	14.67	18.00	p: 0.172
Çevre Alanı	Fazla Mesai	24	9.18	2.43	4.00	13.00	24.23	U: 126.50
	Normal Mesai	17	7.26	3.21	2.50	13.00	16.44	*p: 0.04
Çevre TR	Fazla Mesai	24	8.77	2.11	4.89	11.56	23.23	U: 150.50
	Normal Mesai	17	7.60	2.68	4.00	12.00	17.85	p: 0.155

*(p < 0.05); Mann-Whitney U testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı fazla mesai yapanlarda 9.18 ± 2.43 iken, normal mesai yapanlarda 7.26 ± 3.21 'dir. Mann-Whitney U testi uygulandığında grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 126.50; p: 0.04). Çalışan kadınlarda normal mesai yapanların çevre alanında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının ders problemi varlığına göre dağılımı Tablo 181'de gösterilmektedir.

Tablo 181. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ders Problemi Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Ders Problemi Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Var	15	8.91	2.20	4.00	12.57	11.77	U: 33.500
	Yok	6	8.19	1.86	6.29	11.43	9.08	p: 0.368
Ruhsal Alan	Var	15	10.93	3.14	3.33	14.00	11.43	U: 38.500
	Yok	6	9.55	4.29	4.00	14.00	9.92	p: 0.610
Sosyal Alan	Var	15	12.62	3.18	6.67	17.33	12.10	U: 28.500
	Yok	6	9.77	5.37	2.67	17.33	8.25	p: 0.195
Çevre Alanı	Var	15	9.30	5.79	2.50	27.00	10.43	U: 36.500
	Yok	6	9.58	2.67	6.50	13.00	12.42	p: 0.507
Çevre TR	Var	15	9.48	4.98	4.00	24.89	10.00	U: 30.000
	Yok	6	10.29	2.50	8.00	13.78	13.50	p: 0.242

*($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ders problemi varlığı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının öğretmen/arkadaş problemi varlığına göre dağılımı Tablo 182'de gösterilmektedir.

Tablo 183. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Öğretmen/Arkadaş Problemi Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Öğretmen/Arkadaş Problemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Var	18	8.98	2.04	4.00	12.57	11.86	U: 11.500
	Yok	3	7.04	1.83	5.71	9.14	5.83	p: 0.117
Ruhsal Alan	Var	18	11.25	3.12	3.33	14.00	12.22	U: 5.000
	Yok	3	6.22	1.92	4.00	7.33	3.67	*p: 0.026
Sosyal Alan	Var	18	11.33	4.04	2.67	17.33	10.25	U: 13.500
	Yok	3	14.66	2.66	12.00	17.33	15.50	p: 0.171
Çevre Alanı	Var	18	10.16	4.88	6.00	27.00	12.08	U: 7.500
	Yok	3	4.66	3.32	2.50	8.50	4.50	*p: 0.049
Çevre TR	Var	18	10.39	4.27	5.33	24.89	12.11	U: 7.000
	Yok	3	5.62	2.44	4.00	8.44	4.33	*p: 0.044

*(p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı öğretmen/ arkadaş problemi olan kız öğrencilerde 6.22 ± 1.92 iken öğretmen / arkadaş problemi olmayan öğrencilerde 11.25 ± 3.12 'dir. Mann-Whitney U testi uygulandığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 5.000; p: 0.026). Çevre alan ortalama puanı öğretmen/ arkadaş problemi olan öğrencilerde 4.66 ± 3.32 iken, öğretmen / arkadaş problemi olmayan öğrencilerde 10.16 ± 4.88 'dir. Gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 7.500; p: 0.049). Çevre TR alan ortalama puanı öğretmen / arkadaş problemi olan öğrencilerde 5.62 ± 2.44 iken . öğretmen/ arkadaş problemi olmayan öğrencilerde 10.39 ± 4.27 'dir. Gruplar Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 7.000; p: 0.044). Öğretmen/ arkadaş problemi olan kız öğrencilerin ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının okul dışı görüşme durumuna göre dağılımı Tablo 184'de gösterilmektedir..

Tablo 184. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Okul Dışı Görüşme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Okul Dışı Görüşme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	6	7.33	2.43	4.00	10.86	7.50	U: 24.00
	Var	15	9.25	1.73	6.29	12.57	12.40	p: 0.100
Ruhsal Alan	Yok	6	9.55	4.27	3.33	14.00	10.08	U: 39.500
	Var	15	10.93	3.15	4.00	14.00	11.37	p: 0.666
Sosyal Alan	Yok	6	13.77	2.75	9.33	17.33	14.00	U: 27.000
	Var	15	11.02	4.23	2.67	17.33	9.80	p: 0.157
Çevre Alanı	Yok	6	7.08	4.11	2.50	13.00	8.33	U: 29.000
	Var	15	10.30	5.18	6.00	27.00	12.07	p: 0.212
Çevre TR	Yok	6	7.62	3.22	4.00	11.56	7.83	U: 26.000
	Var	15	10.54	4.57	5.33	24.89	12.27	p: 0.139

*(p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin okul dışında arkadaşları ile görüşme durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eşlerinin mesleki durumuna göre dağılımı Tablo 185'de gösterilmektedir.

Tablo 185. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşlerinin Mesleki Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Eşlerin Mesleki Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	İşçi	123	10.39	2.39	4.00	16.00	79.96	χ^2 : 1.700 p: 0.637
	Memur	11	11.22	2.68	5.71	14.86	96.32	
	Emekli	16	10.57	2.01	6.29	13.14	86.47	
	Serbest	14	10.65	2.20	5.14	13.14	89.39	
Ruhsal Alan	İşçi	123	10.87	2.16	2.67	14.67	83.67	χ^2 : 3.463 p: 0.326
	Memur	11	9.93	2.60	6.67	14.67	60.45	
	Emekli	16	10.54	2.15	4.00	13.33	78.38	
	Serbest	14	11.41	1.69	8.67	14.00	94.29	
Sosyal Alan	İşçi	123	10.40	2.78	2.67	16.00	83.66	χ^2 : 2.748 p: 0.432
	Memur	11	8.96	3.72	2.67	13.33	67.82	
	Emekli	16	9.83	2.05	5.33	12.00	73.00	
	Serbest	14	11.04	2.36	6.67	14.67	94.68	
Çevre Alanı	İşçi	123	8.34	2.15	3.50	13.50	80.83	χ^2 : 4.298 p: 0.231
	Memur	11	8.27	1.48	6.50	11.00	77.41	
	Emekli	16	8.12	1.91	5.00	10.50	77.22	
	Serbest	14	9.32	1.23	7.50	11.00	107.21	
Çevre TR	İşçi	123	8.19	2.19	3.11	14.22	80.96	χ^2 : 4.033 p: 0.258
	Memur	11	8.44	1.89	5.78	12.00	85.05	
	Emekli	16	7.80	2.05	4.44	11.56	72.78	
	Serbest	14	9.17	1.45	6.67	11.56	105.14	

*($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin mesleği ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eşlerinin iş durumuna göre dağılımı Tablo 186'da gösterilmektedir.

Tablo 186. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşlerinin İş Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Eşin İş Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Çalışmıyor	26	9.95	2.40	4.00	13.71	73.21	U: 1552.500
	Çalışıyor	138	10.58	2.33	5.14	16.00	84.25	p: 0.275
Ruhsal Alan	Çalışmıyor	26	9.97	2.08	4.00	13.33	63.00	U: 1287.000
	Çalışıyor	138	10.98	2.14	2.67	14.67	86.17	*p: 0.022
Sosyal Alan	Çalışmıyor	26	9.43	2.44	5.33	13.33	67.06	U: 1392.500
	Çalışıyor	138	10.47	2.81	2.67	16.00	85.41	p: 0.067
Çevre Alanı	Çalışmıyor	26	8.13	2.00	3.50	10.50	79.27	U: 1710.000
	Çalışıyor	138	8.45	2.04	3.50	13.50	83.11	p: 0.704
Çevre TR	Çalışmıyor	26	8.00	2.04	3.11	11.56	78.44	U: 1688.500
	Çalışıyor	138	8.30	2.13	3.11	14.22	83.26	p: 0.634

*(p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan puanı eşi çalışan kadınlarda 10.98 ± 2.14 iken, eşi çalışmayan kadınlarda 9.97 ± 2.08 'dir. Gruplar Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 1287.000; p: 0.022). Eşi çalışmayan kadınların ruhsal alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının araba varlığına göre dağılımı Tablo 187'de gösterilmektedir.

Tablo 187. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Araba Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Araba Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	176	10.20	2.46	4.00	16.00	t: - 0.216
	Evet	56	10.28	2.37	5.14	16.00	p: 0.829
Ruhsal Alan	Hayır	176	10.75	2.44	2.67	15.33	t: - 0.862
	Evet	56	11.06	2.28	4.67	14.64	p: 0.389
Sosyal Alan	Hayır	176	10.64	3.45	1.33	17.33	t: 0.285
	Evet	56	10.50	2.70	4.00	16.00	p: 0.776
Çevre Alanı	Hayır	176	8.32	2.73	2.50	27.00	t: - 3.112
	Evet	56	9.39	2.03	3.50	13.50	*p: 0.008
Çevre TR	Hayır	176	8.22	2.52	3.11	24.89	t: - 3.101
	Evet	56	9.36	1.97	4.89	14.22	*p: 0.002

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı araba sahibi olan kadınlarda 9.39 ± 2.03 iken, araba sahibi olmayan kadınlarda 8.32 ± 2.73 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 3.112; p: 0.008). Çevre TR alan ortalama puanı araba sahibi olan kadınlarda 9.36 ± 1.97 iken, araba sahibi olmayan kadınlarda 8.22 ± 2.52 'dir. Gruplara. bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 3.101; p: 0.002). Araba sahibi olmayan kadınların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kaliteleri düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının düzenli gelir varlığına göre dağılımı Tablo 188'de gösterilmektedir.

Tablo 188. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Düzenli Gelir Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Düzenli Gelir Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	58	10.10	2.54	4.00	15.43	t: - 0.416
	Evet	174	10.26	2.41	4.00	16.00	p: 0.678
Ruhsal Alan	Hayır	58	10.77	2.12	5.33	14.67	t: - 0.207
	Evet	174	10.84	2.50	2.67	15.33	p: 0.836
Sosyal Alan	Hayır	58	10.34	3.37	1.33	16.00	t: - 0.707
	Evet	174	10.69	3.26	2.67	17.33	p: 0.481
Çevre Alanı	Hayır	58	8.38	3.21	3.00	27.00	t: - 0.665
	Evet	174	8.65	2.39	2.50	13.50	p: 0.507
Çevre TR	Hayır	58	8.29	3.00	3.11	24.89	t: - 0.743
	Evet	174	8.56	2.23	3.11	14.22	p: 0.458

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların düzenli gelir varlığı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının sosyal güvence varlığına göre dağılımı Tablo 189'da gösterilmektedir.

Tablo 189. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Sosyal Güvence Varlığı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	80	9.46	2.49	4.00	14.86	t: - 3.446
	Evet	152	10.62	2.32	5.14	16.00	*p: 0.001
Ruhsal Alan	Hayır	80	10.38	2.72	3.33	15.33	t: - 1.919
	Evet	152	11.06	2.20	2.67	15.33	*p: 0.042
Sosyal Alan	Hayır	80	9.95	3.49	1.33	17.33	t: - 2.159
	Evet	152	10.95	3.12	2.67	17.33	*p: 0.026
Çevre Alanı	Hayır	80	8.09	3.09	3.00	27.00	t: - 1.912
	Evet	152	8.84	2.29	2.50	13.50	*p: 0.037
Çevre TR	Hayır	80	8.16	2.89	3.11	24.89	t: - 1.526
	Evet	152	8.67	2.16	3.11	14.22	p: 0.128

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı sosyal güvencesi olan kadınlarda 10.62 ± 2.32 iken, sosyal güvencesi olmayan kadınlarda 9.46 ± 2.49 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 3.446; p: 0.001). Ruhsal alan ortalama puanı sosyal güvencesi olan kadınlarda 11.06 ± 2.20 iken; sosyal güvencesi olmayan kadınlarda 10.38 ± 2.72 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t: - 1.919; p: 0.042). Sosyal alan ortalama puanı sosyal güvencesi olan kadınlarda 10.95 ± 3.12 iken, sosyal güvencesi olmayan kadınlarda 9.95 ± 3.49 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 2.159; p: 0.026). Çevre alan ortalama puanı sosyal güvencesi olan kadınlarda 8.84 ± 2.29 iken, sosyal güvencesi olmayan kadınlarda 8.09 ± 3.09 'dur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 1.912; p: 0.037). Sosyal güvencesi olmayan kadınların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanlarında yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının kira durumuna göre dağılımı Tablo 190'da gösterilmektedir.

Tablo 190. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kira Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Kira Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kira Ödüyor	50	9.97	2.01	5.71	13.14	t: - 0.807
	Kira Ödemiyor	182	10.29	2.54	4.00	16.00	p: 0.421
Ruhsal Alan	Kira Ödüyor	50	10.24	2.29	2.67	14.00	t: - 2.019
	Kira Ödemiyor	182	10.98	2.42	3.33	15.33	*p: 0.047
Sosyal Alan	Kira Ödüyor	50	9.94	3.22	2.67	16.00	t: - 1.615
	Kira Ödemiyor	182	10.79	3.28	1.33	17.33	p: 0.108
Çevre Alanı	Kira Ödüyor	50	7.54	2.10	2.50	11.50	t: - 3.728
	Kira Ödemiyor	182	8.87	2.67	2.50	27.00	*p: 0.001
Çevre TR	Kira Ödüyor	50	7.72	2.22	3.11	11.56	t: - 2.711
	Kira Ödemiyor	182	8.71	2.46	4.00	24.89	*p: 0.011

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF Ruhsal alan ortalama puanı ev kirası ödemeyen kadınlarda 10.98 ± 2.42 iken, ev kirası ödeyen kadınlarda 10.24 ± 2.29 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 2.019; p: 0.047). Çevre alan ortalama puanı ev kirası ödemeyen kadınlarda 8.87 ± 2.67 iken, ev kirası ödeyenlerde 7.54 ± 2.10 'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t: - 3.728; p: 0.001). Çevre TR alan puanı ev kirası ödeyenlerde 7.72 ± 2.22 iken ev kirası ödemeyenlerde 8.71 ± 2.46 'dır. Bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.711; p: 0.011). Ev kirası ödeyen kadınların ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının gelir ortalamasına göre dağılımı Tablo 191'de kullanılmaktadır.

Tablo 191. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Gelir Ortalamasına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Gelir Ortalaması	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	192 milyon ve ↓	100	10.37	2.45	4.00	16.00	t: - 0.310
	192 milyon ↑	110	10.27	2.30	5.14	16.00	p: 0.757
Ruhsal Alan	192 milyon ve ↓	100	10.76	2.25	3.33	14.67	t: - 0.706
	192 milyon ↑	110	10.99	2.48	2.67	15.33	p: 0.481
Sosyal Alan	192 milyon ve ↓	100	10.18	3.29	1.33	16.00	t: - 1.521
	192 milyon ↑	110	10.86	3.12	2.67	17.33	p: 0.130
Çevre Alanı	192 milyon ve ↓	100	8.29	2.96	2.50	27.00	t: - 1.839
	192 milyon ↑	110	8.95	2.21	3.50	13.50	p: 0.067
Çevre TR	192 milyon ve ↓	100	8.20	2.75	3.11	24.89	t: - 1.743
	192 milyon ↑	110	8.79	2.15	3.11	14.22	p: 0.083

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aylık net gelir ortalamaları ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eşya durumuna göre dağılımı Tablo 192'de gösterilmektedir.

Tablo 192. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşya Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Eşya Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kötü	107	10.21	2.58	4.00	15.43	t: - 0.045
	İyi	125	10.23	2.32	5.14	16.00	p: 0.964
Ruhsal Alan	Kötü	107	10.49	2.58	2.67	15.33	t: - 1.969
	İyi	125	11.11	2.21	4.00	15.33	p: 0.050
Sosyal Alan	Kötü	107	10.21	3.33	1.33	17.33	t: - 1.684
	İyi	125	10.94	3.21	2.67	17.33	p: 0.094
Çevre Alanı	Kötü	107	8.19	2.92	3.00	27.00	t: - 2.074
	İyi	125	8.92	2.28	2.50	13.50	*p: 0.036
Çevre TR	Kötü	107	7.94	2.69	3.11	24.89	t: - 3.210
	İyi	125	8.97	2.11	4.00	14.22	*p: 0.001

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı evdeki eşya durumu iyi düzeyde olan kadınlarda 8.92 ± 2.28 iken, kötü düzeyde olan kadınlarda 8.19 ± 2.92 'dir. Gruplar, bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 2.074; p: 0.036). Çevre TR alan ortalama puanı eşya durumu iyi düzeyde olanlarda 8.97 ± 2.11 iken, kötü düzeyde olanlarda 7.94 ± 2.69 'dur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 3.210; p: 0.001). Evdeki eşya durumu kötü düzeyde olan kadınlarda çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının konut durumuna göre dağılımı Tablo 193'de gösterilmektedir.

Tablo 193. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Konut Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Konut Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hiç Uygun Değil	29	10.14	2.47	5.71	14.86	112.59	χ^2 : 0.563 p: 0.755
	Uygun Değil	110	10.31	2.24	4.00	15.43	119.95	
	Uygun	93	10.14	2.56	4.00	16.00	113.63	
Ruhsal Alan	Hiç Uygun Değil	29	10.48	2.78	2.67	14.67	111.26	χ^2 : 0.436 p: 0.804
	Uygun Değil	110	10.87	2.19	4.00	15.33	115.17	
	Uygun	93	10.87	2.54	3.33	15.33	119.71	
Sosyal Alan	Hiç Uygun Değil	29	10.25	3.34	4.00	16.00	1119.93	χ^2 : 0.863 p: 0.649
	Uygun Değil	110	10.58	3.17	2.67	17.33	114.28	
	Uygun	93	10.75	3.42	1.33	17.33	121.18	
Çevre Alanı	Hiç Uygun Değil	29	7.79	2.45	3.50	11.50	97.28	χ^2 : 4.096 p: 0.129
	Uygun Değil	110	8.45	2.28	2.50	13.50	114.20	
	Uygun	93	8.98	2.05	3.00	27.00	125.22	
Çevre TR	Hiç Uygun Değil	29	7.49	2.08	3.11	11.11	88.91	χ^2 : 7.051 *p: 0.029
	Uygun Değil	110	8.41	2.22	3.11	14.22	115.27	
	Uygun	93	8.90	2.71	3.11	24.89	126.56	

*($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

WHOQOL-BREF çevre TR alan ortalama puanı yaşadıkların konutun durumu hiç iyi olmayanlarda 7.49 ± 2.08 iken, konut durumu iyi olan kadınların 8.90 ± 2.71 'dir. Tek Yönlü Kruskal Wallis varyans analizi uygulandığında grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 7.051; p: 0.029). Yaşadıkları konut durumu hiç uygun olmayan kadınların çevre TR alanında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının faaliyet gösterme durumuna göre dağılımı Tablo 194'de gösterilmektedir.

Tablo 194. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Faaliyet Gösterme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Faaliyet Gösterme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kötü	146	10.25	2.50	4.00	16.00	t: 0.214
	İyi	86	10.17	2.34	5.14	16.00	p: 0.831
Ruhsal Alan	Kötü	146	10.68	2.40	2.67	15.33	t: - 1.178
	İyi	86	11.06	2.41	4.00	15.33	p: 0.240
Sosyal Alan	Kötü	146	10.68	3.29	2.67	17.33	t: 0.457
	İyi	86	10.48	3.28	1.33	17.33	p: 0.648
Çevre Alanı	Kötü	146	8.33	2.81	2.50	27.00	t: - 1.936
	İyi	86	9.01	2.19	2.50	13.50	p: 0.054
Çevre TR	Kötü	146	8.18	2.62	3.11	24.89	t: - 2.767
	İyi	86	9.03	2.02	4.00	13.78	*p: 0.010

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre TR alan ortalama puanı. iyi düzeyde faaliyet gösteren kadınlarda 9.03 ± 2.02 iken. kötü düzeyde faaliyet gösteren kadınlarda 8.18 ± 2.62 ' dir. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.767; p: 0.010). Boş zamanlarında kötü düzeyde faaliyet gösteren kadınların çevre TR alanında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının sosyal çevreye katılım durumuna göre dağılımı Tablo 195'de gösterilmektedir.

Tablo 195. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Çevreye Katılım Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Sosyal Çevreye Katılım	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kötü	165	10.22	2.36	4.00	16.00	t: 0.026
	İyi	67	10.21	2.64	5.14	16.00	p: 0.979
Ruhsal Alan	Kötü	165	10.76	2.26	3.33	15.33	t: - 0.636
	İyi	67	10.98	2.74	2.67	15.33	p: 0.526
Sosyal Alan	Kötü	165	10.48	3.32	1.33	17.33	t: - 0.933
	İyi	67	10.92	3.19	2.67	17.33	p: 0.352
Çevre Alanı	Kötü	165	8.51	2.68	3.00	27.00	t: - 0.620
	İyi	67	8.75	2.45	2.50	13.50	p: 0.536
Çevre TR	Kötü	165	8.36	2.58	3.11	24.89	t: - 1.342
	İyi	67	8.83	2.05	4.00	13.78	p: 0.181

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların sosyal çevreye katılım durumları ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının ev içinde sorumluluk alma durumuna göre dağılımı Tablo 196'da gösterilmektedir.

Tablo 196. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Ev İçinde Sorumluluk	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Tek Alanda	104	9.76	2.39	4.00	16.00	t: - 2.623
	Birden Fazla Alanda	128	10.59	2.42	4.00	16.00	*p: 0.009
Ruhsal Alan	Tek Alanda	104	10.73	2.57	3.33	15.33	t: - 0.511
	Birden Fazla Alanda	128	10.90	2.27	2.67	14.67	p: 0.610
Sosyal Alan	Tek Alanda	104	11.01	3.75	1.33	17.33	t: 1.693
	Birden Fazla Alanda	128	10.28	2.82	2.67	16.00	p: 0.092
Çevre Alanı	Tek Alanda	104	8.52	3.16	2.50	27.00	t: - 0.300
	Birden Fazla Alanda	128	8.63	2.08	3.50	13.50	p: 0.764
Çevre TR	Tek Alanda	104	8.46	2.82	3.11	24.89	t: - 0.205
	Birden Fazla Alanda	128	8.52	2.10	3.11	14.22	p: 0.838

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı ev içinde birden fazla alanda sorumluluk alan kadınlarda 10.59 ± 2.42 iken, tek alanda sorumluluk alan kadınlarda 9.76 ± 2.39 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.623, p: 0.009). Ev içinde tek alanda sorumluluk alan kadınların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eşin ev içinde sorumluluk alma durumuna göre dağılımı Tablo 197'de gösterilmektedir.

Tablo 197. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eşin Ev İçinde Sorumluluk Alma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Eşin Ev İçinde Sorumluluğu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Tek Alanda	51	10.15	2.31	5.14	13.71	t: -1.232
	Birden Fazla Alanda	113	10.63	2.36	4.00	16.00	p: 0.220
Ruhsal Alan	Tek Alanda	51	10.45	2.18	3.33	14.00	t: - 1.463
	Birden Fazla Alanda	113	10.99	2.14	2.67	14.67	p: 0.145
Sosyal Alan	Tek Alanda	51	10.14	2.78	4.00	16.00	t: - 0.511
	Birden Fazla Alanda	113	10.38	2.78	2.67	16.00	p: 0.610
Çevre Alanı	Tek Alanda	51	8.06	2.05	3.50	11.50	t: - 1.414
	Birden Fazla Alanda	113	8.55	2.01	3.50	13.50	p: 0.159
Çevre TR	Tek Alanda	51	8.00	2.25	3.11	12.00	t: - 1.012
	Birden Fazla Alanda	113	8.36	2.05	3.11	14.22	p: 0.313

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların ev içinde sorumluluk alma durumları ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının karar verme sürecine katılımına göre dağılımı Tablo 198'de gösterilmektedir.

Tablo 198. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Karar Verme Sürecine Katılımına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Karar Verme Sürecine Katılım	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	54	9.73	2.52	4.00	16.00	t: - 1.685
	Evet	178	10.37	2.40	4.00	16.00	p: 0.093
Ruhsal Alan	Hayır	54	9.67	2.64	2.67	15.33	t: - 3.769
	Evet	178	11.17	2.22	3.33	15.33	*p: 0.000
Sosyal Alan	Hayır	54	10.39	3.62	4.00	17.33	t: - 0.546
	Evet	178	10.67	3.18	1.33	17.33	p: 0.586
Çevre Alanı	Hayır	54	8.04	2.49	2.50	12.00	t: - 1.737
	Evet	178	8.75	2.64	2.50	27.00	p: 0.084
Çevre TR	Hayır	54	8.17	2.33	3.11	12.89	t: - 1.116
	Evet	178	8.59	2.47	3.11	24.89	p: 0.266

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı karar verme sürecine katılan kadınlarda 11.17 ± 2.22 iken, karar verme sürecine katılmayan kadınlarda 9.67 ± 2.64 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi ile grup ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 3.769, p: 0.000). Ev içinde karar verme sürecine katılmayan kadınların ruhsal alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının annelik sorumluluğunu yerine getirme durumuna göre dağılımı Tablo 199'da gösterilmektedir.

Tablo 199. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Annelik Sorumluluğunu Yerine Getirme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	20	10.71	2.57	5.14	14.29	84.55	χ^2 : 2.948
	Kısmen	94	10.10	2.45	4.00	18.00	73.04	p: 0.229
	Evet	41	10.74	2.40	5.14	15.43	86.17	
Ruhsal Alan	Hayır	20	10.76	1.72	8.00	14.00	75.15	χ^2 : 6.883
	Kısmen	94	10.89	2.40	2.67	14.87	71.81	*p: 0.032
	Evet	41	11.52	1.70	8.00	14.67	93.59	
Sosyal Alan	Hayır	20	9.33	3.35	2.67	14.67	67.32	χ^2 : 5.072
	Kısmen	94	10.00	2.91	1.33	18.00	74.69	p: 0.079
	Evet	41	11.15	2.77	6.87	16.00	90.79	
Çevre Alanı	Hayır	20	8.40	2.04	4.00	11.50	80.88	χ^2 : 9.834
	Kısmen	94	7.86	2.02	3.50	13.50	69.64	*p: 0.007
	Evet	41	9.14	1.81	8.00	13.50	95.77	
Çevre TR	Hayır	20	8.37	2.26	4.89	11.58	83.55	χ^2 : 4.600
	Kısmen	94	7.79	2.03	3.11	12.89	71.93	p: 0.100
	Evet	41	8.73	2.07	5.33	14.22	89.21	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi.

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı, annelik sorumluluğunu yerine getirdiğini düşünenlerde 11.52 ± 1.70 iken, annelik sorumluluğunu yerine getiremediğini düşünenlerde 10.76 ± 1.72 'dir. Tek yönlü Kruskal Wallis varyans analizi uygulandığında grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 6.883, p: 0.032). Çevre alan ortalama puanı annelik sorumluluğunu yerine getirdiğini düşünenlerde 9.14 ± 1.81 iken, annelik sorumluluğunu yerine getiremediğini düşünenlerde 8.40 ± 2.04 'dir. Grup ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 9.834, p: 0.007). Annelik sorumluluğunu yerine getiremediğini düşünen kadınlarda ruhsal alanda, kısmen yerine getirebildiğini düşünen kadınlarda çevre alanında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı Tablo 200'de gösterilmektedir.

Tablo 200. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Sigara Kullanımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	185	10.30	2.30	4.00	16.00	t: 0.991
	Evet	47	9.90	2.92	4.00	15.43	p: 0.323
Ruhsal Alan	Hayır	185	10.88	2.30	3.33	15.33	t: 0.736
	Evet	47	10.59	2.79	2.67	14.67	p: 0.463
Sosyal Alan	Hayır	185	10.72	3.25	2.67	17.33	t: 1.059
	Evet	47	10.15	3.42	1.33	16.00	p: 0.291
Çevre Alanı	Hayır	185	8.76	2.61	2.50	27.00	t: 2.068
	Evet	47	7.89	2.56	2.50	13.50	*p: 0.042
Çevre TR	Hayır	185	8.61	2.47	3.11	24.89	t: 1.508
	Evet	47	8.01	2.28	3.11	12.00	p: 0.133

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı sigara kullanan kadınlarda 7.89 ± 2.56 iken, sigara kullanmayan kadınlarda 8.76 ± 2.61 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.068, p: 0.042). Sigara kullanan kadınlarda çevre alanında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının alkol kullanımına göre dağılımı Tablo 201'de gösterilmektedir.

Tablo 201. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Alkol Kullanımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	228	10.26	2.44	4.00	16.00	117.58	U: 209.000
	Evet	4	8.14	1.70	6.29	10.29	54.75	p: 0.063
Ruhsal Alan	Hayır	228	10.83	2.40	2.67	15.33	116.61	U:430.000
	Evet	4	10.33	3.10	6.00	13.33	110.00	p: 0.844
Sosyal Alan	Hayır	228	10.61	3.28	1.33	17.33	116.55	U: 443.500
	Evet	4	10.00	4.14	4.00	13.33	113.38	p: 0.925
Çevre Alanı	Hayır	228	8.62	2.59	2.50	27.00	117.06	U: 328.000
	Evet	4	6.62	3.90	3.00	10.00	84.50	p: 0.335
Çevre TR	Hayır	228	8.50	2.42	3.11	24.89	116.66	U: 419.500
	Evet	4	7.88	3.72	4.44	11.11	107.38	p: 0.783

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların alkol kullanımı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının ailede dayak durumuna göre dağılımı Tablo 202'de gösterilmektedir.

Tablo 202. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ailede Dayak Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Dayak	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	197	10.45	2.37	4.00	16.00	t: 3.531
	Evet	35	8.89	2.41	4.00	14.29	*p: 0.001
Ruhsal Alan	Hayır	197	11.06	2.23	3.33	15.33	t: 3.014
	Evet	35	9.50	2.90	2.67	14.00	*p: 0.004
Sosyal Alan	Hayır	197	10.69	3.31	1.33	17.33	t: 0.929
	Evet	35	10.13	3.15	4.00	17.33	p: 0.354
Çevre Alanı	Hayır	197	8.74	2.62	2.50	27.00	t: 2.358
	Evet	35	7.68	2.41	2.50	12.00	*p: 0.022
Çevre TR	Hayır	197	8.54	2.47	3.11	24.89	t: 0.640
	Evet	35	8.25	2.28	3.11	12.89	p: 0.523

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı aile içi dayak uygulanan kadınlarda 8.89 ± 2.41 iken, aile içinde dayak uygulanmayan kadınlarda 10.45 ± 2.37 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 3.531, p: 0.001). Ruhsal alan ortalama puanı aile içi dayak uygulanan kadınlarda 9.50 ± 2.90 iken, aile içi dayak uygulanmayan kadınlarda 11.06 ± 2.23 'dür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t: 3.014, p: 0.004). Çevre alan ortalama puanı aile içi dayak uygulanan kadınlarda 8.25 ± 2.28 iken, aile içi dayak uygulanmayan kadınlarda 8.74 ± 2.62 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.358, p: 0.022). Aile içi dayak uygulanan kadınlarda bedensel, ruhsal ve çevre alanlarında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının komşu ile görüşmede yasaklama durumuna göre dağılımı Tablo 203'de gösterilmektedir.

Tablo 203. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Komşu İle Görüşmede Yasaklama Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Komşu İle Görüşmede Yasaklama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Var	10	8.51	2.07	5.71	12.57	67.00	U: 615.000 *p: 0.017
	Yok	222	10.30	2.43	4.00	16.00	118.73	
Ruhsal Alan	Var	10	8.40	2.95	4.00	12.00	62.80	U:573.000 *p: 0.009
	Yok	222	10.93	2.33	2.67	15.33	118.92	
Sosyal Alan	Var	10	7.86	3.63	1.33	13.33	67.60	U: 621.000 *p: 0.018
	Yok	222	10.73	10.73	2.67	17.33	118.70	
Çevre Alanı	Var	10	6.85	2.40	3.00	10.50	73.05	U: 675.500 *p: 0.036
	Yok	222	8.66	2.60	2.50	27.00	118.46	
Çevre TR	Var	10	7.11	2.26	4.00	11.11	78.10	U: 726.000 p: 0.064
	Yok	222	8.56	2.44	3.11	24.89	118.23	

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı komşu ile görüşmesi yasak olan kadınlarda 8.51 ± 2.07 iken, görüşme yasağı olmayan kadınlarda 10.30 ± 2.43 'dür. Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 615.000; p: 0.017). Ruhsal alan ortalama puanı komşu ile görüşme yasağı olanlarda 8.40 ± 2.95 iken, görüşme yasağı olmayanlarda 10.93 ± 2.33 'dür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (U: 573.000; p: 0.009). Sosyal alan ortalama puanı komşu ile görüşme yasağı olanlarda 7.86 ± 3.63 iken, görüşme yasağı olmayanlarda 10.73 ± 10.73 'dür. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 621.000; p: 0.018). Çevre alan ortalama puanı komşu ile görüşme yasağı olanlarda 6.85 ± 2.40 iken, görüşme yasağı olmayanlarda 8.66 ± 2.60 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 675.500; p: 0.036). Komşu ile görüşme yasağı olan kadınlarda bedensel, ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının akraba ile görüşme yasağı durumuna göre dağılımı Tablo 204'de gösterilmektedir.

Tablo 204. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Akraba İle Görüşme Yasağı Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Akraba İle Görüşme Yasağı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Var	13	8.48	1.89	5.71	12.57	64.88	U: 752.500
	Yok	219	10.32	2.43	4.00	16.00	119.56	*p: 0.004
Ruhsal Alan	Var	13	8.51	3.31	2.67	12.00	70.96	U: 831.500
	Yok	219	10.96	2.26	3.33	15.33	119.20	*p: 0.011
Sosyal Alan	Var	13	8.71	3.63	1.33	13.33	83.77	U: 998.000
	Yok	219	10.72	3.23	2.67	17.33	118.44	p: 0.068
Çevre Alanı	Var	13	6.30	1.88	3.00	9.00	54.15	U:613.000
	Yok	219	8.72	2.59	2.50	27.00	120.20	*p: 0.001
Çevre TR	Var	13	6.70	1.78	4.00	9.78	64.19	U:743.500
	Yok	219	8.60	2.44	3.11	24.89	119.61	*p: 0.004

* (p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı akraba ile görüşme yasağı olan kadınlarda 8.48 ± 1.89 iken, akraba ile görüşme yasağı olmayan kadınlarda 10.32 ± 2.43 'dür. Gruplar Mann-Whitney U testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 752.500; p: 0.004). Ruhsal alan ortalama puanı akraba ile görüşme yasağı olan kadınlarda 8.51 ± 3.31 iken, görüşme yasağı olmayan kadınlarda 10.96 ± 2.26 'dır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 831.500; p: 0.011). Çevre alan ortalama puanı akraba ile görüşme yasağı olanlarda 6.30 ± 1.88 iken, görüşme yasağı olmayanlarda 8.72 ± 2.59 'dur. Gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 613.000; p: 0.001). Çevre TR alan ortalama puanı akraba ile görüşme yasağı olanlarda 6.70 ± 1.78 iken, akraba ile görüşme yasağı olmayanlarda 8.60 ± 2.44 'dür. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (U: 743.500; p: 0.004). Akrabaları ile görüşme yasağı olan kadınların bedensel, ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının sosyal konulara ilgi düzeyine göre dağılımı Tablo 205'de gösterilmektedir.

Tablo 205. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sosyal Konulara İlgili Düzeyine Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Sosyal Konulara İlgili Düzeyi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Kötü	6	10.57	1.06	9.14	12.00	125.67	χ^2 : 0.160 p: 0.923
	Orta	16	10.07	2.54	5.71	14.86	112.84	
	İyi	210	10.22	2.46	4.00	16.00	116.52	
Ruhsal Alan	Kötü	6	9.77	1.61	6.67	11.33	78.92	χ^2 : 2.044 p: 0.360
	Orta	16	11.20	2.18	7.33	14.67	122.50	
	İyi	210	10.82	2.44	2.67	15.33	117.12	
Sosyal Alan	Kötü	6	8.66	2.34	5.33	12.00	72.17	χ^2 : 3.015 p: 0.221
	Orta	16	10.08	3.33	2.67	14.67	109.09	
	İyi	210	10.70	3.29	1.33	17.33	118.33	
Çevre Alanı	Kötü	6	8.41	1.65	6.00	10.50	112.17	χ^2 : 0.039 p: 0.980
	Orta	16	8.46	2.97	2.50	13.00	118.50	
	İyi	210	8.60	2.62	2.50	27.00	116.47	
Çevre TR	Kötü	6	7.48	1.47	5.33	9.33	83.00	χ^2 : 2.014 p: 0.365
	Orta	16	8.13	2.80	3.11	13.78	106.28	
	İyi	210	8.55	2.44	3.11	24.89	118.24	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırmaya katılan kadınların sosyal konulara ilgi düzeyi ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının boşanma problemine göre dağılımı Tablo 206'da gösterilmektedir.

Tablo 206. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Boşanma Problemine Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Boşanma Problemi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	216	10.34	2.36	4.00	16.00	119.50	U: 1080.500
	Var	16	8.57	2.91	5.14	13.71	76.03	*p: 0.012
Ruhsal Alan	Yok	216	11.00	2.27	3.33	15.33	120.50	U: 864.000
	Var	16	8.45	2.99	2.67	12.00	62.50	*p: 0.001
Sosyal Alan	Yok	216	10.76	3.17	2.67	17.33	119.02	U: 1183.000
	Var	16	8.50	4.04	1.33	14.67	82.44	*p: 0.034
Çevre Alanı	Yok	216	8.64	2.59	2.50	27.00	117.64	U: 1481.000
	Var	16	7.75	2.84	3.50	12.00	101.06	P: 0.339
Çevre TR	Yok	216	8.54	2.42	3.11	24.89	117.49	U: 1515.000
	Var	16	7.83	2.70	3.11	12.00	103.19	P: 0.410

*(p < 0.05); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF bedensel alan ortalama puanı boşanma problemi yaşayan kadınlarda 8.57 ± 2.91 iken, boşanma problemi yaşamayan kadınlarda 10.34 ± 2.36 'dır. Mann-Whitney U testi ile gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 1080.500; p: 0.012). Ruhsal alan ortalama puanı boşanma problemi yaşayan kadınlarda 8.45 ± 2.99 iken, boşanma problemi yaşamayan kadınlarda 11.00 ± 2.27 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 864.000; p: 0.001). Sosyal alan ortalama puanı, boşanma problemi yaşayan kadınlarda 8.50 ± 4.04 iken, boşanma problemi yaşamayan kadınlarda 10.76 ± 3.17 'dir. Mann-Whitney U testi ile gruplar incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 1183.000; p: 0.034). Boşanma problemi yaşamış kadınların bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının boşanma sonrası sorun yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 207'de gösterilmektedir.

Tablo 207. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Boşanma Sonrası Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Boşanma Sonrası Sorun Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	223	10.29	2.40	4.00	16.00	118.20	U: 625.000
	Var	9	8.57	2.84	5.14	13.71	74.44	P: 0.054
Ruhsal Alan	Yok	223	10.91	2.36	2.67	15.33	118.58	U: 539.500
	Var	9	8.74	2.81	3.33	12.00	64.94	*p: 0.018
Sosyal Alan	Yok	223	10.75	3.17	2.67	17.33	118.78	U: 495.000
	Var	9	7.11	4.32	1.33	14.67	60.00	*p: 0.009
Çevre Alanı	Yok	223	8.64	2.59	2.50	27.00	117.89	U: 692.500
	Var	9	7.05	2.78	3.50	11.00	81.94	p: 0.114
Çevre TR	Yok	223	8.54	2.42	3.11	24.89	117.39	U: 805.500
	Var	9	7.45	2.83	3.11	11.11	94.50	p: 0.315

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı boşanma sonrası sorun yaşayan kadınlarda 8.74 ± 2.81 iken, boşanma sonrası sorun yaşamayan kadınlarda 10.91 ± 2.36 'dır. Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 539.500, p: 0.018). Sosyal alan ortalama puanı boşanma sonrası sorun yaşayan kadınlarda 7.11 ± 4.32 iken, boşanma sonrası sorun yaşamayan kadınlarda 10.75 ± 3.17 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 495.000, p: 0.009). Boşanma sonrası sorun yaşamış olan kadınların ruhsal ve sosyal alanda yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının baskın ebeveyn varlığına göre dağılımı Tablo 208'de gösterilmektedir.

Tablo 208. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Baskın Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Baskın Ebeveyn	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	174	10.44	2.36	5.14	16.00	t: 2.330
	Evet	58	9.55	2.56	4.00	15.43	*p: 0.022
Ruhsal Alan	Hayır	174	11.05	2.25	2.67	15.33	t: 2.264
	Evet	58	10.14	2.74	2.74	14.00	*p: 0.026
Sosyal Alan	Hayır	174	10.78	3.26	1.33	17.33	t: 1.387
	Evet	58	10.09	3.32	2.67	17.33	p: 0.167
Çevre Alanı	Hayır	174	8.62	2.24	2.50	13.50	t: 0.376
	Evet	58	8.47	3.54	2.50	27.00	p: 0.708
Çevre TR	Hayır	174	8.47	2.16	3.11	14.22	t: - 0.275
	Evet	58	8.57	3.16	3.11	24.89	p: 0.784

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF Bedensel alan ortalama puanı baskın özellikte ebeveyne sahip kadınlarda 9.55 ± 2.56 iken, ebeveyni baskın özellikte olmayan kadınlarda 10.44 ± 2.36 'dır. Gruplar, bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.330; p: 0.022). Ruhsal alan ortalama puanı baskın özellikte ebeveyne sahip kadınlarda 10.14 ± 2.74 iken, ebeveyni baskın özellikte olmayan kadınlarda 11.05 ± 2.25 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.264; p: 0.026). Baskın ebeveyne sahip kadınların bedensel ve ruhsal alanda yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının 15 yaşından önce ebeveyn kaybına göre dağılımı Tablo 209'da gösterilmektedir.

Tablo 209. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının 15 Yaşından Önce Ebeveyn Kaybına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	15 Yaş Öncesi Ebeveyn Kaybı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	186	10.16	2.40	4.00	16.00	t: - 0.768
	Var	46	10.42	2.59	4.00	15.43	p: 0.443
Ruhsal Alan	Yok	186	10.74	2.38	3.33	15.33	t: - 1.045
	Var	46	11.15	2.50	2.67	14.67	p: 0.297
Sosyal Alan	Yok	186	10.59	3.36	1.33	17.33	t: - 0.132
	Var	46	10.66	2.98	2.67	16.00	p: 0.895
Çevre Alanı	Yok	186	8.63	2.69	2.50	27.00	t: 0.568
	Var	46	8.39	2.29	3.00	13.50	p: 0.574
Çevre TR	Yok	186	8.56	2.51	3.11	24.89	t: 0.884
	Var	46	8.21	2.15	4.00	12.44	p: 0.378

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşama durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının üvey ebeveyn varlığına göre dağılımı Tablo 210'da gösterilmektedir.

Tablo 210. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Üvey Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Üvey Ebeveyn	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	209	10.25	2.44	4.00	16.00	116.61	U: 2381.500
	Var	23	9.98	2.48	4.00	13.71	115.54	p: 0.942
Ruhsal Alan	Yok	209	10.75	2.44	2.67	15.33	114.62	U: 2010.500
	Var	23	11.50	1.95	8.00	14.00	133.59	p: 0.196
Sosyal Alan	Yok	209	10.47	3.34	1.33	17.33	113.84	U: 1848.500
	Var	23	11.82	2.48	8.00	16.00	140.63	p: 0.067
Çevre Alanı	Yok	209	8.51	2.63	2.50	27.00	114.18	U: 1919.500
	Var	23	9.21	2.43	4.50	12.50	137.54	p: 0.112
Çevre TR	Yok	209	8.43	2.45	3.11	24.89	113.89	U: 1857.500
	Var	23	9.08	2.31	4.00	11.56	140.24	p: 0.073

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların üvey ebeveyn varlığı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının soy geçmişte görülen kronik hastalık durumuna göre dağılımı Tablo 211'de gösterilmektedir.

Tablo 211. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Soy Geçmişte Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Soy Geçmişte Kronik Hastalık	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	127	10.29	2.61	4.00	15.43	t: 0.452
	Var	105	10.14	2.22	5.14	16.00	p: 0.651
Ruhsal Alan	Yok	127	11.20	2.42	3.33	15.33	t: 2.682
	Var	105	10.36	2.32	2.67	14.67	*p: 0.008
Sosyal Alan	Yok	127	10.74	3.42	1.33	17.33	t: 0.667
	Var	105	10.45	3.12	2.67	17.33	p: 0.506
Çevre Alanı	Yok	127	8.81	2.85	2.50	27.00	t: 1.492
	Var	105	8.30	2.29	2.50	13.50	p: 0.137
Çevre TR	Yok	127	8.72	2.63	3.11	24.89	t: 1.579
	Var	105	8.22	2.17	3.11	14.22	p: 0.116

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı, soy geçmişinde kronik hastalık hikayesi olan kadınlarda 10.36 ± 2.32 iken, soy geçmişinde kronik hastalık hikayesi olmayan kadınlarda 11.20 ± 2.42 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.682, p: 0.008). Soy geçmişte kronik hastalık hikayesi olan kadınların ruhsal alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının ailede görülen kronik hastalık durumuna göre dağılımı Tablo 212'de gösterilmektedir.

Tablo 212. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ailede Görülen Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Ailede Kronik Hastalık	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	206	10.13	2.45	4.00	16.00	113.68	U: 2097.500
	Var	26	10.96	2.23	5.14	14.29	138.83	p: 0.071
Ruhsal Alan	Yok	206	10.86	2.46	2.67	15.33	118.17	U: 2334.000
	Var	26	10.55	1.97	7.33	14.00	103.27	p: 0.284
Sosyal Alan	Yok	206	10.62	3.30	1.33	17.33	116.77	U: 2622.000
	Var	26	10.46	3.23	2.67	16.00	114.35	p: 0.861
Çevre Alanı	Yok	206	8.57	2.69	2.50	27.00	115.59	U: 2491.500
	Var	26	8.69	1.95	4.00	11.50	123.67	p: 0.562
Çevre TR	Yok	206	8.46	2.51	3.11	24.89	115.40	U: 2451.000
	Var	26	8.75	1.78	4.89	11.56	125.23	p: 0.481

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların yaşadığı aile içinde kronik hastalık varlığı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının kronik hasta bakımı durumuna göre dağılımı Tablo 213'de gösterilmektedir.

Tablo 213. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kronik Hasta Bakımı Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Kronik Hasta Bakımı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	209	10.16	2.41	4.00	16.00	114.18	U: 1918.000
	Var	23	10.78	2.63	4.00	14.29	137.61	p: 0.111
Ruhsal Alan	Yok	209	10.83	2.46	2.67	15.33	117.28	U: 2241.500
	Var	23	10.77	1.86	8.00	14.00	109.46	p: 0.594
Sosyal Alan	Yok	209	10.57	3.33	1.33	17.33	115.79	U: 2255.500
	Var	23	10.95	2.86	4.00	16.00	122.93	p: 0.625
Çevre Alanı	Yok	209	8.57	2.68	2.50	27.00	115.66	U: 2228.000
	Var	23	8.69	1.93	4.00	11.50	124.13	p: 0.565
Çevre TR	Yok	209	8.46	2.50	3.11	24.89	115.30	U: 2153.500
	Var	23	8.81	1.82	4.89	11.56	127.37	p:0.412

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların kronik hasta bakımı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının ebeveynde depresyon hikayesi varlığına göre dağılımı Tablo 214'de gösterilmektedir.

Tablo 214. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Ebeveynde Depresyon Hikayesi Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Ebeveynde Depresyon Hikayesi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	199	10.26	2.37	4.00	16.00	t: 0.678
	Var	33	9.95	2.84	5.14	15.48	p: 0.498
Ruhsal Alan	Yok	199	10.92	2.30	3.33	15.33	t: 1.456
	Var	33	10.26	2.97	2.67	14.67	p: 0.147
Sosyal Alan	Yok	199	10.66	3.32	1.33	17.33	t: 0.658
	Var	33	10.26	3.09	2.67	14.67	p: 0.514
Çevre Alanı	Yok	199	8.63	2.59	3.00	27.00	t: 0.742
	Var	33	8.27	2.76	2.50	12.00	p: 0.459
Çevre TR	Yok	199	8.50	2.43	3.11	24.89	t: 0.033
	Var	33	8.49	2.57	3.11	12.89	p:0.973

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların ebeveynlerinde depresyon hikayesi ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının göçten etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 215'de gösterilmektedir.

Tablo 215. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Göçten Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Göçten Etkilenme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hiç Etkilenmemiş	140	10.23	2.38	4.00	16.00	116.00	χ^2 : 1.729 p: 0.421
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	10.05	2.41	5.14	15.43	112.00	
	Çok Etkilenmiş	23	10.65	2.88	5.14	14.29	133.07	
Ruhsal Alan	Hiç Etkilenmemiş	140	10.95	2.39	3.33	15.33	120.77	χ^2 : 1.536 p: 0.464
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	10.62	2.51	2.67	15.33	111.23	
	Çok Etkilenmiş	23	10.63	2.24	5.33	14.67	106.30	
Sosyal Alan	Hiç Etkilenmemiş	140	10.86	3.34	2.67	17.33	121.05	χ^2 : 3.649 p: 0.161
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	10.51	3.13	2.67	16.00	115.20	
	Çok Etkilenmiş	23	9.33	3.19	1.33	14.67	92.57	
Çevre Alanı	Hiç Etkilenmemiş	140	8.87	2.84	2.50	27.00	124.81	χ^2 : 8.987 *p: 0.011
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	8.37	2.26	3.00	13.50	111.43	
	Çok Etkilenmiş	23	7.45	1.77	4.50	11.50	81.09	
Çevre TR	Hiç Etkilenmemiş	140	8.72	2.61	3.11	24.89	122.64	χ^2 : 6.200 *p: 0.046
	Orta Derecede Etkilenmiş	69	8.40	2.05	4.44	12.89	114.42	
	Çok Etkilenmiş	23	7.40	2.23	4.00	11.11	85.39	

* ($p < 0.05$); Tek Yönlü Kruskal-Wallis Varyans Analizi

WHOQOL-BREF çevre alanı göçten hiç etkilenmemiş kadınlarda 8.87 ± 2.84 , orta derecede etkilenmiş kadınlarda 8.37 ± 2.26 , çok etkilenmiş kadınlarda 7.45 ± 1.77 'dir. Gruplar tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 8.987; p: 0.011). Çevre TR alanı ortalama puanı göçten hiç etkilenmemiş kadınlarda 8.72 ± 2.61 , orta derecede etkilenmiş kadınlarda 8.37 ± 2.26 , çok etkilenmiş kadınlarda 7.40 ± 2.23 'dür. Tek yönlü Kruskal-Wallis varyans analizi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 6.200; p: 0.046). Göçten çok etkilenmiş olan kadınların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan evlilik sorununa göre dağılımı Tablo 216'da gösterilmektedir.

Tablo 216. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Evlilik Sorununa Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Evlilik Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	212	10.30	2.43	4.00	16.00	118.69	U: 1656.500
	Var	20	9.40	2.37	5.14	14.29	93.32	p: 0.105
Ruhsal Alan	Yok	212	10.97	2.34	3.33	15.33	120.42	U: 1289.500
	Var	20	9.26	2.62	2.67	14.00	74.97	*p:0.004
Sosyal Alan	Yok	212	10.76	3.26	2.67	17.33	119.42	U:1502.000
	Var	20	9.00	3.17	1.33	13.33	85.60	*p:0.030
Çevre Alanı	Yok	212	8.66	2.60	2.50	27.00	118.54	U: 1.687.500
	Var	20	7.80	2.68	3.50	13.50	94.88	p:0.131
Çevre TR	Yok	212	8.52	2.42	3.11	24.89	116.85	U: 2046.000
	Var	20	8.22	2.68	3.11	12.00	112.75	p: 0.793

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan puanı son bir yılda evlilik sorunu olan kadınlarda 9.26 ± 2.62 iken, son bir yılda evlilik sorunu olmayan kadınlarda 10.97 ± 2.34 'dür. Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 1289.500; p: 0.004). Sosyal alan ortalama puanı son bir yılda evlilik sorunu olan kadınlarda 9.00 ± 3.17 iken, son bir yılda evlilik sorunu olmayan kadınlarda 10.76 ± 3.26 'dır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (U: 1502.000; p: 0.030). Evlilik sorunu olan kadınların ruhsal ve sosyal alanda yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan sağlık sorunu durumuna göre dağılımı Tablo 217'de gösterilmektedir.

Tablo 217. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Sağlık Sorunu Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Sağlık Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	149	10.20	2.32	4.00	16.00	t: - 0.158
	Var	83	10.25	2.65	5.14	16.00	p: 0.875
Ruhsal Alan	Yok	149	10.98	2.40	3.33	15.33	t: 1.334
	Var	83	10.54	2.40	2.67	14.67	p: 0.183
Sosyal Alan	Yok	149	10.65	3.58	1.33	17.33	t: 0.301
	Var	83	10.52	2.69	4.00	16.00	p: 0.764
Çevre Alanı	Yok	149	8.91	2.71	2.50	27.00	t: 2.688
	Var	83	8.00	2.33	2.50	13.50	*p: 0.008
Çevre TR	Yok	149	8.77	2.48	3.11	24.89	t: 2.386
	Var	83	8.00	2.30	3.11	13.78	*p: 0.018

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı son bir yılda sağlık sorunu yaşayan kadınlarda 8.00 ± 2.33 iken, son bir yılda sağlık sorunu yaşamayan kadınlarda 8.91 ± 2.71 'dir. Gruplar, bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.688; p: 0.008). Çevre TR alan ortalama puanı son bir yılda sağlık sorunu yaşayan kadınlarda 8.00 ± 2.30 iken, son bir yılda sağlık sorunu yaşamayan kadınlarda 8.77 ± 2.48 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.386; p: 0.018). Son bir yılda sağlık sorunu yaşayan kadınların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan aile sorunu varlığına göre dağılımı Tablo 218'de gösterilmektedir.

Tablo 218. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Aile Sorunu Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Aile Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	193	10.29	2.33	4.00	16.00	t: 0.977
	Var	39	9.87	2.94	5.14	16.00	p: 0.329
Ruhsal Alan	Yok	193	10.95	2.30	2.67	15.33	t: 1.874
	Var	39	10.17	2.81	3.33	14.00	p: 0.062
Sosyal Alan	Yok	193	10.95	3.17	2.67	17.33	t: 3.567
	Var	39	8.88	3.32	1.33	14.67	*p: 0.001
Çevre Alanı	Yok	193	8.59	2.26	2.50	13.50	t: 0.058
	Var	39	8.56	3.96	2.50	27.00	p: 0.954
Çevre TR	Yok	193	8.45	2.15	3.11	14.22	t: - 0.583
	Var	39	8.70	3.59	3.11	24.89	p: 0.561

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF sosyal alan ortalama puanı son bir yılda aile sorunu yaşayan kadınlarda 8.88 ± 3.32 iken, son bir yılda aile sorunu yaşamayan kadınlarda 10.95 ± 2.30 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında, istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 3.567; p: 0.001). Son bir yılda aile problemi yaşayan kadınların sosyal alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan iş sorununa göre dağılımı Tablo 219'da gösterilmektedir.

Tablo 219. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan İş Sorununa Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	İş Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	160	10.28	2.42	5.14	16.00	t: 0.538
	Var	72	10.09	2.48	4.00	16.00	p: 0.591
Ruhsal Alan	Yok	160	10.93	2.36	3.33	15.33	t: 0.994
	Var	72	10.59	2.50	2.67	15.33	p: 0.321
Sosyal Alan	Yok	160	10.48	3.25	1.33	17.33	t: - 0.869
	Var	72	10.88	3.36	4.00	17.33	p: 0.386
Çevre Alanı	Yok	160	8.78	2.66	2.50	27.00	t: 1.698
	Var	72	8.15	2.47	2.50	13.50	p: 0.091
Çevre TR	Yok	160	8.70	2.56	3.11	24.89	t: 1.910
	Var	72	8.04	2.10	4.00	12.00	p: 0.057

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların son bir yılda yaşadıkları iş sorunu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan yer değiştirme sorunlarına göre dağılımı Tablo 220'de gösterilmektedir.

Tablo 220. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Yer Değiştirme Sorunlarına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Yer Değiştirme Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	214	10.28	2.38	4.00	16.00	117.65	U: 1679.000
	Var	18	9.42	2.97	4.00	13.14	102.78	p:0.365
Ruhsal Alan	Yok	214	10.80	2.45	2.67	15.33	116.41	U: 1906.500
	Var	18	11.03	1.75	8.00	14.00	117.58	p: 0.948
Sosyal Alan	Yok	214	10.67	3.29	1.33	17.33	117.89	U: 1629.000
	Var	18	9.85	3.23	2.67	16.00	100.000	p: 0.274
Çevre Alanı	Yok	214	8.61	2.65	2.50	27.00	116.95	U: 1829.500
	Var	18	8.27	2.23	4.50	11.50	111.14	p: 0.724
Çevre TR	Yok	214	8.54	3.11	24.89	24.89	117.64	U: 1682.000
	Var	18	7.92	2.27	11.11	11.11	102.94	p: 0.371

*($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların, son bir yıl içinde yaşadıkları yer değiştirme sorunu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan çocuk sorununa göre dağılımı Tablo 221'de gösterilmektedir.

Tablo 221. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Çocuk Sorununa Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Çocuk Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	183	10.13	2.43	4.00	16.00	t: - 1.065
	Var	49	10.55	2.45	5.14	15.43	p: 0.288
Ruhsal Alan	Yok	183	10.88	2.48	2.67	15.33	t: 0.666
	Var	49	10.62	2.10	3.33	14.67	p: 0.506
Sosyal Alan	Yok	183	10.79	3.39	1.33	17.33	t: 1.696
	Var	49	9.90	2.76	4.00	14.67	p: 0.091
Çevre Alanı	Yok	183	8.63	2.76	2.50	27.00	t: 0.504
	Var	49	8.41	1.87	3.50	12.00	p: 0.615
Çevre TR	Yok	183	8.53	2.52	3.11	24.89	t: 0.406
	Var	49	8.37	2.14	3.11	12.89	p: 0.685

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların son bir yıl içinde yaşadıkları çocuk sorunu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan parasal sorunlara göre dağılımı Tablo 222'de gösterilmektedir.

Tablo 222. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Parasal Sorunlara Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Parasal Sorunlar	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	124	10.35	2.60	4.00	16.00	t: 0.904
	Var	108	10.06	2.24	4.00	14.29	p: 0.367
Ruhsal Alan	Yok	124	10.89	2.30	3.33	14.67	t: 0.479
	Var	108	10.74	2.53	2.67	15.33	p: 0.633
Sosyal Alan	Yok	124	10.75	3.37	2.67	17.33	t: 0.712
	Var	108	10.44	3.19	1.33	17.33	p: 0.477
Çevre Alanı	Yok	124	9.18	2.73	3.50	27.00	t: 3.888
	Var	108	7.89	2.31	2.50	13.50	*p: 0.000
Çevre TR	Yok	124	9.04	2.64	3.11	24.89	t: 3.829
	Var	108	7.86	2.03	3.11	12.00	*p: 0.000

* ($p < 0,05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF çevre alan ortalama puanı son bir yılda parasal sorun yaşayan kadınlarda 7.89 ± 2.31 iken, son bir yılda parasal sorun yaşamayan kadınlarda 9.18 ± 2.73 'dür. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 3.888; p: 0.000). Çevre TR alan ortalama puanı son bir yıldır parasal sorun yaşayan kadınlarda 7.86 ± 2.03 iken, son bir yıldır parasal sorun yaşamayan kadınlarda 9.04 ± 2.64 'dür. Gruplar , bağımsız gruplarda t-testi ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 3.829; p: 0.000). Son bir yılda parasal sorun yaşayan kadınların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda yaşanan eğitim sorununa göre dağılımı Tablo 223'de gösterilmektedir.

Tablo 223. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Yaşanan Eğitim Sorununa Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Eğitim Sorunu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	203	10.31	2.42	4.00	16.00	119.24	U: 2388.000
	Var	29	9.57	2.53	5.14	16.00	97.34	p: 0.099
Ruhsal Alan	Yok	203	10.85	2.33	2.67	15.33	116.36	U: 2915.000
	Var	29	10.64	2.90	4.00	14.67	117.48	p: 0.933
Sosyal Alan	Yok	203	10.60	3.20	1.33	17.33	116.78	U: 2887.000
	Var	29	10.62	3.86	2.67	17.33	114.55	p: 0.866
Çevre Alanı	Yok	203	8.55	2.66	2.50	27.00	115.24	U: 2688.000
	Var	29	8.82	2.29	3.00	13.00	125.31	p: 0.449
Çevre TR	Yok	203	8.42	2.48	3.11	24.89	114.04	U: 2444.000
	Var	29	9.04	2.14	4.00	13.78	133.72	p: 0.139

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların son bir yıl içinde yaşadıkları eğitim sorunu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının son bir yılda kayıp yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 224'de gösterilmektedir.

Tablo 224. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Son Bir Yılda Kayıp Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Kayıp Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	181	10.21	2.48	4.00	16.00	t: - 0.129
	Var	51	10.26	2.30	5.14	14.29	p: 0.897
Ruhsal Alan	Yok	181	10.80	2.52	2.67	15.33	t: - 0.207
	Var	51	10.88	1.99	6.67	14.67	p: 0.836
Sosyal Alan	Yok	181	10.68	3.24	1.33	17.33	t: 0.694
	Var	51	10.32	3.43	2.67	17.33	p: 0.488
Çevre Alanı	Yok	181	8.54	2.72	2.50	27.00	t: - 0.429
	Var	51	8.72	2.32	4.00	13.50	p: 0.668
Çevre TR	Yok	181	8.42	2.46	3.11	24.89	t: - 0.859
	Var	51	8.75	2.39	4.89	14.22	p: 0.391

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların son bir yılda kayıp yaşama durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının eş / çocuk kaybı yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 225'de gösterilmektedir.

Tablo 225. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Eş / Çocuk Kaybı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Eş/Çocuk Kaybı Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	200	10.22	2.43	4.00	16.00	t: 0.069
	Evet	32	10.19	2.50	5.14	14.29	p: 0.945
Ruhsal Alan	Hayır	200	10.81	2.44	2.67	15.33	t: - 0.226
	Evet	32	10.91	2.21	6.67	14.67	p: 0.821
Sosyal Alan	Hayır	200	10.61	3.36	1.33	17.33	t: 0.048
	Evet	32	10.58	2.81	4.00	16.00	p: 0.962
Çevre Alanı	Hayır	200	8.66	2.67	2.50	27.00	t: 1.146
	Evet	32	8.09	2.22	3.50	12.00	p: 0.253
Çevre TR	Hayır	200	8.57	2.47	3.11	24.89	t: 1.172
	Evet	32	8.02	2.24	3.11	12.89	p: 0.242

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların eş/çocuk kaybı yaşama durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının arkadaş kaybı/ayrılık yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 226'da gösterilmektedir.

Tablo 226. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Arkadaş Kaybı/Ayrılık Yaşama	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	154	10.28	2.43	4.00	16.00	t: 0.539
	Evet	78	10.10	2.47	5.14	15.43	p: 0.591
Ruhsal Alan	Hayır	154	10.91	2.22	3.33	15.33	t: 0.797
	Evet	78	10.64	2.75	2.67	15.33	p: 0.426
Sosyal Alan	Hayır	154	10.76	3.17	1.33	17.33	t: 0.994
	Evet	78	10.30	3.48	2.67	17.33	p: 0.321
Çevre Alanı	Hayır	154	8.67	2.65	2.50	27.00	t: 0.754
	Evet	78	8.40	2.55	2.50	13.50	p: 0.452
Çevre TR	Hayır	154	8.55	2.44	3.11	24.89	t: 0.489
	Evet	78	8.38	2.45	3.11	14.22	p: 0.625

* ($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların arkadaş kaybı / ayrılık yaşama durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının sıkıntı paylaşacak kişi varlığına göre dağılımı Tablo 227'de gösterilmektedir.

Tablo 227. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Sıkıntıyı Paylaşacak Kişi	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	19	9.59	2.97	5.14	14.86	98.24	U: 1676.500
	Var	213	10.28	2.38	4.00	16.00	118.13	p: 0.214
Ruhsal Alan	Yok	19	10.07	2.45	4.00	14.67	93.39	U: 1584.500
	Var	213	10.89	2.40	2.67	15.33	118.56	p: 0.116
Sosyal Alan	Yok	19	9.26	3.28	4.00	14.67	90.79	U: 1535.000
	Var	213	10.72	3.26	1.33	17.33	118.79	p: 0.079
Çevre Alanı	Yok	19	7.84	2.01	4.00	11.50	95.53	U: 1625.000
	Var	213	8.65	2.66	2.50	27.00	118.37	p: 0.154
Çevre TR	Yok	19	7.92	1.74	4.89	10.67	100.37	U: 1717.000
	Var	213	8.54	2.49	3.11	24.89	117.94	p: 0.273

*($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların sıkıntı paylaşacak kişi varlığı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının emekli olma/çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olaylarının varlığına göre dağılımı Tablo 228'de gösterilmektedir.

Tablo 228. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Emekli Olma/Çocukların Evden Ayrılması Gibi Yeni Yaşam Olaylarının Varlığına Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Yeni Yaşam Olayı	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	213	10.25	2.47	4.00	16.00	117.81	U: 1744.000
	Evet	19	9.83	2.03	6.29	14.29	101.79	p: 0.317
Ruhsal Alan	Hayır	213	10.81	2.46	2.67	15.33	116.73	U: 1973.500
	Evet	19	10.91	1.80	8.00	13.33	113.87	p: 0.858
Sosyal Alan	Hayır	213	10.70	3.35	1.33	17.33	118.81	U: 1532.500
	Evet	19	9.54	2.14	5.33	12.00	90.66	p: 0.078
Çevre Alanı	Hayır	213	8.58	2.69	2.50	27.00	116.37	U: 1996.000
	Evet	19	8.57	1.57	6.00	11.50	117.95	p: 0.922
Çevre TR	Hayır	213	8.53	2.49	3.11	24.89	117.42	U: 1827.000
	Evet	19	8.11	1.81	5.33	11.11	106.16	p: 0.483

* ($p < 0.05$); Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınların yeni yaşam olayları yaşama durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının devamlı ilaç kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 229'da gösterilmektedir.

Tablo 229. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Devamlı İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Devamlı İlaç Kullanma	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	172	10.17	2.47	4.00	16.00	t: - 0.507
	Var	60	10.36	2.34	5.14	15.43	p: 0.613
Ruhsal Alan	Yok	172	10.96	2.35	3.33	15.33	t: 1.481
	Var	60	10.43	2.53	2.67	14.67	p: 0.140
Sosyal Alan	Yok	172	10.74	3.48	1.33	17.33	t: 1.060
	Var	60	10.22	2.62	2.67	14.67	p: 0.290
Çevre Alanı	Yok	172	8.68	2.66	2.50	27.00	t: 0.954
	Var	60	8.30	2.49	2.50	13.50	p: 0.341
Çevre TR	Yok	172	8.53	2.47	3.11	24.89	t: 0.387
	Var	60	8.39	2.37	3.11	18.78	p: 0.699

* ($p < 0.05$), Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların devamlı ilaç kullanımı ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının önceden hastalık geçirme durumuna göre dağılımı Tablo 230'da gösterilmektedir.

Tablo 230. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Önceden Hastalık Geçirme	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	171	10.22	2.51	4.00	16.00	t: 0.050
	Var	61	10.21	2.25	5.14	14.86	p: 0.960
Ruhsal Alan	Yok	171	11.04	2.27	3.33	15.33	t: 2.186
	Var	61	10.20	2.67	2.67	14.67	*p: 0.031
Sosyal Alan	Yok	171	10.79	3.44	1.33	17.33	t: 1.417
	Var	61	10.09	2.75	2.67	14.67	p: 0.158
Çevre Alanı	Yok	171	8.84	2.67	2.50	27.00	t: 2.690
	Var	61	7.86	2.33	2.50	11.50	*p: 0.008
Çevre TR	Yok	171	8.70	2.47	4.44	24.89	t: 2.218
	Var	61	7.92	2.29	3.11	11.56	*p: 0.029

* (p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı önceden hastalık geçiren kadınlarda 10.20 ± 2.67 iken, önceden hastalık geçirmeyen kadınlarda 11.04 ± 2.27 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.186; p: 0,031). Çevre alan ortalama puanı önceden hastalık geçiren kadınlarda 7.86 ± 2.33 iken, önceden hastalık geçirmeyen kadınlarda 8.84 ± 2.67 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.690; p: 0.008). Çevre TR alan ortalama puanı önceden hastalık geçiren kadınlarda 7.92 ± 2.29 iken, önceden hastalık geçirmeyen kadınlarda 8.70 ± 2.47 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.218; p: 0.029). Önceden hastalık geçiren kadınların ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının önceden depresyon geçirme durumuna göre dağılımı Tablo 231'de gösterilmektedir.

Tablo 231. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Depresyon Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Önceden Depresyon Geçirme Durumu	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	177	10.23	2.51	4.00	16.00	t: 0.147
	Evet	55	10.18	2.19	5.14	15.43	p: 0.883
Ruhsal Alan	Hayır	177	11.05	2.19	3.33	15.33	t: 2.255
	Evet	55	10.09	2.89	2.67	14.67	*p: 0.027
Sosyal Alan	Hayır	177	10.87	3.19	2.67	17.33	t: 2.100
	Evet	55	9.76	3.45	1.33	16.00	*p: 0.039
Çevre Alanı	Hayır	177	8.79	2.58	2.50	27.00	t: 2.227
	Evet	55	7.90	2.62	3.00	13.00	*p: 0.026
Çevre TR	Hayır	177	8.67	2.42	4.00	24.89	t: 1.975
	Evet	55	7.92	2.46	3.11	13.78	p: 0.051

* ($p < 0,05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı önceden depresyon geçiren kadınlarda 10.09 ± 2.89 iken, önceden depresyon geçirmeyen kadınlarda $11.05 \pm 2,19$ 'dur. Bağımsız gruplarda t-testi uygulandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.255; p: 0.027). Sosyal alan ortalama puanı önceden depresyon geçiren kadınlarda 9.76 ± 3.45 iken, önceden depresyon geçirmeyen kadınlarda 10.87 ± 3.19 'dur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: 2.100.0; p: 0.039). Çevre alan ortalama puanı önceden depresyon geçiren kadınlarda 7.92 ± 2.46 iken, önceden depresyon geçirmeyen kadınlarda 8.67 ± 2.42 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.227; p: 0.026). Önceden depresyon geçiren kadınların ruhsal, sosyal ve çevre alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının önceden depresyon tedavisi alma durumuna göre dağılımı 'Tablo 232'de gösterilmektedir.

Tablo 232. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Önceden Depresyon Tedavisi Alma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Önceden Depresyon Tedavisi Alma	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Hayır	197	10.22	2.45	4.00	16.00	t: 0.053
	Evet	35	10.20	2.41	5.14	15.43	p: 0.958
Ruhsal Alan	Hayır	197	10.94	2.29	3.33	15.33	T: 1.806
	Evet	35	10.15	2.93	2.67	14.00	p: 0.072
Sosyal Alan	Hayır	197	10.73	3.24	2.67	17.33	t: 1.379
	Evet	35	9.90	3.47	1.33	14.67	p: 0.169
Çevre Alanı	Hayır	197	8.65	2.62	2.50	27.00	t: 0.982
	Evet	35	8.18	2.60	3.00	13.00	p: 0.327
Çevre TR	Hayır	197	8.55	2.43	3.11	24.89	t: 0.840
	Evet	35	8.17	2.51	3.11	13.78	p: 0.402

*($p < 0.05$); Bağımsız Gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan kadınların önceden depresyon tedavisi alma durumu ile WHOQOL-BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının kişilik özelliğine göre dağılımı Tablo 233'de gösterilmektedir.

Tablo 233. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Kişilik Özelliğine Göre Dağılımı.

WHOQOL-BREF	Kişilik Özelliği	n	Ortalama	SD	Min	Max	Test İstatistiği
Bedensel Alan	İçedönük	124	10.00	2.35	5.14	16.00	t: - 1.439
	Dışadönük	108	10.47	2.52	4.00	16.00	p: 0.151
Ruhsal Alan	İçedönük	124	10.46	2.34	2.67	15.33	t: - 2.461
	Dışadönük	108	11.24	2.42	3.33	15.33	*p: 0.015
Sosyal Alan	İçedönük	124	10.10	3.29	1.33	17.33	t: - 2.525
	Dışadönük	108	11.18	3.19	2.67	17.33	*p: 0.012
Çevre Alanı	İçedönük	124	8.25	2.31	2.50	13.50	t: - 2.053
	Dışadönük	108	8.96	2.89	2.50	27.00	*p: 0.041
Çevre TR	İçedönük	124	8.11	2.16	3.11	12.89	t: - 2.576
	Dışadönük	108	8.94	2.67	3.11	24.89	*p: 0.011

*(p < 0.05); Bağımsız Gruplarda t-testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı dışadönük kadınlarda 11.24 ± 2.42 , içedönük kadınlarda 10.46 ± 2.34 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.461; p: 0.015). Sosyal alan ortalama puanı dışadönük kadınlarda 11.18 ± 3.19 iken, içedönük kadınlarda 8.25 ± 2.31 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 2.525; p: 0.012). Çevre alan ortalama puanı dışadönük kadınlarda 8.96 ± 2.89 iken, içedönük kişilerde 8.25 ± 2.31 'dir. Bağımsız gruplarda t-testi ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t: - 2.053; p: 0.041). Çevre TR alan ortalama puanı, dışadönük kadınlarda 8.94 ± 2.67 iken, içedönük kadınlarda 8.11 ± 2.16 'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (t: - 2.576, p: 0.011). İçedönük kadınlarda ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların WHOQOL-BREF ölçeği alan ortalama puanlarının depresyon tanısı alma durumuna göre dağılımı Tablo 234'de gösterilmektedir.

Tablo 234. Araştırmaya Katılan Kadınların WHOQOL-BREF Ölçeği Alan Ortalama Puanlarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı.

WHOQOL BREF	Depresyon	n	Ortalama	SD	Min	Max	Mean Rank	Test İstatistiği
Bedensel Alan	Yok	28	10.57	2.75	4.00	16.00	47.55	U: 754.500
	Var	60	10.12	2.59	5.14	15.43	43.08	p: 0.443
Ruhsal Alan	Yok	28	10.71	2.42	3.33	14.00	52.89	U: 605.00
	Var	60	9.61	2.44	3.33	14.00	40.58	*p: 0.034
Sosyal Alan	Yok	28	10.61	2.86	4.00	17.33	51.20	U: 652.500
	Var	60	9.11	3.42	1.33	17.33	41.38	p: 0.090
Çevre Alanı	Yok	28	8.64	2.03	3.50	11.50	52.04	U: 629.00
	Var	60	7.70	2.10	3.50	12.00	40.98	p: 0.058
Çevre TR	Yok	28	8.69	2.10	4.89	11.56	51.27	U: 650.500
	Var	60	7.82	2.23	3.11	12.89	41.34	p: 0.089

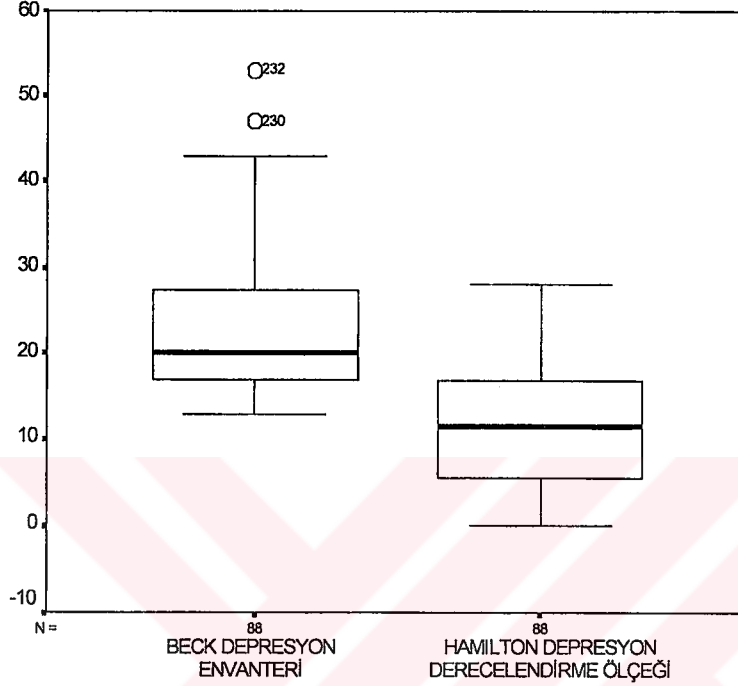
* ($p < 0,05$); Mann-Whitney U Testi

WHOQOL-BREF ruhsal alan ortalama puanı depresyon tanısı alan kadınlarda 9.61 ± 2.44 iken depresyon tanısı almayan kadınlarda 10.71 ± 2.42 'dir. Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (U: 605.00; p: 0.034). Depresyon tanısı alan kadınlarda ruhsal alanda yaşam kalitesi düşüktür. Bedensel, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında tanı alan kadınların puanları düşük bulunmuştur, yaşam kalitesi tanı almayanlardan düşük bulunmuştur.

4.11. Ölçekler Arası Korelasyonlar

Psikiyatrik görüşme yapılan kadınların BDE ile HDDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı Grafik 14' de gösterilmektedir.

Grafik 14. Psikiyatrik Görüşme Yapılan Kadınların BDE ile HDDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.



Psikiyatrik görüşme yapılan kadınların BDE'nden aldıkları puanların ortalaması 22.63 ± 8.25 ; medyanı 20.00 olarak saptanmıştır. BDE'nden alınan en düşük puan 13 iken en yüksek puan 53.00 'dür.

HDDÖ'den alınan puanların ortalaması 11.47 ± 6.94 ; medyanı 11.50 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en küçük değer sıfır iken en büyük değer 28.00'dir.

Araştırmaya katılan kadınların, BDE ve HDDÖ'nden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon Tablo 235'de gösterilmektedir.

Tablo 235. Araştırmaya Katılan Kadınların BDE ve HDDÖ'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon.

		BDE	HDDÖ
BDE	R	1.000	0.352**
	P		0.001
HDDÖ	R	0.352**	1.000
	P	0.001	
Sayı	N	88	88

** ($p < 0.01$)

BDE'nden alınan puanlarla, HDDÖ'nden alınan puanlar arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.352$; $p < 0.01$) ilişki olduğu gözlenmiştir. BDE'nden alınan puanlar, HDDÖ'nden alınan puanlardaki artışın % 12.3'ünü açıklamaktadır ($r^2 : \%12.3$).

Psikiyatrik görüşme yapılan kadınların BDE puanları ile HDDÖ puanları arasındaki ilişki Grafik 15'de gösterilmektedir.

Grafik 15. Psikiyatrik Görüşme Yapılan Kadınların BDE Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.

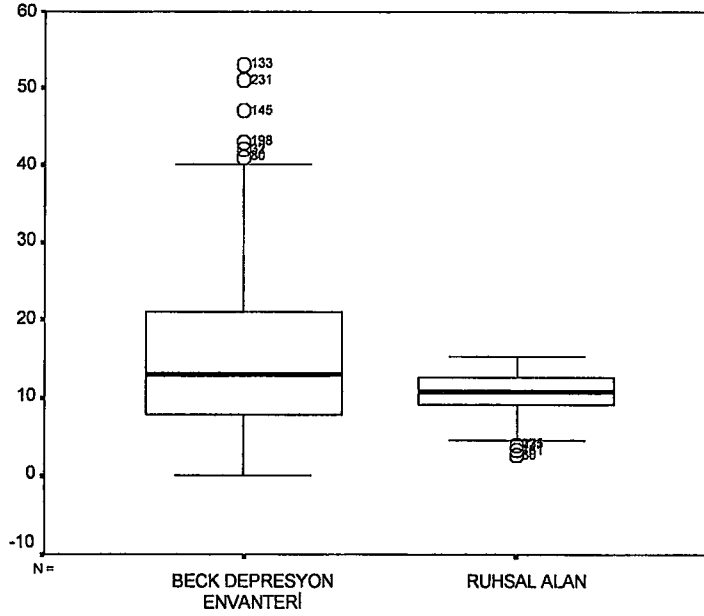


Psikiyatrik görüşme yapılan kadınların BDE'nden aldıkları puanlarla HDDÖ'den alınan puanlar arasında ki doğrusal ve pozitif ilişki serpmme grafikte gösterilmektedir.

WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle BDE ve HDDÖ Puanları Arasındaki İlişkiler:

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları ile BDE'nden alınan puanların dağılımı Grafik 16'da gösterilmektedir.

Grafik 16. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle BDE'nden Alınan Puanların Dağılımı.



BDE'nden alınan puanların ortalaması 14.92 ± 9.90 ; medyanı 13.00 olarak saptanmıştır. BDE'nden alınan en düşük puan sıfır iken en yüksek puan 53.00'dür.

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alandan alınan puanların ortalaması 10.82 ± 2.41 ; medyanı 10.93 olarak saptanmıştır. Ruhsal alanda alınan en düşük puan 2.67 iken en yüksek puan 15.33'dür.

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları ile BDE'nden alınan puanlar arasındaki ilişki Tablo 236'da gösterilmektedir.

Tablo 236. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle BDE'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki.

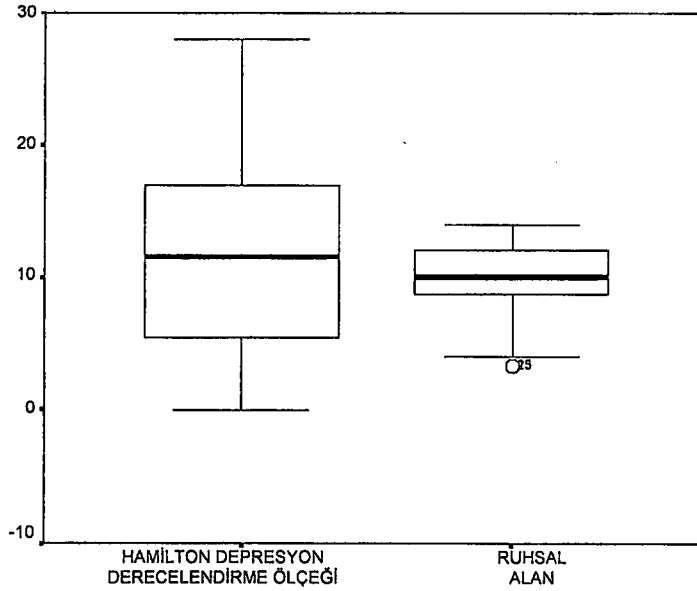
		BDE	Ruhsal Alan
BDE	R	1.000	- 0.602**
	P		0.000
Ruhsal Alan	R	- 0.602**	1.000
	P	0.000	
Sayı	N	232	232

**($p < 0.01$)

BDE puanları ile WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve negatif ($r = - 0.602$; $p < 0.01$) yönlü ilişki olduğu gözlenmiştir.

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları ile HDDÖ puanları arasındaki ilişki Grafik 17'de gösterilmektedir.

Grafik 17. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları ile HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.



HDDÖ'den alınan puanların ortalaması 11.47 ± 6.94 ; medyanı 11.50 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en küçük değer sıfır iken en büyük değer 28.00'dir.

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alandan alınan puanların ortalaması 10.82 ± 2.41 medyanı 10.93 olarak saptanmıştır. Ruhsal alanda alınan en düşük puan 2.67 iken en yüksek puan 15.33 'dür.

WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları ile HDDÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 237'de gösterilmektedir.

Tablo 237. WHOQOL-BREF Ölçeğinde Ruhsal Alan Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki İlişki.

		HDDÖ	Ruhsal Alan
HDDÖ	R	1.000	- 0.276**
	P		0.009
Ruhsal Alan	R	- 0.276**	1.000
	P	0.009	
Sayı	N	88	88

** (p < 0.01)

HDDÖ puanları ile WHOQOL-BREF ölçeğinde ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve negatif ($r = - 0.276$; $p < 0.01$) yönlü ilişki olduğu gözlenmiştir.

WHOQOL-BREF alan puanları ile BDE puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 238'de gösterilmektedir.

Tablo 238. WHOQOL-BREF Alan Puanları İle BDE Puanları Arasındaki Korelasyonlar.

		BEDENSEL ALAN	RUHSAL ALAN	SOSYAL ALAN	ÇEVRE ALANI	ÇEVRE TR	BDE
BEDENSEL ALAN	R						
	P						
RUHSAL ALAN	R	0.380**					
	P	0.000					
SOSYAL ALAN	R	0.088	0.343**				
	P	0.180	0.000				
ÇEVRE ALANI	R	0.263**	0.492**	0.245**			
	P	0.000	0.000	0.000			
ÇEVRE TR	R	0.230**	0.437**	0.195**	0.919**		
	P	0.000	0.000	0.003	0.000		
BDE	R	-0.262**	-0.602**	-0.322**	0.333**	-0.282**	
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
SAYI	N	232	232	232	232	232	232

** ($p < 0,01$)

WHOQOL-BREF ruhsal alan puanları ile bedensel alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.380$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Ruhsal alan puanı, bedensel alan puanındaki artışın % 14.4'ünü açıklamaktadır (r^2 : % 14.4)

Sosyal alan puanları ile bedensel alan puanları arasında ilişki yoktur. Sosyal alan puanları ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif ($r = 0.343$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Sosyal alan puanı, ruhsal alan puanlarındaki artışın % 11.7'sini açıklamaktadır (r^2 : % 11.7).

Çevre alan puanları ile bedensel alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.263$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre alan puanı, bedensel alan puanlarındaki artışın % 6.9'unu açıklamaktadır (r^2 : % 6.9). Çevre alan puanları ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.492$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre alan puanı, ruhsal alan puanlarındaki artışın % 24.2'sini açıklamaktadır. (r^2 : %24.2). Çevre alan puanları ile sosyal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.245$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre alan puanı, sosyal alan puanlarındaki artışın % 6'sını açıklamaktadır (r^2 : %6).

Çevre TR puanı ile bedensel alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.230$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre TR puanı, bedensel alan puanındaki artışın % 5'ini açıklamaktadır (r^2 : % 5). Çevre TR puanı ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.437$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre TR puanı, sosyal alan puan artışının %19'unu açıklamaktadır (r^2 : % 19). Çevre TR puanı ile sosyal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.195$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre TR puanı sosyal alan puanındaki artışın % 3'ünü açıklamaktadır (r^2 : % 3). Çevre TR puanı ile çevre alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.919$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre TR puanı çevre alan puanındaki artışın % 84'ünü açıklamaktadır (r^2 : % 84).

BDE'nden alınan puanlar ile bedensel alandan alınan puanlar arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.262$, $p < 0.01$) ilişki vardır. BDE'nden alınan puanlar, bedensel alandan alınan puanlardaki azalmanın % 6.8'ini açıklamaktadır (r^2 : % 6.8).

BDE'nden alınan puanlar ile ruhsal alandan alınan puanlar arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.602$, $p < 0.01$) ilişki vardır. BDE'nden alınan puanlar, ruhsal alandan alınan puanlardaki azalmanın % 36.2'sini açıklamaktadır ($r^2 : \% 36.2$).

BDE'nden alınan puanlar ile sosyal alandan alınan puanlar arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.322$, $p < 0.01$) ilişki vardır. BDE'nden alınan puanlar, sosyal alandan alınan puanlardaki azalmanın % 10.3'ünü açıklamaktadır ($r^2 : \% 10.3$).

BDE'nden alınan puanlar ile çevre alanından alınan puanlar arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.333$, $p < 0.01$) ilişki vardır. BDE'nden alınan puanlar, çevre alanından alınan puanlardaki azalmanın % 11'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 11$).

BDE'nden alınan puanlar ile çevre TR alanından alınan puanlar arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.282$, $p < 0.01$) ilişki vardır. BDE'nden alınan puanlar, çevre TR alanından alınan puanlardaki azalmanın % 7.9'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 7.9$).

WHOQOL-BREF ölçek alan puanları ile HDDÖ puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 239'da gösterilmektedir.

Tablo 239. WHOQOL-BREF Ölçek Alan Puanları İle HDDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar.

		BEDENSEL ALAN	RUHSAL ALAN	SOSYAL ALAN	ÇEVRE ALANI	ÇEVRE TR	HDDÖ
BEDENSEL ALAN	R						
	P						
RUHSAL ALAN	R	0.584**					
	P	0.000					
SOSYAL ALAN	R	0.057	0.224*				
	P	0.600	0.036				
ÇEVRE ALANI	R	0.227*	0.398**	0.223*			
	P	0.034	0.000	0.037			
ÇEVRE TR	R	0.209	0.381**	0.191	0.905**		
	P	0.051	0.000	0.075	0.000		
HDDÖ	R	-0.089	-0.276**	-0.148	-0.158	-0.117	
	P	0.409	0.009	0.169	0.141	0.280	
SAYI	N	88	88	88	88	88	88

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

WHOQOL-BREF ruhsal alan puanları ile bedensel alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.584$; $p < 0.01$) ilişki vardır. Ruhsal alan puanı, bedensel alan puanındaki artışın % 34.1'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 34.1$).

Sosyal alan puanları ile bedensel alan puanları arasında doğrusal ilişki bulunmamıştır. Sosyal alan puanları ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.224$, $p < 0.05$) ilişki vardır. Sosyal alan puanı, ruhsal alan puanındaki artışın % 5'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 5$).

Çevre alanı puanları ile bedensel alanı puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.227$, $p < 0.05$) ilişki vardır. Çevre alanı puanı, bedensel alan puanındaki artışın % 5.1'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 5.1$).

Çevre alanı puanları ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.398$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre alan puanı, ruhsal alan puanındaki artışın % 15.8'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 15.8$).

Çevre alanı puanları ile sosyal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.223$, $p < 0.05$) ilişki vardır. Çevre alan puanı, sosyal alan puanındaki artışın % 49.7'sini açıklamaktadır ($r^2 : \% 49.7$).

Çevre TR alan puanı ile bedensel alan puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Çevre TR puanı ile ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve pozitif ($r = 0.381$, $p < 0.01$) ilişki bulunmuştur. Çevre TR alan puanı, ruhsal alan puanındaki artışın %14.5'ini açıklamaktadır ($r^2 : \% 14.5$).

Çevre TR puanı ile sosyal alan puanları arasında ilişki görülmemiştir. Çevre TR puanı ile Çevre alan puanları arasında doğrusal ve pozitif yönlü ($r = 0.905$, $p < 0.01$) ilişki vardır. Çevre TR alan puanı, Çevre alan puanındaki artışın % 81.9'unu açıklamaktadır ($r^2 : \% 81.9$).

HDDÖ puanları ile bedensel alan, sosyal alan, çevre alan ve çevre TR alanları arasında ilişki görülmezken, ruhsal alan puanları arasında doğrusal ve negatif yönlü ($r = - 0.276$, $p < 0.01$) ilişki vardır. HDDÖ puanı, ruhsal alan puanındaki azalmanın % 7.6'sını açıklamaktadır ($r^2 : \% 7.6$).

4.12. Çok Değişkenli Analizler

BDE'ne göre depresyon belirtisi oluşmasına neden olan risk faktörlerinin lojistik regresyon modelinde değerlendirilmesi Tablo 240'da gösterilmektedir. Depresif belirti gelişmesine neden olan risk faktörlerinden, göç edilen bölge ($p: 0.0012$), sahip olunan ev eşyası ($p: 0.0166$), kira durumu ($p: 0.0093$), baskın ebeveyn varlığı ($p: 0.0263$), son bir yılda yaşanan sağlık sorunu ($p: 0.0134$) ve aile sorunu ($p: 0.0492$) varlığının önemli olduğu saptanmıştır.

Depresif belirti gösterme riski, baskın ebeveyn varlığında, baskın ebeveyne sahip olmayanlara göre 2.32 kat daha fazla ($p: 0.0263$), sağlık sorunu olanlarda sağlık sorunu olmayanlara göre 2.22 kat ($p: 0.0134$), aile sorunu olanlarda aile sorunu olmayanlara göre 2.34 kat daha fazladır ($p: 0.0492$) (Tablo 240).

Tablo 240. BDE'ne Göre Depresyon Belirtisi Oluşmasına Neden Olan Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modelinde Değerlendirilmesi.

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	Wald	p	Regresyon Katsayısı	Odds Oranı	% 95 CI
Göç Edilen Bölge	-1.2697	0.3932	10.4268	0.0012	-0.1619	0.2809	(0.1300-0.6071)
Sosyal Çevreye Katılım	-0.3884	0.3571	1.1829	0.2768	0.0000	0.6781	(0.3368-1.3655)
Kira Durumu	-0.9970	0.3835	6.7578	0.0093	-0.1217	0.3690	(0.1740-0.7825)
Sahip Olunan Ev Eşyası	-0.7751	0.3235	5.7402	0.0166	-0.1079	0.4607	(0.2444-0.8685)
Ölü doğum/ Kürtaj / Düşük	0.0046	0.3575	0.0002	0.9898	0.0000	1.0046	(0.4685-2.0243)
Baskın Ebeveyn	0.8445	0.3800	4.9387	0.0263	0.0956	2.3269	(1.1048-4.9007)
Evlilik Sorunu	1.0910	0.6722	2.6341	0.1046	0.0444	2.9771	(0.7973-11.1161)
Sağlık Sorunu	0.7989	0.3231	6.1157	0.0134	0.1132	2.2232	(1.1803-4.1875)
Aile Sorunu	0.8516	0.4331	3.8672	0.0492	0.0762	2.3435	(1.0028-5.4764)
Aile İçinde Dayak	0.5136	0.5211	0.9716	0.3243	0.0000	1.6713	(0.6019-4.6407)
Boşanma Problemi Yaşama	1.5403	1.1840	1.6924	0.1933	0.0000	4.6659	(0.4583-47.5067)
Boşanma Sonrası Sorun Yaşama	0.1052	1.6674	0.0040	0.9497	0.0000	1.1109	(0.0423-29.1748)
Önceden Hastalık Geçirme	0.1385	0.3606	0.1476	0.7009	0.0000	1.1486	(0.5665-2.3288)
Sıkıntı Paylaşacak Kişi Varlığı	-1.0911	0.6455	2.8572	0.0910	-0.0516	0.3358	(0.0948-1.1901)
Sabit	2.4932	0.9139	7.4419	0.0064			

* Referans grupları.

HDDÖ'ne göre depresyon oluşmasına neden olan risk faktörlerinin lojistik regresyon modelinde değerlendirilmesi Tablo 241'de gösterilmektedir.

Tablo 241. HDDÖ'ne Göre Depresyon Oluşmasına Neden Olan Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modelinde Değerlendirilmesi.

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	Wald	P	Regresyon Katsayısı	Odds Oranı	% 95 CI
Balatçık'da Yaşama Süresi	1.5074	0.5766	6.8355	0.0089	0.2096	4.5150	(1.4584-13.9773)
Araba	-1.2697	0.6588	3.7143	0.0539	-0.1248	2.2809	(0.0772-1.0218)
Soy Geçmişte Kronik Hastalık	-0.2805	0.5451	0.2648	0.6068	0.0000	0.7554	(0.2595- 2.1986)
Evlilik Sorunu	-8.8727	28.7151	0.0955	0.7573	-0.0745	0.0001	(0.00-3.881E+20)
Önceden Depresyon Geçirme	-1.0589	0.6553	2.6107	0.1061	-0.0745	0.3468	(0.0960-1.2530)
Sabit	10.1185	28.7212	0.1241	0.7246			

* Referans grupları.

Balatçık'da yaşama süresi, araba sahibi olma, soy geçmişte kronik hastalık hikayesi, evlilik sorunu, önceden depresyon geçirme lojistik regresyon modelinde incelenmiştir. HDDÖ kullanılarak yapılan psikiyatrik görüşme sonrası depresyon tanısı almak, Balatçık'da 10 yıldan fazla yaşayan kadınlarda 4.51 kat (p: 0.0089) daha fazladır.

5. TARTIŞMA

Toplumda ruhsal bozuklukların demografik özelliklerle ilişkisi psikiyatrik epidemiyolojinin ilgi alanı içindedir. Bir bozukluğun yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular koruyucu ruh sağlığı için olduğu kadar bir ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi içinde gereklidir. Bunları sağlayacak en iyi çalışmalar alan çalışmalarıdır. Depresyon prevalansını saptamak ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubunda 232 kadın ile görüşülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların % 37,9'u ile Balatçık Sağlık Ocağı'nda psikiyatrik görüşme yapılmış, % 13,4'ü görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Görüşmeyi ret eden kadınlar ile en az bir kez gebe kalma durumu, canlı çocuk sayısı, eğitim durumu, aile sorunu, parasal sorunlar, sıkıntı paylaşacak kişi varlığı ve kişilik özelliği ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebe kalma durumu ve çocuk sahibi olma, kadının sağlık ocağı ve sağlık ocağı çalışanlarıyla önceden ilişkisinin olumlu olduğunu göstermektedir. Ortaokul ve üstü eğitime sahip olan kadınların % 40'ının görüşmeye gelmemesi, depresif belirtiler konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu ve çözüm yolları için kendi kaynaklarını kullanabileceği anlamına gelebilir. Aile sorunu olmayanların % 31,2'sinin görüşmeye gelmemesi sorunu olanların % 92,3'ünün gelmesi beklenen bir sonuçtur. Parasal sorunu olanların % 35,1'inin sağlık ocağına gelmemesi, maddi soruna sağlık ocağında çözüm bulunamayacağı düşüncesinden kaynaklanmış olabilir. Sıkıntısını paylaşacak kimsesinin olmadığını söyleyen kadınların %50'si, içedönük olduklarını söyleyen kadınların ise % 33,3'ü psikiyatrik görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Yalnızlık yaşama ve içedönük olma birbiriyle uyum gösterebilen özelliklerdir. Her ikisinde de çare arama davranışında tutukluk olduğu söylenebilir.

Bütün kadınlar depresyon açısından risk altındadırlar. Depresyonun kadında daha sık görülmesinin nedenleri daha çok sosyokültürel faktörlerle ilgilidir. Sosyalleşme süreci içinde kadına ve erkeğe yüklenen roller, beklentiler, sunulan doyum yolları, çare arama davranışları erkeğe daha fazla özgürlük tanırken kadını bir çok yönden sınırlamaktadır (105). Major depresyon için kadınlar erkeklerden daha fazla risk altındadırlar. Dört kadından birinde ciddi derecede depresyon görülmektedir. Major depresyon ve distimi, kadınları, erkeklerden iki kat daha fazla etkilemektedir. Bu ikiye bir oran, ırk ve etnik kökene veya ekonomik duruma bakmadan ortaya çıkar (62). Kanada'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada (Marco R., 1991) kadınlarda depresyon prevalansı % 13,2 iken erkeklerde % 7,4 bulunmuştur (59).

Balatçık bölgesinde yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınların BDE'ne göre % 51,3'ünde depresif belirti bulunmuş ve kadınların % 25,8'ine psikiyatrik görüşme sonrası kesin depresyon tanısı konmuştur. Depresif belirti gösteren ve psikiyatrik görüşme yapılan 88 kişinin % 22,7'sinde major depresyon, % 20,4'ünde orta derecede depresyon, % 25'inde hafif derecede depresyon saptanmıştır. Adana'da Karataş beldesinde 15-49 yaş kadınlarda BDE kullanılarak yapılan bir çalışmada, kadınların % 12,5'inin depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir (108). Trabzon ilinde birinci basamak sağlık hizmeti veren 22 sağlık ocağına başvuran hastaların % 32,9'unda depresyon saptanmıştır. Major depresyon % 14,5, minör depresyon % 15,9 olarak tespit edilmiş ve major depresyonlu hastaların % 25'inin rekürren major depresyon olduğu bulunmuştur (19).

Araştırmaya katılan kadınların % 77,6'sı Balatçık, % 17,2'si Uğur Mumcu, % 5,2'si Küçük Çiğli mahallesinde oturmaktadır. Son beş yıldır Ege bölgesinde yaşayanların oranı % 93,5'dur. Görüşülen kadınların % 58,2'si 10 yıl ve 10 yıldan daha az süredir Balatçık'da yaşamaktadır. Balatçık bölgesinde yaşama süresi, son beş yıldır yaşanan bölge, yaşanan mahalle ve doğum bölgesi ile depresif belirti görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Depresyon ile yaşanan yer ve bölgedeki durum arasında anlamlı ilişki bulunmaması literatürdeki bilgileri desteklemektedir (19). Balatçık'da yaşama süresi ile depresyon tanısı alma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,005$).

Göç ve kültürel etkenlerin depresyon gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir. Örneğin, National Center for Health Statistics (1994)'e göre, Asya kökenli Amerikalı ergen dönemdeki kızlarda bütün diğer gruplardan daha yüksek depresif belirti bulunmuştur ve 15-24 yaş arasındaki bütün kadınlar yüksek oranda intihar girişimine sahiptir (82). Göç olgusunda fiziksel mekanın yanı sıra çoğu kez gelenekler, alışkanlıklar ve insan ilişkileri de yitirilir. Yeni ortama uyum sorunları ortaya çıkar. Kentlerde sosyal entegrasyonun kırsal bölgelerden daha az olduğu, sosyal entegrasyonun az olduğu toplumlarda depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (18). Kara ve arkadaşları tarafından SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) uygulanarak depresyon tanısı konan 80 hastanın % 40'ında, panik bozukluk tanısı alan 108 hastanın % 20,4'ünde göç olgusu saptanmıştır. Sosyal dinamikler açısından önemli olan göç olgusu depresyon tanısı alan hastalarda panik bozukluğu olan hastalara göre iki kat daha fazla görülmüştür (44).

Göç edenlerin, göç sırasında yanlarında getirdikleri, toplumsal dayanışma açısından hem onların hem de devletin en güvendiği toplumsal kurum olan aile ve akrabalık ilişkileridir (51). Balatçık'a göçle gelen kadınların % 82,8'inin İzmir'de tanıdığı bulunmaktadır. Göç olayında göç edilen bölgede tanıdık aile varlığı destekleyici rol oynamaktadır. Bunun yanında başkasının yanında kalma destekleyici etki yanında sorun oluşmasına da sebep olabilmektedir. Göç ile Balatçık'a gelen kadınların sadece % 24,8'i bir süre için başkasının yanında kalmıştır. Göç eden kadınların % 59,4'ü ekonomik sorun yaşamıştır. Göç edilen ortama uyum sorunları yanında yoksulluk, işsizlik, geleneksel aile ilişkilerinin çözülmesi, yalnızlaşma ve benzeri sorunlar depresyon için risk etmenidir ve bu ortamlarda depresyonun artması beklenmektedir (Küey ve Güleç 1993) (18). Göçten etkilenme durumu ile depresif belirti ve depresyon tanısı alma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Göç edilen bölge ile depresif belirti görülme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ege bölgesinden göç edenlerde daha fazla depresif belirti görülmüştür. Günümüz tüketim toplumunda iletişim olanakları kentsel ve kırsal alanda herkese ulaşmaktadır. Bununla birlikte yaşadığı ortamda gördüğü maddi ve manevi değerlere sahip olamama kadınları olumsuz yönde etkilemektedir. Yüksek olan beklenti düzeyinin karşılanamaması depresif belirtilere neden olmaktadır. Diğer bölgelerde yaşayan kadınlar ise bu değerlerden uzak oldukları için beklenti düzeyleri daha düşüktür. Göç ile bölgeye geldiklerinde kentlileşme sürecinde onların da beklentilerinde artış görülecektir.

Araştırmaya katılan kadınların % 55,6'sı 30 yaş ve altındadır, yaş ortalaması ise $29,88 \pm 9,91$ 'dir. Depresyon, 25-44 yaşları arasındaki kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat fazla görülen bir bozukluktur (69, 105). Marco R. tarafından, 1 393 kişiye CIDI (Composite International Diagnostic Interview) kullanılarak yapılan araştırmada 18-25 yaş (% 17,27) ve 26-35 yaş gruplarında (% 11,33) en yüksek depresyon prevalansı saptanmıştır (89). Bu araştırmada yaş ile depresif belirti görülme ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 70,7'si evlidir. Evli olmak, bekarlara göre duygulanım bozukluğu relatif riskini 2,8 kat arttırmaktadır. Buna göre evlilik kadınlar için bir stres

kaynağıdır (47). Evlilik erkekleri, kadınlardan daha fazla depresyondan korumaktadır. Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlar daha fazla depresyon gelişebilmektedir. Mutsuz evliliklerde kadınlar erkeklerden üç kat fazla depresif belirti göstermektedir (8). Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak altmış evli çift üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların depresyon puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (46). Balatçık örnekleminde medeni durum ile depresif belirti görülme ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 68,5'u çekirdek aileye ve % 27,2'si geniş aileye sahiptir. Hastane başvurusunda SCID kullanılarak depresyon tanısı konan hastalarda yapılan bir çalışmada depresyon ile geniş aile yapısına sahip olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve geniş ailenin depresyon gelişiminde önemli rolü olduğu vurgulanmıştır (44). Özellikle ülkemizde çekirdek aileden gelme depresyon için bir risk etkeni olarak belirtilirken, geniş ailenin manevi desteğinin fazla olmasıyla ilişkili olarak depresyon prevalansını azalttığı bildirilmektedir (18,19). Bu çalışmada aile yapısı ile depresif belirti ve depresyon görülme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 13,8'i okur-yazar değil, % 5,6'sı okur-yazar, % 53,4'ü ilköğretim mezunu, % 9,1'i, ortaokul mezunu, % 18,1'i lise ve yüksek okul mezunudur. Çetin İ. ve arkadaşları tarafından Trabzon ilinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur-yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur (19). Balatçık'da yapılan çalışmada eğitim durumu ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kadınlar, erken ve orta erişkinlik dönemlerinde erkeklerden daha fazla sosyal role sahiptirler. Kadının ev içinde aldığı roller bunu yansıtmaktadır. Birden fazla rolü olan kadınlarda daha az depresyon görülür. Çünkü, bu kadınlar farklı yerlerden destek kaynağı alırlar, eğer bir konuda yolunda gitmeyen bir durum varsa diğer alanda bu kompanze edilebilir (8). Araştırmaya katılan kadınların % 55,2'si ve eşlerinin % 66,4'ü ev içinde birden fazla alanda sorumluluk almaktadır. Görüşülen kadınların % 76,7'si karar verme sürecine katılmakta, % 55,2'si kısmen; % 24,3'ü tamamen annelik sorumluluğunu yerine getirdiğini düşünmektedir. Kadının kendisinin ve eşinin ev içinde sorumluluk alma durumu, annelik sorumluluğunu yerine getirme durumu ve karar verme sürecine katılım ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ruhsal bozuklukların prevalansında kadın erkek cinsiyet farkı, sosyal rollerin sayısı ve tipi ile açıklanamadığı saptanmıştır (91).

Araştırmaya katılan evli kadınların % 44,1'i görücü usulü ile; % 40,0'ı kendi tanışarak evlenmiş ve % 15,9'u akraba evliliği yapmıştır. Evlilik sayısına bakıldığında evli kadınların % 94,1'i ilk evlilikleri olduğunu belirtmiştir. Evli kadınların % 44,7'si 10 yıldan az zamandır; % 51,8'i 10 yıldan fazla evli iken % 3,5'u boşanmış/ dul olarak saptanmıştır. Evlenme biçimi, evlilik yılı ve evlilik sayısı ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Evli ve/veya boşanmış kadınların % 15,3'ünün eşi herhangi bir işte çalışmamaktadır. Eşin çalışma durumu ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 20,3'ü sigara kullanmaktayken, sadece % 1,7'si alkol kullanmaktadır. Depresyon ve alkol alışkanlığı arasındaki ilişki kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Depresif belirti öyküsü olan kadınlarda alkol alışkanlığı riski,

depresif belirti öyküsü olmayan kadınlardakinin 2,60 katıdır (22). Bu çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 48,8'i günde bir saat ve daha az televizyon seyretmektedir. Haberler kadınların % 41,8'i tarafından izlenmekte iken, belgesel programları kadınların sadece % 16,8'i tarafından izlenmektedir. Halk müziği araştırmaya katılan kadınların % 65,9'u tarafından, dini müzikler kadınların % 14,7'si tarafından dinlenmektedir. Görüşülen kadınların sadece % 24,6'sı düzenli gazete almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 37,1'i boş zamanlarını iyi şekilde değerlendirmektedir. Bu çalışmada boş zamanı değerlendirme ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sosyal yaşamları değerlendirildiğinde, son bir aydır kadınların % 66,8'inin düğüne, % 52,2'sinin akraba ziyaretine ve % 41,4'ünün arkadaş ziyaretine gittiği saptanmıştır. Sosyal aktivitenin daha çok geleneksel ortamlarda gerçekleştirildiği göze çarpmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların % 28,9'unun sosyal çevreye katılımı iyi düzeydedir. Tiyatro, sinema, gazino gibi aktivitelerin ekonomik sorunlar nedeniyle az gerçekleştirildiği, sergi gibi kültürel aktivitelere yönelimin çok az olduğu görülmektedir. Sosyal çevreye katılım ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Sosyal çevreye katılımı kötü olan kadınlarda daha yüksek depresif belirti bulunmuştur. Diğer açıdan baktığımızda depresif belirtileri olması nedeniyle de sosyal ilişkileri azalmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 91,4'ünün dünya sorunları hakkında, % 96,6'sının Türkiye sorunları hakkında bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Dünyada ve Türkiye'de gelişen olaylar ve sorunlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve farkındalık alanlarının geniş olması sevindiricidir. Araştırmaya katılan kadınların sosyal konulara ilgisi iyi olanların yüzdesi 90,5'dir. Bu çalışmada sosyal konulara ilgi düzeyi ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kadınların % 22,8'i meslek sahibidir. Görüştüğümüz kişilerin % 68,1'i ev hanımı, % 12,5'u işçi ve % 9,1'i öğrencidir. Çalışanların yüzdesi ise 17,7'dir. Çetin İ. ve arkadaşları tarafından Trabzon'da yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı % 42,9 ile en yüksek düzeyde ev hanımlarında tespit edilmiştir (19). Bu sonuçlar ev hanımlarının daha fazla strese maruz kalma ve kendine güven eksikliği ile ilişkili olabilir. "The Hospital Anxiety and Depression Scale" in kullanılarak hastaneye başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada (Ostler K. ve arkadaşları, 2000) % 48,3 depresif belirti prevalansı saptanmış ve işsiz kadınların, işsiz erkeklerden daha az düzeyde depresif belirti gösterdiği bulunmuştur (67). Balatçık'da ise meslek sahibi olma, çalışma durumu ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan çalışan kadınların % 41,5'u normal mesai, % 58,5 'u fazla mesai yapmaktadır. Çalışma saatleri ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 65,5'inin sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvencesi olanların % 84,3'ü Sosyal Sigorta Kurumuna bağlıdır. Çetin İ. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayanların % 47,2'sinde depresyon mevcutken, sosyal güvencesi olanların yüzdesi 29,9'dur (19). Balatçık'da sosyal güvence varlığı ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 47,4'ünün aylık net gelir ortalamasının 192 milyon TL'dan fazla olduğu ve % 25'inin düzenli bir geliri olmadığı belirlenmiştir. Görüşülen kişilerin % 21,6'sı ev kirası vermektedir, % 46,1'i yeterli düzeyde ev eşyasına sahip değildir ve % 24,1'inin arabası yoktur. Yaşanan konut durumu değerlendirildiğinde % 12,5'unun hiç uygun olmayan koşullarda yaşadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada ise depresif belirti ile ev kirası ödeme ve evde sahip olunan eşya durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Görüşülen kadınlarda depresyon ile araba sahibi olma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda, genel yaşamsal olanaklardaki kısıtlılık (gelir düzeyindeki düşüklük, işsizlik riski vb.), hem doğrudan hem de dolaylı yollarla (ör. sağlık ulaşım hizmetlerine ulaşımı güçleştirerek) sağlık üzerinde olumsuz etkide bulunmaktadır. Hem sınıfın hem de kötü maddi yaşam standartlarının birbirlerinden bağımsız olarak ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğine ilişkin bulgular vardır (Weich ve Lewis 1998) (12). Daha ağır yaşam koşulları, sosyal dezavantajlarla karşı karşıya kalma ve olumsuz durumlarla başa çıkmada daha az kaynağa sahip olmak alt sosyoekonomik durumdakileri zorlamaktadır. Uzun süre bu koşullarda yaşamak sosyal becerileri de etkilemektedir. Melvin Kohn'a göre alt sınıf bireylerinin sınırlı yaşam deneyimleri, sosyal gerçekliği algılamalarını sınırlamakta, bu da depresyon ile başa çıkma yetilerinin gelişimini engellemektedir (105). Antalya'da 15 yaş ve üstü 1 092 kişi ile ruhsal hastalıkları taramada kullanılan Genel Sağlık Anketi uygulanarak yapılan araştırmada (Belek 1999) çok değişkenli analizde sosyoekonomik değişkenlerden sadece sınıf ve eğitimin önemli olduğu saptanmıştır. Gelirle ilgili değişkenler model dışında kalmıştır (12).

Görüşülen kadınların % 100'ü sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağına başvurduğunu belirtmektedir. Çare arama davranışı kişiden kişiye kültürden kültüre değişmektedir. Sıkıntının şiddeti, kişinin ilişkilerini bozma derecesi toplumların modernizasyon süreci çare arama şeklini değiştirmektedir (11).

Araştırmaya katılan kadınların % 82,3'ü menstrüasyon gördüğünü ve % 27,6'sı adet düzensizliği yaşadığını belirtmiştir. Anket uygulaması sırasında görüşülen kadınların % 15,9'unun premenstrüel dönemde olduğu saptanmıştır. Kadın ruh sağlığı için çok önemli iki bozukluk olan, depresyon ve premenstrüel sendrom arasında ilişki kuran çalışmalar, premenstrüel sendromun depresyon için bir risk olabileceğini ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunda anksiyete ve huzursuzluk gibi duygulanım belirtilerinin klinik görünümüne egemen olduğunun gösterilmesi ve bazen kısa süreli bir depresif bozukluğu andıran seyri, depresyonla aralarında özel bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Endicott ve arkadaşları tarafından premenstrüel sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada major duygulanım bozukluk prevalansı % 60 olarak bulunurken, Dejong ve arkadaşları major depresyon prevalansını %30 olarak bildirmiştir (69). Balatçık'da anket uygulaması sırasında premenstrüel dönemdeki kadınların % 54,1'inde depresif belirti olmadığı, % 45,9'unda depresif belirti olduğu saptanmıştır. Depresif belirti ve depresyon ile menstrüasyon dönemi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan evli kadınların % 94,1'i önceden en az bir kez gebe kalmış, % 91,2'si çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların % 39,4'ü üç ve daha fazla çocuğa sahiptir. Aşkın ve arkadaşlarının major depresyon tanısı konmuş 133 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların % 63,5'unun üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (9). Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır (8). Balatçık örneğinde gebe kalma durumu, çocuk varlığı ve sahip olunan çocuk sayısı ile depresif belirti ve depresyon görülme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Görüşülen kadınların en az bir kez % 12,9'u ölü doğum, % 30,6'sı kürtaj ve % 13,5'i düşük yapmıştır. Düşük sonrası ciddi düzeyde psikolojik belirtiler ender olarak görülmektedir. Düşük sonrası sendrom olarak adlandırılan durum, posttravmatik stres bozukluğuna benzer belirtiler gösterir. Major ve arkadaşları tarafından depresyon için Brief Symptom Inventory ve Diagnostic Interview Schedule kullanılarak yapılan bir araştırmada, düşükten bir saat önce, sonra, bir ay ve iki yıl sonra yapılan değerlendirmelerde depresyon puanları, düşük sonrası dönemde öncesi dönemden düşük bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların % 26'sının hamilelik öncesi dönemde, % 20'sinin düşükten iki yıl sonra bir depresyon epizodu geçirdiği saptanmıştır. Sonuç olarak hamilelik öncesi dönemde depresyon öyküsünün önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür (58). Balatçık'da yapılan çalışmada depresif belirti ile düşük/kürtaj/ ölü doğum arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Depresyon ile düşük/ kürtaj/ ölü doğum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Halen evli ya da dul kadınların % 73,5'u aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. % 47'si etkin yöntemler kullanırken, % 26,5'u etkin olmayan yöntemler kullanmaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 25,4'ü önceden önemli bir hastalık geçirmiş olduğunu belirtmektedir. Depresyon dışında hastalık geçiren kadınların % 23,8'inin kardiyovasküler sistem hastalığı, % 22,1'inin santral sinir sistemi hastalığı ve % 13,6'sının böbrek hastalığı geçirdikleri saptanmıştır. Depresyonun gelişiminde sorumlu tutulan etkenlerden biri de bedensel hastalıklar ve bunların sağaltımıdır. Levenson ve arkadaşları, genel hastanelerde yatan hastaların % 22-33'ünde, ayaktan 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 (106). Tıbbi hastalıklarla depresyon arasındaki ilişki karmaşıktır. Bedensel hastalıkların bazılarının doğrudan, bazılarının stres etmeni olarak ikincil depresyona yol açtığı bilinmektedir (65). Önceden geçirilmiş hastalık ile depresif belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken ($p < 0,05$), öz geçmişte hastalık hikayesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Görüşülen kadınların % 45,3'ünün birinci derece akrabalarında kronik hastalık öyküsü vardır. En sık görülen kronik hastalıklar % 40,9 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları, % 24,8 ile diyabet ve % 14,4 ile kanserdir. Soy geçmişte kronik hastalık ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmazken ve depresyon tanısı alma ile anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Anket uygulaması sırasında ailesinde kronik hastalığı olanların yüzdesi 11,2'dir. Görüşülen kişilerin % 9,9'u kronik hastalığı olan bir yakının bakımından sorumludur. Bu çalışmada ailede kronik hastalık ve kronik hastaya bakım ile depresyon ve depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Ailede duygulanım bozukluğu öyküsünün varlığı depresyon için önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Gershon ve arkadaşları literatürdeki çeşitli çalışmaların sonuçlarını bir arada değerlendirerek aile üyeleri için risk aralığını % 5,1 - % 17,5 olarak bildirmiştir. Andreasen ve arkadaşları ise aile görüşmelerinden aldıkları veriler doğrultusunda unipolar depresyon için birinci dereceden akrabalar için hastalanma riskini % 14,3 - % 28,4 olarak saptamıştır. Kupfer ve arkadaşları birinci dereceden akrabaların hastalığa yakalanma riskinin unipolar depresyonda % 20,7; bipolar depresyonda % 1,1 olduğunu bulmuşlardır. Bu durum, ailede benzer hastalık olmasının, hastalık oluşumu için zemin hazırladığını düşündürmektedir (106).

Sullivan P.F.'nin 18-44 yaş kadınlarda yaptığı bir çalışmada klinik düzeyde depresyonu olan kadınlarda ailede depresyon öyküsü yüksek düzeyde bulunmuştur (87). Balatçık'da araştırmaya katılan kadınların % 14,2'sinin ebeveynlerinde depresyon öyküsü vardır. Ebeveyni depresyon tedavisi görenlerin yüzdesi 8,2'dir. Bu çalışmada ebeveynlerinde depresyon öyküsü olan ve olmayan kadınlarda, depresif belirti ve depresyon görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Görüşülen kadınların % 25'i baskın özellikte ebeveynine sahip olduklarını, % 19,8'i 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşadığını ve % 9,9'u üvey ebeveyn ile büyüdüğünü belirtmiştir. Literatürde çocukluk döneminde ebeveyn kaybı ile erişkin dönemlerdeki psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çocukluk çağında anksiyeteye yol açan kayıp olayları ile erişkinlik döneminde anksiyete bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaneye başvuran depresyonlu hastaların % 19'unda 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşandığı saptanmıştır. Brochier ve Olie, erişkin dönemde ortaya çıkan depresyonlarda hazırlayıcı bir etken olarak ayrılık sonucu oluşan ebeveyn kaybının, ölüm sonucu oluşan ebeveyn kaybından daha önemli bir belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Kendler ve arkadaşları 17 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşamış kadınlarda yaptıkları araştırmada, ayrılık nedeniyle ebeveyn kaybı yaşayanların erişkin dönemde major depresyon ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu görülme riskini yüksek bulmuşlardır. Ölüm nedeniyle ebeveyn kaybı yaşayanlarda böyle bir sonuç elde edilmemiştir (1). Balatçık'da yapılan bu çalışmada 15 yaş öncesinde ebeveyn kaybı yaşama ile depresif belirti ve depresyon görülme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların son bir yılda yaşadıkları sorunların başında % 46,6 ile ekonomik sorunlar başta gelmektedir. Ekonomik sorunları % 35,8 ile sağlık sorunları ve % 31 ile iş sorunları izlemektedir. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce kötü yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır (106). Boşanma, ayrılma, ciddi bir hastalık geçirme gibi stresli yaşam olayları major depresyon epizodlarının başlamasıyla yakından ilgili risk faktörleridir. Bu amaçla kadın ikizler üzerinde yapılan toplum tabanlı bir araştırmada, tanımlanan on beş yaşam olayı ile depresif epizod arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (48). İlhan İ. Ö. ve Sayıl I.'ın Ankara'nın Mamak ilçesinde yaptıkları bir alan araştırmasında 241 kişi ile CIDI (Composite International Diagnostic Interview) kullanılarak görüşülmüştür. Çalışmanın sonucunda, depresyonun son bir yılda yaşanan parasal sorunlar, evlilik sorunları ve yer değiştirmeye ilgili olduğu bulunmuştur (39). Heikkinen ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunan 1 397 olgu üzerinde yaptıkları araştırmada kadınların en sık bildirdiği yaşam olayları aile sorunları, iş sorunları, bedensel hastalık, aile üyelerinde hastalık, bir yakının ölümü olarak belirtilmiştir (106). Ceran A. ve Uzun Ö. tarafından SCID-P ve HDDÖ kullanılarak major depresyon tanısı konan 57 erkek hasta üzerinde yapılan çalışmada % 84,2'sinde depresyon öncesi yaşam olayı kaydedilmiştir (17). Balatçık'da araştırmaya katılan kadınlarda evlilik sorunu ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Literatürde genç erişkinlik döneminde kadınların en az % 37'sinin, anlamlı derecede şiddete maruz kaldığı, bazı uzmanlara göre bu oranın % 50'ye yakın olduğu belirtilmektedir. Cinsel ve fiziksel taciz kadınlarda görülen depresyon nedenleri arasında en önemli risk faktörlerindedir. Depresif belirtiler çoğu kadın için posttravmatik stres bozukluğunun uzun süreli etkisi olabilir. Kadınların üçte biri, cinsel istismara uğramaktadır. % 25 ile % 50'si eşleri veya partnerleri tarafından fiziksel veya cinsel saldırıya uğramaktadır (62). Görüşülen kadınların hepsi hakaret ve aşağılamaya yönelik davranışlara, % 15,1'i ise aile içinde dayak uygulamasına maruz kalmaktadır. Balatçık örneğinde dayak ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,005$). Depresyon tanısı alma ile dayak arasında anlamlı

ilişki bulunmamıştır. Kadınların % 4,3 'ünün komşuları ile görüşmesi eşleri tarafından yasaklanmış olmakla birlikte, görüşülen kadınların % 5,6'sının akrabaları ile görüşmesi yasaklanmıştır. Komşu ve akraba ile görüşme yasağı bulunması ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 6,9'u ayrılma/ boşanma problemi yaşadığını belirtmiştir. Ayrılma / Boşanma problemi yaşayanların % 56,2'sinin boşanma sonrası problem, % 50'sinin ekonomik problem, % 25'inin sosyal problem yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmada boşanma sorunu ve boşanma sonrası problem yaşama ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki saptandığı halde ($p < 0,05$), depresyon ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Depresyon tanısı almada boşanma problemi yaşamının etkisi olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan 21 öğrencinin % 28,6'sı ders problemi olduğunu, % 14,3'ü öğretmen/ arkadaş problemi olduğunu % 28,6'sı okul dışında arkadaşları ile görüşmediğini belirtmiştir. Zayıf ilişkiler, düşük sosyal destek ve yabancılaşma depresif ergenler arasında sıklıkla görülmektedir. Hastanede yatan depresyon tanısı konmuş ergenlerin % 63-78'inde sosyal geri çekilme saptanmıştır. Sosyal olarak terk edilmişlik ve diğerleri tarafından anlaşılama depresif ergenlerin % 95'inde görülmektedir. Depresif ergenlerde düşük okul performansı % 13-73 arasında değişmektedir (Chartier & Ranieri, 1984) (28). Balatçık'da görüşülen öğrencilerde ders, öğretmen/ arkadaş problemi, sosyal ilişkiler ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Görüşülen kişilerin % 13,8'i eş/ çocuk kaybı, % 33,6'sı yakın bir arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşadığını belirtmiştir. Emekli olma/ çocukların evden ayrılması gibi yeni yaşam olaylarıyla karşılaşma yüzdesi 8,2'dir. Kayıp yaşayan kişilerde depresif belirtilerde yüksek prevalansa rastlanmaktadır. Kadın ve erkek dullardan oluşan, 328 kişiyi kapsayan bir çalışmada (Zisook S. 1997), yaşanan kayıptan iki ay sonra % 20 major depresyon, % 11 depresif belirti; onüç ay sonra % 12 major depresyon, % 10 depresif belirti saptanmıştır. Kayıp sonrası görülen depresyonda, önceden geçirilmiş depresyon öyküsünün önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (111). Balatçık bölgesinde gerçekleştirilen çalışmada eş/ çocuk kaybı, yakın arkadaş kaybı/ ayrılığı, emekli olma/ çocukların evden ayrılması durumları ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 25,9'unun devamlı ilaç kullandığı, % 25,4'ünün önceden depresyon dışında önemli bir hastalık geçirdiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 23,7'sinde önceden geçirilmiş depresyon hikayesi varken, önceden depresyon tedavisi alanlar % 15,1'dir. Öz geçmişte depresyon hikayesi ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmazken, depresyon ile önceden depresyon hikayesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

Yalnızlık ve depresyon sıklıkla karıştırılan olgulardır. Ostror ve Offer'a göre, depresyon ve yalnızlık acı ve yardımsızlıkla dolu olmak bakımından benzer olmakla birlikte aradaki fark, yalnız kişinin başka yalnız kişi ile karşılaştığında tamamlanacağı ümidi taşımasıdır. Eisman tarafından 110 depresif hasta ile yapılan çalışmada, depresif hastaların kendilerini kontrol grubuna göre daha yalnız hissettiklerini ve bu yalnızlıktan daha fazla acı çektiklerini bildirmiştir. Ayrıca tüm depresif hastalarda yalnızlık yaşantısının, aile ile yapılan düzenli temaslarla ters orantılı olduğunu bildirmiştir. Arkadaşlık ilişkilerinin iyi olması ve arkadaş sayısı da yalnızlık duygusu ile negatif korelasyon göstermektedir (West ve arkadaşları 1986) (71). Yalnızlık duygusu ile baş etmede yapılan etkinlikler için görüşülen kadınların % 22,4'ü yakınları ile dertleştiğini, % 12,5'u ağladığını, % 12,1'i dışarı çıktığını, % 11,2'si televizyon

seyrettiğini-kitap okuduğunu, % 11,2'si müzik dinlediğini; % 32'si içine kapandığını belirtmiştir. Yalnızlık duygusu yaşama ile baş etmede, strese neden olan durumlarla baş etmede bireye özgü nitelikler ön plandadır. Genel olarak araştırmaların sonuçlarına bakıldığında duyguya odaklanma, kaçınma, hayal kurma, destek arama ve yüz yüze gelme türü baş etme stratejileri psikopatolojik belirtilerle pozitif ilişki göstermektedir (45).

Araştırmalar, sosyal destekler yetersiz olduğunda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermiştir. Kişiye destek olan çok yakın bir arkadaşın ya da bir eşin varlığı, özellikle kadınlarda depresyona karşı koruyucu görev görmektedir. Az sayıda fakat sırdaşlık derecesinde yakın arkadaşın, çok sayıda yüzeysel ilişkiden daha destekleyici olduğu söylenmektedir (85). Çalışmaya katılan kadınların % 91,8'inin sıkıntısını paylaşacak bir kimsenin olduğu saptanmıştır. Yaşam olaylarının etkileri birey için öznedir ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir (106). Bu çalışmaya katılan kadınlarda sıkıntısını paylaşacak kimsesi olanlarda % 49,3'ünde; sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayanların % 73,7'ünde depresif belirti görülmektedir. Sıkıntı paylaşacak kimsenin varlığı ile depresif belirti görülme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Fakat depresyon tanısı alma ile sıkıntı paylaşacak kimse varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Görüşülen kadınlara kişilik özellikleri sorulduğunda % 53,4'ü kendisini içedönük, % 46,6'sı dışadönük olarak tanımlamışlardır. Kişilik özellikleri de depresyon için risk etkeni olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içedönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde depresyonun daha çok geliştiği bildirilmektedir (106). Bu çalışmada, kadınların kendi tanımladıkları kişilik özellikleri ile depresif belirti ve depresyon arasında ilişki saptanmamıştır.

Tartışmanın bundan sonraki bölümünde yaşam kalitesi ile ilgili konulara yer verilecektir. Dünyada WHOQOL ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalar halen devam etmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanser, şizofreni, lepra, diyabet, artrit, epilepsi ve yaşlı kişilere ilişkin araştırmalar literatürde yer almaktadır. Depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki yıkıcı etkileri olmasına rağmen bu alanda yapılan çalışma sayısı çok azdır (92). WHOQOL-BREF ölçeği kullanılarak yapılan toplum tabanlı sınırlı sayıda sonuçlanmış çalışma vardır. Bunlardan biri 1996-1997 yılında Yeni Zelanda'da sağlık bakanlığı tarafından sağlık durumu ve sağlık hizmet dağılımını saptamak için demografik, sosyoekonomik değişkenler kullanılarak yapılmış bir çalışmadır. Diğer bir çalışma 1998 yılında sağlıklı Japon popülasyonunda WHOQOL-BREF ve General Health Questionnaire (GHQ-12: Genel Sağlık Anketi) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Üç şehirde yürütülen 679 erkek, 731 kadının katıldığı çalışmanın sonuçlarına göre WHOQOL-BREF ölçeği sonuçları erkeklerde 3,24; kadınlarda 3,34 olarak bulunmuştur. Cinsiyet ve bölgeler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Fakat 60 yaş ve üstü kişilerde, 30 yaşlarındaki kişilerden daha yüksek puanlar bulunmuştur (37).

Türkiye'de WHOQOL ölçeği kullanılarak yapılan yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, Türkiye'de WHOQOL-BREF ölçeği kullanılarak yapılan ilk toplum tabanlı çalışmadır. Bu nedenle literatür kısıtlılığı yaşanmıştır. Tartışmanın bundan sonraki bölümünde öncelikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri değerlendirilecek ve elde edilen verileri karşılaştırmada çeşitli sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmış çalışmalar kaynak gösterilecektir. Bu ölçeklerden en fazla kullanılanı SF-36 (Short Form Health Survey 36 Item)'dir. Son dört haftayı sorgulayan fiziksel işlevsellik, fiziksel ve duygusal roller, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal işlevsellik, ruh sağlığı ve sağlık durumundaki değişiklikler

olmak üzere 36 maddeden oluşmuştur. Likert yöntemi ile değerlendirilir ve toplam puan hesaplanır (20). İki ölçek arasında korelasyona bakıldığında, WHOQOL-100'ün ruhsal, sosyal ve manevi alanları ile SF-36'nın ruh sağlığı, duygusal rol, sosyal fonksiyon bölümleri arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r > 0,45$) (15).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşamın ruhsal ve fiziksel işlevsellik ve iyi olma hali ile bağlantılı olan, bireysel sağlık ile ilgili yaşam durumunu içermektedir (20).

Yaşam kalitesi ile ilgili verileri kullanma konusunda bazı tartışmalar sürmektedir. Tartışmaya neden olan noktalar; (1) sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin nesnel ve bireye özgü olup yorumlanamaz ve karşılaştırılmaz olması, (2) fizyolojik işlev ile yaşam kalitesinin etkilerini ayırt etmenin zor olması, (3) yaşam kalitesi verilerinin biyolojik testlerin verilerine göre çok daha esnek olmasıdır. Tüm bu itirazlara karşın bilimsel olarak geliştirilmiş psikometrik tekniklerle elde edilen veriler, profesyonellerin sağlık kavramına hastaların açısından bakabilmelerine olanak vermektedir (20).

Geleneksel olarak hekimler standart öykü alma ve rutin fiziksel muayene sonucu hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgiler edinmektedirler. Bilimsel olarak geliştirilen standart soru formları ile güvenilir bir şekilde işlevselliği ve iyi olma halini değerlendirmektedir. Psikometri ise bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi özelliğini ölçmek için standart test veya ölçek kullanmaktadır (20).

Geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri klinisyene uygulamada ilaçların, cerrahi yöntemlerin ve diğer tedavi yöntemlerinin gerçek yaşamda nasıl etkili olduğunu görme fırsatı tanımaktadır. Bu ölçümler, doğrudan hastadan elde edilen bilgilerle hastanın kendi tanısına, tedavisine ve bakımına katkıda bulunmaktadır. Diğer yandan sağlık personeli hasta veya tedavi uygulanan kişilerin tepkilerine karşı bir içgörü kazanmaktadır. Ayrıca fiziksel belirtisi olmayan hastaların erken tanınmasını sağlamaktadır (21).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinden WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF sağlık politika araştırmalarında, sağlık ve sosyal hizmetlerin rutin olarak değerlendirilmesinde kullanılabilir. Çünkü bu ölçekler kültürlerarası karşılaştırmalarda kullanımı sağlamaktadır Yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanıldığı ülkelerde sağlık hizmeti verenler, ülke yöneticileri ve yasa koyan kişiler WHOQOL değerlendirmelerinden elde edilen verilerle, verdikleri hizmetin gerçekten yararlı olduğundan emin olabilirler (98).

Kültürlerarası karşılaştırmalara olanak veren bir çalışma 1991 yılında John Ware of The Health Institute at Boston's New England Medical Center tarafından, International Quality of Life Assessment (IQOLA) projesi adıyla başlatılmıştır. Bu projede SF-36'nın uluslararası kullanımı için 40 ülkede çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonuçları, ülkeler arasında belli hastalık gruplarında veya değişik hastalıklarda farklı tedavi uygulamalarının yararları konusunda karşılaştırmalara olanak sağlamaktadır. Kanada'da 25 yaş ve üzeri kişilere uygulanan SF-36 ölçeği sonuçlarına göre ortalama değerler yaş, cinsiyet ve ülkeye göre değişmektedir. Ruhsal sağlık ile ilgili değerlerin aksine, fizik sağlık ile ilgili ortalama değerler yaş ilerledikçe azaldığı saptanmıştır. Benzer bulgular Amerika Birleşik Devletleri, İsveç ve Hollanda'da yapılan çalışmalarda elde edilmiştir. Kanada verilerine göre, kadınların her bölümde puanları, erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Cinsiyette görülen bu farklılıklar İngiltere, İsveç, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de saptanmıştır. Kadınlar, erkeklerden daha fazla psikolojik belirti göstermesi ve fiziksel hastalığı olan kadınların semptom ve iyi olma hali bakımından daha kötü puanlara sahip olmasına rağmen bu

farklılığın sebebi çok net değildir. Ülkeler arası farklılıklar kültürel farklılıklara veya çevirilere bağlanabilir. Bazen de bu farklılıklar uygulanan metod ve tanımlamalardaki farklılıklardan kaynaklanabilir (101).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerine genel yaklaşımdan sonra bu çalışmadan elde edilen verilere bakabiliriz.

Ruhsal ve sosyal alanda Küçük Çiğli mahallesi, bedensel ve çevre alanında Uğur Mumcu mahallesinde yaşayan kadınların WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar diğer mahallede oturan kadınlara göre düşük bulunmuştur. Ulusal çevre alanında en düşük ortalama puan Uğur Mumcu mahallesinde saptanmıştır. Bu alanda alınan puan ile oturlan mahalle arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Sosyal baskı özelliğini yansıtan bu ulusal soruda oturlan mahalleye göre istatistiksel anlamlılık saptanması dikkat çekicidir. Bu sonucu Uğur Mumcu mahallesinde yaşayan kadınların % 82.5'inin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden göç gelmesine, eğitim düzeyinin düşük olmasına ve ulaşım olanaklarının diğer iki mahalleye göre daha kısıtlı olmasına bağlayabiliriz.

Yaş ortalamaları ile WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlara bakıldığında, 30 yaşın üstündeki kadınlar bedensel alan dışındaki diğer dört alanda, 30 yaş ve altındaki kadınlardan daha düşük puana sahiptir. Yaş ilerledikçe ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşmektedir. Bedensel alanda ise 30 yaş ve altındaki kadınlar, 30 yaş üzeri kadınlardan daha düşük puana sahiptir. Yeni Zelanda'da yapılan çalışmada kadınlarda en düşük ruhsal sağlık puanları 15-24 yaş grubunda saptanmıştır. Ayrıca genç kadınlar, genç erkeklere göre anlamlı derecede düşük ruhsal sağlık durumu belirlenmiştir. Bu bulgu kadınların daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına sahip olduğu hipotezini desteklemektedir (33).

Araştırmaya katılan kadınların doğum bölgeleri ile WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ruhsal alan dışındaki diğer alanlarda Ege bölgesinde doğanların yaşam kalitesi puanları diğer bölgelere göre yüksek bulunmuştur.

Göç edilen bölgelere göre WHOQOL–BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar değerlendirildiğinde bedensel, çevre ve çevre TR alanlarında Ege bölgesinden göç edenlerin puanları, ruhsal ve sosyal alanda diğer bölgelerden göç edenlerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Diğer bölgelerden göç edenlerin ruhsal ve sosyal alanda yaşam kalitelerinin yüksek bulunması, diğer bölgelerden göç edenlerde depresif belirtilerin daha az görülmesi ile uyumludur. Bu sonucu, beklenti düzeyleri ile açıklayabiliriz. Batı kültürüne uzak kadın, kentleşme sürecini daha yavaş yaşamakta ve beklenti düzeyi daha düşük olmaktadır. Buna karşın, günümüz tüketim toplumunda, Ege Bölgesi'nden göç eden kadınlar kentin sağladığı maddi ve manevi olanaklara önceden tanık oldukları için beklentileri yüksek düzeydedir. Her sosyal sınıfın referans grubunun üstteki grup olduğu görüşünden yola çıkarsak beklentilerin yeterince karşılanamaması ruhsal ve sosyal açıdan kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Son beş yıldır Ege bölgesinde yaşayanların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Özellikle bedensel ve sosyal alanda son beş yıldır yaşanan bölge ile WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşanılan bölgede geçirilen beş yıl, yer değiştirmeye bağlı sorunların oturduğu bir zaman dilimidir. Son beş yıldır yaşanan bölgede kişinin kendisini sosyal destek, sosyal ilişkiler ve bedensel açıdan güvende hissetmesi yaşam kalitesinin artışı ile uyumludur.

Araştırmaya katılan kadınlarda Balatçık'da yaşama süresi ile WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Balatçık'da 10 yıldan fazla yaşayanlarda bedensel, ruhsal ve sosyal alanda; 10 yıldan daha az yaşayanlarda çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Bir bölgede 10 yıldan fazla zaman yaşamak, oturulan bölgede geliştirilen sosyal ilişkilerin bedensel ve ruhsal alana yansımaları sağlamaktadır. Bu bedensel, sosyal ve ruhsal alanda yüksek puanlar ile uyumludur. Balatçık'da 10 yıldan az süren yaşayanlarda çevre TR alanında yüksek puan görülmesi bölgeye sosyal baskı bakımından alışma dönemini; çevre alanında yüksek puan alınması mevcut kaynaklara ait yetersizliklerin henüz yaşanmamasına bağlanabilir.

Evli kadınların sosyal ve çevre TR alanlarında WHOQOL–BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Yaşam kalitesi puanlarının evli kadınlarda sosyal ve çevre TR alanlarında düşük bulunması kadınların sosyal ilişkiler ve sosyal baskı açısından daha fazla zorlandıklarının göstergesi olabilir.

Kadınların aile yapısı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında geniş aileye sahip olan kadınların yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur. Geniş aileye sahip olma sosyal ilişkiler ve sosyal destek bakımında yaşam kalitesini artırıcı bir faktördür. Bedensel alanda ise çekirdek aileye sahip olanların puanı yüksek bulunmuştur.

Gebe kalma durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden sosyal, çevre ve çevre TR alanlarından alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce en az bir kez gebe kalmış kadınların ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Bu sonuç yaşanan gebeliklere bağlı kadınların yaşadıkları sosyal ve çevresel sorunlarla bağlantılı olabilir. Gebelik ruhsal ve sosyal açıdan kadın hayatında değişikliğe yol açan bir dönemdir. Bu dönemde yaşananlar sonraki yıllarda etkisini göstermeye devam etmektedir. Bedensel alanda gebelik yaşayan kadınların yaşam kalitesi puanının yüksek olması, önceden gebelik sürecinde yaşanan fizyolojik değişikliklerle birlikte yaşanan sorunlara toleransın artmasına bağlı olabilir.

Çocuk sahibi olma ile WHOQOL –BREF ölçeğinden sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaşanan çevre ve sosyal ilişkiler açısından çocuk sahibi olmayanların yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır. Diğer yandan çocuğu olan kadınların bedensel alanda puanları yüksek bulunmuştur.

İki ve daha fazla çocuğu olan kadınların WHOQOL –BREF ölçeğinde bedensel alandan aldıkları ortalama puan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer alanlarda ise tek çocuğu olanların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Fazla sayıda çocuk sahibi olma kadının her alanda özgürlüğünü kısıtlamakta, bu durum ruhsal yönden de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Ölü doğum, kürtaj veya düşük olaylarından en az birini yaşayan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşüktür. Ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında bulunan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaşanan bu olaylar kadının ruhsal yapısını, çevreye ait bakış açısını ve üzerindeki sosyal baskıyı olumsuz etkilemektedir.

Anket uygulaması sırasında menstrüasyon döneminde olan kadınların bedensel, ruhsal ve sosyal alanda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Çevre ve çevre TR alanlarında

içinde bulunulan menstrüel siklus dönemi ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Premenstrüel dönemde olan kadınların her iki alanda da yaşam kalitesi puanları yüksek, adet görmeyen kadınların ise düşük bulunmuştur. Adet görmemek çevreyi olumlu algılamada ve sosyal baskıyı hissetmede değişikliklere neden olmaktadır.

Menstrüasyon durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar açısından sosyal alanda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Menstrüasyon görmeyen kadınların sosyal ilişkiler ve sosyal destek açısından yaşam kalitesini kötü algılamaktadırlar. Diğer alanlarda da menstrüasyon görmeyen kadınların puanları düşük bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında menstrüasyon görmeyen kadınların yaşamı algılamalarının daha kötü düzeyde olduğunu söylenebilir.

Aile planlaması yöntemi kullanımı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yöntem kullanan kadınların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Yöntem kullanımı kadının çevreyi olumsuz ve sosyal baskıyı daha fazla algılamasına neden olabilir. Ruhsal alanda yöntem kullanan kadınların puanlarının yüksek olması istenmeyen gebelikler açısından kadının kendini güvende hissetmesine bağlı olabilir. Sosyal alan içinde değerlendirilen cinsel yaşamda yöntem kullanımına bağlı olumsuz yansımalar, yaşam kalitesi puanlarındaki düşüklüğün sebebi olabilir.

Aile planlamasında etkin yöntem kullanan kadınların ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Etkin yöntem kullanımının istenmeyen gebelikleri önlemede kadında yarattığı güven duygusunun, yaşam kalitesini iyi yönde etkilediği görülmektedir. Diğer yandan olası yan etkiler bedensel alanda etkin yöntem kullanan kadınların yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir.

Evlenme biçimleri ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Akraba evliliği yapanların ruhsal ve sosyal alanda en düşük, çevre ve çevre TR alanlarında en yüksek yaşam kalitesi puanları aldıkları saptanmıştır.

Evlilik yılı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ruhsal ve çevre TR alanında 10 yıldan az zamandır evli olan kadınların yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilikte ilk 10 yılından sonra bedensel, sosyal ve çevre alanında puanlar yüksek saptanmıştır.

Evlilik sayısı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yaşam kalitesi puanları ilk evliliği olan kadınlarda ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında düşük, bedensel alanda yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumu ile bedensel alanda alınan yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Ortaokul ve üstü eğitimi olan kadınların bedensel alanda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Yeni Zelanda’da yapılan çalışmada özellikle fizik sağlık ile ilgili 4 skalada eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon ve genel sağlık dışındakilerde alınan puanlar arasındaki fark küçüktür. Bu sosyoekonomik durumun bir belirleyicisi olarak eğitimin ölçümünü kesin olmamakla birlikte yansıtabilir (33).

Meslek sahibi olma ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat meslek sahibi olan kadınların beş alanda da yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Meslek sahibi olmanın yaşamı iyi algılamada olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışma durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışan kadınlarda ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük saptanmıştır. Sadece bedensel alanda çalışan kadınların puanı yüksek bulunmuştur. Yeni Zelanda çalışmasında ise hem erkeklerde hemde kadınlarda fizik sağlık durumu çalışanlarda daha iyi bildirilmiştir. Bu araştırmada farklı olarak kadınlarda çalışan ve çalışmayan gruplar arasında ruhsal sağlıkta anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışan kadınların ruhsal sağlık durumunun çalışmayanlardan daha iyi olduğu saptanmıştır (33). Kırsal alanda yapılan başka bir çalışmada çalışan kadınların genel sağlık durumunun kötü olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınların fonksiyonel açıdan anlamlı derecede kötü puan almalarına rağmen bedensel sağlıkta çalışmayan kadınlardan anlamlı derecede iyi puan aldıkları saptanmıştır (60).

Çalışma saatleri ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çevre alanında ise çalışma saatleri ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Normal mesai yapan kadınlarda yaşam kalitesi puanı düşüktür.

Öğrencilerde ders problemi varlığı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ders problemi olanların yaşam kalitesi puanlarının bedensel, sosyal ve ruhsal alanda düşük, çevre ve çevre TR alanlarında yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerde öğretmen, arkadaş problemi varlığı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğretmen, arkadaş problemi yaşayanların ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük saptanmıştır. Öğrencilerin okul ve sosyal çevrelerinde yaşadıkları sorunların ruhsal, çevresel açıdan yaşam kalitelerini olumsuz etkilemeleri beklenen bir sonuçtur.

Öğrencilerin okul dışı arkadaşları ile görüşme durumları ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Okul dışı arkadaşları ile görüşemeyen öğrencilerin sosyal alanda yaşam kalitesi puanları beklenildiği gibi düşük bulunmuştur. Evli kadınların eşlerinin mesleği ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat eşi serbest meslek sahibi olan kadınların bedensel alan dışındaki bütün alanlarda yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur.

Eşlerin çalışma durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında sadece ruhsal alanda anlamlı ilişki bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınların yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Eşin çalışmaması hem ekonomik hem de sosyal açıdan ortaya çıkan sorunların yansımaları kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Araba sahibi olma ile WHOQOL –BREF ölçeğinde çevre ve çevre TR alanlarında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Araba sahibi olmayanların çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Düzenli gelir varlığı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Düzenli geliri olmayan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Düzenli gelir olamaması kadınların yaşamı algılamalarını olumsuz açıdan etkilemektedir.

Sosyal güvence varlığı ile WHOQOL –BREF ölçeğinde bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanında alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayan kadınların çevre TR alanı dışındaki diğer dört alanda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Kira durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kira ödeyen kadınların tüm alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Aylık net gelir ortalaması ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında aylık net gelir ortalaması 192 milyon ve daha az olanların yaşam kalite puanları düşük bulunmuştur. Bedensel alanda ise aylık net gelir ortalaması 192 milyondan az olanların yaşam kalitesi puanı yüksektir. Yeni Zelanda'da yapılan çalışmada yüksek ve düşük gelir gruplarında her zaman anlamlı fark bulunmamasına rağmen bütün alanlarda en yüksek puanlar yüksek gelir grubunda bulunmuştur.

Yaşanılan evdeki eşya durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında çevre ve çevre TR alanlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Evdeki eşyaları kötü düzeyde olan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Yaşanan konut durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinde çevre TR alanında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bütün alanlarda hiç uygun olmayan koşullarda yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Genel sosyoekonomik yapının değerlendirildiği araba sahibi olma, düzenli gelir varlığı, sosyal güvence varlığı, kira ödeme durumu, aylık net gelir ortalaması, evde bulunan eşya durumu, yaşanılan konut durumu değişkenlerinde beklenildiği gibi olumsuz özellikler yaşam kalitesinde düşük puanlara neden olmuştur. Sosyoekonomik yapının kötü olması yaşam kalitesinin de kötü algılanmasına neden olmaktadır.

Sosyal faaliyet gösterme durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinde çevre TR alanında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ruhsal alan ve çevre alanında kötü düzeyde sosyal faaliyette bulunma durumunda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Bedensel ve sosyal alanda ise kötü düzeyde sosyal faaliyet yaşam kalitesinde yüksek puana neden olmuştur.

Sosyal çevreye katılım ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Bedensel alan dışındaki alanlarda sosyal çevreye katılımın kötü düzeyde olması yaşam kalitesi puanını düşürmektedir.

Kadının ev içinde sorumluluk alması ile WHOQOL –BREF ölçeğinde bedensel alanda alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Birden fazla alanda sorumluluk sahibi olan kadınların yaşam kalitesi puanı bedensel alanda yüksek bulunmuştur. Bedensel, ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yüksek puanların görülmesi, kadınların tek

konuda odaklanmaması ve kendilerini ifade edebilecekleri birkaç alanda çalışmalarının yaşam kalitesini artırıcı etkisini ortaya koymaktadır.

Annelik sorumluluğunu yerine getirme ve WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal ve çevre alanında alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelik sorumluluğunu yerine getirildiğini düşünen kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Annelik sorumluluğunun kadınların yaşamındaki önemli etkisini göstermesi açısından önemli bir sonuçtur.

Eşin birden fazla alanda sorumluluk sahibi olması ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat bütün alanlarda eşi birden fazla alanda sorumluluk alan kadınların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Aile içinde paylaşım ve sosyal desteğin yaşam kalitesinin algılanmasında ki olumlu etkisi bu sonuçta görülmektedir.

Ev içinde karar verme sürecine katılım ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal alandan alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bütün alanlarda karar verme sürecine katılan kadınların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Kadının ev içinde konumu, söz hakkı sahibi olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Sigara ve alkol kullanmayan kadınların WHOQOL –BREF ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar bütün alanlarda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç sigara ve alkol kullanımının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Aile içinde dayak uygulaması ile bedensel, ruhsal ve çevre alanlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Özellikle ruhsal alanda görülen anlamlı ilişki, dayak ile depresif belirti görülmesi arasındaki anlamlı ilişkiyle uyumludur. Aile içi dayak uygulanan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşüktür.

Komşu veya akrabaları ile görüşme yasağı olan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşüktür ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Alt sosyokültürel grupta akraba ve komşuluk ilişkileri siktir. Böylece bu aileler dışa yarı kapalı bir grup özelliği alır. Bununla birlikte cvlilikte yaşanan yasaklamalar kadının bütün alanlarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal konulara ilgi düzeyi ile WHOQOL–BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sosyal konulara ilgi düzeyi iyi olan kadınların sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Kentlileşmiş insan dünya ve ülke sorunlarına ilgi gösterir ve sosyal açıdan kaygı duyar. Sosyal konularla ilgili kişilerin sosyal ilişkiler, sosyal destek, çevreyi olumlu algılama ve sosyal baskıyı tolere edebilme gibi yaşam kalitesini artırıcı etkileri olmaktadır.

Boşanma ve boşanma sonrası dönemde problem yaşayan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Özellikle ruhsal alanda her iki durumda da görülen istatistiksel anlamlı ilişki beklenen sonucu vermektedir. Kadın yaşamında en önemli olumsuz yaşam olaylarından olan boşanma ve sonrasında yaşanan ekonomik ve sosyal sorunlar yaşam kalitesinin kötü algılanmasına neden olmaktadır.

Baskın ebeveyne sahip olma ile WHOQOL–BREF ölçeğinde bedensel ve ruhsal alanda alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bütün alanlarda baskın ebeveyni olan kadınların yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Baskın ebeveyn

varlığının kadınların özellikle ruhsal alanda yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Önceki yıllardan veya halen baskın ebeveyn varlığının kadın üzerindeki güçlü etkisini ortaya koymaktadır.

Özellikle 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşama ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bedensel, ruhsal ve sosyal alanda 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur. Çevre ve çevre TR alanlarında ise 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur.

Üvey ebeveyn varlığı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bedensel alan dışındaki diğer alanlarda üvey ebeveyni olan kadınların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Soy geçmişte kronik hastalık durumu ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal alandan alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Soy geçmişte kronik hastalığı olmayan kadınların yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur. Bütün alanlarda soy geçmişte kronik hastalık varlığı yaşam kalitesinde düşük puana neden olmuştur.

Ailde görülen kronik hastalık durumu ve kronik hastaya bakım ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bedensel, çevre ve çevre TR alanında ailede kronik hastalığı olan kadınların yaşam kalitesi puanları yüksek; ruhsal ve sosyal alanda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Kronik hastaya bakım yapanların ruhsal alanda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Ailede kronik hasta varlığında genelde hastanın bakımından sorunlu olan kadındır. Kronik hastaya bakım kadının ev içindeki diğer rollerinin yanında yıpratıcı etkisiyle önemli bir yük oluşturmaktadır. Bunun sonuçları olarak ruhsal sorunlar ve sosyal ilişkilerde bozulmalar görülmektedir. Kadının ruhsal ve sosyal alandaki yaşama bakış penceresinde olumsuzluklara neden olmaktadır.

Ebeveynde depresyon hikayesi ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bütün alanlarda, ebeveyninde depresyon hikayesi olan kadınların yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Depresyon için önemli bir risk faktörü olan ebeveynde depresyon öyküsü ruhsal alanda dahil olmak üzere bütün alanlarda yaşam kalitesinin olumsuz algılanmasına neden olmaktadır.

Göçten etkilenme durumu ile çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Göç olayından hiç etkilenmemiş kadınların ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları yüksek, bedensel alanda düşük bulunmuştur.

Son bir yılda yaşanan sorunlarla WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar karşılaştırılmıştır. Evlilik ve parasal sorunlar kadınların yaşam kalitelerini en çok etkileyen iki sorundur. Evlilik ve parasal sorunları olan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Evlilik sorunu ile yaşam kalitesi arasında ruhsal ve sosyal alanda, parasal sorunlar ile yaşam kalitesi arasında çevre ve çevre TR alanlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Evlilik sorunu kadının ruhsal yapı ve sosyal çevresini, parasal sorunlarda sosyal baskı ve çevresini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık sorunu da parasal sorunlar gibi çevre ve çevre TR alanında yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemekte, düşük puanlara neden olmaktadır. İlginç olarak sağlık sorunu olan kadınlarda bedensel alan yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur. Aile sorunu ile sosyal alan puanları

arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanında aile sorunu olanların yaşam kalitesi puanları düşük, çevre TR alanında ise yüksek bulunmuştur. Aile sorunu olan kadınlarda sosyal baskı açısından yaşam kalitesinin yüksek puan alması ilgi çekicidir. Aile sorunu sosyal baskının önüne geçiyor olabilir. İş sorunu ile bütün alanlardaki yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. İş sorunu yaşayan kadınların sadece sosyal alanda yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre iş sorunu sosyal çevreyi algılamada olumsuz etki göstermemektedir. Bunun yanında iş sorunu bedensel, ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesini düşürme özelliğine sahiptir. Yer değiştirmeye bağlı yaşanan sorunlar ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yer değiştirmeye bağlı sorun yaşayanlarda bedensel, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük, ruhsal alanda ise yüksek bulunmuştur. Çocuk sorunu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat çocuk sorunu olanların ruhsal, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük, bedensel alanda yüksek bulunmuştur. Kadın hayatının en önemli unsurlarından biri çocuktur. Çocuğa ait sorunlar genel olarak kadının yaşamını her alanda olumsuz etkilemektedir. Eğitim sorunu ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Eğitim sorunu olanların bedensel, ruhsal alanda yaşam kalitesi puanları düşük iken; sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yüksektir. Son bir yılda kayıp yaşama ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Kayıp yaşayan kadınların sosyal alanda yaşam kalitesi puanı düşük iken diğer alanlarda yüksektir.

Eş veya çocuk kaybı yaşama ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Eş veya çocuk kaybı yaşayanların ruhsal alan dışındaki bütün alanlarda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Ruhsal alanda, beklenenin aksine kayıp yaşayan kadının yaşam kalitesi puanı yüksektir. Kadın için birinci derecede önemli olan çocuk veya eş kaybı ruhsal anlamda önemli sorunlara yol açmaktadır.

Sevilen bir arkadaş veya dost kaybı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşayan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur.

Sıkıntıyı paylaşacak kişi varlığı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Yaşanan problemlerin paylaşımı, özellikle kadınlar için çare arama yollarının başında gelmektedir. Bundan yoksun olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Yapılan araştırmalara göre sosyal destek, sosyal ilişki ağı ve sosyoekonomik özellikler gibi toplumun yaşam kalitesini gösteren kriterler, kadın sağlığını erkeklerden daha fazla etkilemektedir. Çocuk sahibi olma ve çalışan kadın olma, sosyal destek ve sosyal ilişki ağının önemini ortaya koymaktadır (60).

Çocukların evden ayrılması veya emekli olma gibi yeni yaşamsal olaylar ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu olayları yaşayan kişilerin bedensel, sosyal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük, ruhsal alanda yüksek bulunmuştur. Bu tür yaşamsal olaylara uyum sağlama süreci bir çok açıdan sancılı geçebilmektedir. Kadınların kendilerini işe yaramaz hissetmeleri, ekonomik zorluklar, yaşlılığın ve sosyal geri çekilmenin etkileri yaşam kalitesinin kötü algılanmasına neden olabilir.

Devamlı ilaç kullanımı ile WHOQOL –BREF ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Devamlı ilaç kullanan kadınların bedensel alan dışındaki alanlarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. İlaç kullanımı kadının ruhsal, sosyal, çevresel yapısını olumsuz algılamasına neden olmaktadır. Antidepresan ilaçlarda dahil olmak üzere ilaçların en önemli özellikleri yan etki profilleridir. En iyi koşullarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalık ve tedavisinin yan etkilerde dahil olmak üzere hasta üzerindeki genel etkisini gösterecektir (92). İngiltere’de BDE ve WHOQOL-100 ölçeklerinin kullanıldığı birinci basamaktan antidepresan tedavi alan depresyon hastaları üzerinde yapılan çalışmada anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Tedavi başlangıcından sonraki sekiz hafta içinde yaşam kalitesinin 25 bölümünden 24’ünde iyileşme ve duygulanımın yaşam kalitesini değişik yönlerden etkilediği saptanmıştır. Hastanın aldığı tedaviye bakış açısı, zaman periyodu içinde yaşam kalitesini değiştirmemektedir Bu çalışma, birinci basamakta depresyon tedavisinin yararını göstermektedir. Depresyon, birinci basamakta yaygın görülen bir hastalık olduğundan sağlık hizmetine ulaşılabilirliği ve pratisyen hekimden alınan tedavinin güvenliğini arttırmaktadır. Başarılı ilaç tedavisi maliyet etkin sağlık hizmetleri ve hastaya hekim tarafından anlaşılabilme imkanı vermektedir (84).

Önceden depresyondan başka önemli bir hastalık geçirme ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarından alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Önceden önemli bir hastalık geçiren kadınların ruhsal, çevre ve çevre TR alanlarında yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Geçirilmiş hastalıklar kadınların ruhsal yapısında, sosyal çevresinde olumsuz algılamalara neden olmaktadır. Kim P. ve arkadaşları tarafından the Quality of Life Index ve the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale kullanılarak yapılan bir çalışmada elli inme hastasının yaşam kalitesini belirleyen en güçlü faktör depresyon bulunmuştur (52).

Öz geçmişte depresyon öyküsü ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal, sosyal ve çevre alanından alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Önceden depresyon geçiren kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Depresyon geçirme kadınların ruhsal yapılarında, sosyal ilişkilerinde ve çevrelerini algılamada olumsuz etkilere neden olmaktadır. Depresyonun tedavi edilebilir bir bozukluk olduğu söylenmesine rağmen, geçirilmiş depresyonun bile yaşam kalitesini düşük algılamada etki göstermesi dikkat çekicidir.

Kişilik özelliği ile WHOQOL –BREF ölçeğinde bedensel alan dışındaki diğer alanlarda alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Bütün alanlarda dışadönük kişilik yapısında olanların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Depresyon tanısı ile WHOQOL –BREF ölçeğinde ruhsal alanda alınan ortalama puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyon tanısı alan kadınların bütün alanlarda yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Bu sonuç Arjantin’de BDE kullanılarak DSM-IV kriterlerine göre depresyon tanısı konan hastalarla yapılan çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Depresyon tanısı konan hastaların WHOQOL-100 ölçeğinin bütün alanlarındaki yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur. Bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve sosyal baskı alanlarında yaşam kalitesi puanının düşük olması depresyonun ruhsal ve sosyal etkilerine işaret etmektedir (14). SF-36 ile yapılan kohort çalışmalarda depresif belirtileri olan hastaların, kronik fiziksel sorunları olan hastalardan daha düşük yaşam kalitesi puanları aldığı saptanmıştır. Distimi ve major depresyon bozukluğu olan kişiler iki yıldan fazla süreyle benzer puanları göstermiştir (74).

Pyne J.M. ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise BDE ve HDDÖ kullanılarak major depresyon tanısı alan 100 hasta ile 61 kontrol grubuna QWB (Quality of Well-Being Scale) uygulanmıştır. Analizler sonucu QWB ölçeğinin major depresyon hastalarında duyarlı bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, yaş, eğitim ve ailede ruhsal hastalık öyküsü ile QWB puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (74).

Markowitz ve arkadaşları, yaşam kalitesini ele alırken fiziksel ve emosyonel sağlık, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, intihar girişimleri, sosyal fonksiyonlar, ekonomik bağımlılık ve tedavi kullanım sıklığı gibi kriterleri değerlendirmişlerdir. Her alanla ilgili ayrı ölçümler kullanılmış fakat bunlarla ilgili ayrıntılı tanımlamalara yer verilmemiştir. Panik bozukluğu ve major depresyonu olan hastaların fiziksel ve duygusal açıdan kötü durumda olduğu, alkol ve ilaç kötüye kullanımlarının, intihar girişimlerinin, ekonomik bağımlılıkların daha fazla, hobileri için harcadıkları zamanın daha az olup, evlilik ilişkilerinin kötü olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak, bu hastaların klinisyenlere (iç hastalıkları ve psikiyatri) ve hastanelerin acil servislerine daha sık başvurdukları görülmüştür. Bu çalışma anksiyete ve depresyonu olan hastaların sağlık hizmetleri açısından büyük bir yük oluşturduğunu göstermektedir (74). Depresif hastaların belirlenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde klinik çalışmalarla sınırlı kalmayıp, toplum tabanlı çalışmalara gereksinim vardır.



6. SONUC VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti prevalansı % 51,3; depresyon prevalansı % 25,8 olarak bulunmuştur.

Göç bölgesi, sosyal çevreye katılım, kira durumu, eşya durumu, ölü doğum/ kürtaj/ düşükden herhangi birini yaşama, baskın ebeveyn, son bir yılda yaşanan evlilik, aile, sağlık sorunu, dayak, boşanma, boşanma sonrası sorun yaşama, önceden hastalık geçirme, sıkıntı paylaşacak kişinin varlığı ile depresif belirti görülme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Depresyon tanısı alanlarla Balatçık'da yaşama süresi, araba varlığı, soy geçmişte kronik hastalık, evlilik sorunu, önceden depresyon geçirme ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde çeşitli alanlarda; yaşanan mahalle, yaş, son beş yıldır yaşanan bölge, medeni durum, gebec kalma, ölü doğum/ kürtaj/ düşükden herhangi birini yaşama çocuk varlığı, çocuk sayısı, menstrüasyon görme durumu, menstrüasyon dönemi, aile planlaması yöntem kullanımı, eğitim durumu, çalışma saatleri, öğretmen/ arkadaş problemi, eşin iş durumu, araba varlığı, sosyal güvence varlığı, kira durumu, eşya durumu, konut durumu, sosyal faaliyet gösterme, ev içinde sorumluluk alma, annelik sorumluluğunu yerine getirme, karar verme sürecine katılım, sigara, dayak, komşu ile görüşme yasağı, akraba ile görüşme yasağı, boşanma, boşanma sonrası problem, baskın ebeveyn, kronik hastalık, göçten etkilenme, son bir yıldır yaşanan evlilik, sağlık, aile, parasal sorunlar, önceden hastalık geçirme, önceden depresyon geçirme, kişilik özelliği, depresyon tanısı alma ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Kadınlar için göç edilen bölge, kira durumu, eşya durumu, baskın ebeveyne sahip olma, son bir yıldır yaşanan aile ve sağlık sorunu depresif belirtiler açısından birinci dereceden etkili faktörlerdir. Balatçık'da yaşama süresi depresyon tanısı almada en önemli etkiyi oluşturmuştur.

Elde edilen sonuçlara bakıldığında depresif belirti ve depresyonu saptamada sosyal nedenler ve yaşam olayları ön plana çıkmaktadır. Buna paralel olarak yaşam kalitesinin düşük algılanmasında benzer etkenlerin yanında farklı olarak önceden herhangi bir hastalık veya depresyon geçirme, baskı ve travmatik olayların rol oynaması dikkat çekicidir.

Balatçık örnekleminde görüşülen kadınların ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını belirtmeleri birinci basamakta sağlık hizmetinin önemini ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçları, depresyonun birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunu vurgulamaktadır. Toplumda çok yaygın görülen depresif belirtilerin erken dönemde sağlık ocağı hekimi tarafından saptanması tedavi sürecinde önemlidir. Bu nedenle başka şikayetlerle sağlık ocağına başvuran kadınlara doğru tanı konulmasında hekimin depresyona karşı duyarlılığının artırılması sağlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada (Rezaki B.G. 1992) hasta kadınsa ya da sağlık ocağı hekimi ruhsal hastalığı erken dönemde tanıdıysa hastanın daha çok iyileşeceği, bedensel belirti sayısı arttıkça iyileşme olasılığının azalacağı saptanmıştır (75). Bu konuda mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimlerine ağırlık verilmelidir. Korunma, tanı ve tedavide meydana gelen gelişmeler bilimsel zeminde tartışmaya açılmalıdır.

Birinci basamakta tanı konan vakalar sağlık ocağı hekimi tarafından tedavi protokolleri aracılığıyla tedavi edilmelidir. Genel olarak ikinci basamak sağlık kuruluşlarına ve üniversitelere hasta yığılımı bu şekilde ortadan kaldırılabılır. Tedaviye direnç gösteren veya

psikotik depresyon gibi ağır vakalarda hastane sevki gerçekleştirilmelidir. Batıdaki uygulamalarda olduğu gibi ruh sağlığında hastane yatağından ziyade bulunduğu ortamda tedavi edilmesi sağlanmalıdır. Hastaların yaşam kalitesini arttırmak amacıyla aile ve sosyal destek programları düzenlenmelidir.

Son yıllarda depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar oldukça etkili aynı zamanda da pahalı ilaçlardır. Belirti düzeyinde erken tanı ilaç kullanımı ve ilaç giderleri yanında kişinin yaşam kalitesi açısından da önemlidir. İlaç kullanımında, hastanın izlenmesi için depresyon vakalarının kayıtlı takibi yapılabilir. Düzenli ilaç kullanımı hastalığın seyri, kronikleşmesi ve rekürrensi için önemlidir.

İlaç kullanımı yanında kişinin yaşadığı çevrenin depresyon ve yaşam kalitesi açısından önemli yanları vardır. Depresyon tedavisi görenlerin takibinin ev ziyaretleri ile yapılması bu noktada önemli olabilir. Kişinin kendini önemli hissetmesi ve kendisiyle ilgilenildiğini görmesi belirtileri düzeltmede etkili olabileceği gibi, ilaç kullanımı üzerine de olumlu etki sağlayabilir.

Toplumda yaygın görülen depresif belirtilere karşı bilinçlenmeyi sağlayacak halk eğitimleri gerçekleştirilmelidir. Özellikle ulaşılabilirliği, etkinliği açısından kadınlar en uygun grubu oluşturmaktadır. Eldeki kaynaklarla belirtilere neden olan sorunlarla baş edebilme yolları gösterilmelidir.

Depresyonda önemli risk grupları içinde olan ergenlerin yaşadıkları sorunlarla baş etmeleri ve neyi yaşadıklarının farkına varmaları sağlanmalıdır. Öğrenciler, öğretmenler ve ailelere yönelik eğitim seminerleri ile ergenlik sorunları ve buna bağlı ortaya çıkan depresif belirtiler hakkında bilgi verilmelidir.

Türkiye'deki sağlık politikalarında koruyucu ruh sağlığı hizmetleri artık aktif rol oynamalıdır. Henry Depresyon Kaskadı'na göre toplumdaki her 100 depresif hastadan yalnız beşi tedaviden yarar görmektedir. Bu model, depresyonun tanınma oranları, yeterli tedavi oranları, katılım oranları ve uygun tedaviye olumlu yanıt oranlarına göre hesaplanmıştır. Tanı konup ilaç tedavisi önerildikten sonra bile Depresyon Kaskadına göre katılım eksikliği ve olumlu yanıt alınamaması nedeniyle hastaların %50'sinin tedaviden yararlanamayacağı ileri sürülmektedir. Bu iki faktör doğrudan ilaç seçimi ve bunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisine bağlıdır. Bu nedenle hekimlerin kullanılan ilaçların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile ilgili doğru bilgiye sahip olmaları yaşamsal önem taşımaktadır (92).

Artık sorun yalnızca yaşamı kurtarmak değil, hastanın yaşamı yaşamaya değer bulmasını sağlamak olmalıdır. Bu konuda yapılan tüm çalışmalara destek vermek sağlık çalışanlarının ve politikacıların sorumluluğudur (21).

7. ÖZET

Giriş: Depresyon yaygınlığı, yetiyitimi ve intihara yol açması, iş ve sağlık harcamaları alanında getirdiği maliyet yükü açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Amaç: Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda görülen depresif belirti ve depresyon prevalansını saptamak ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir.

Gereç Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipteki araştırmada tabakalı, rasgele örneklem yöntemiyle belirlenen 232 kadın ile görüşülmüştür. Araştırma grubunun sosyokültürel ve sosyoekonomik durumunu, kadınların üreme fonksiyonlarını, kronik hastalıklar ve depresyon risk faktörlerine ilişkin bilgiler içeren anket formu, depresif belirtiler için Beck Depresyon Envanteri, yaşam kalitesi için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Depresif belirti gösteren kadınların 88 (%74)'i ile sağlık ocağında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak psikiyatrik görüşme sağlanmıştır.

Veriler SPSS for Windows 8.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Depresif belirti göstermede kıkare analizinde anlamlı ilişki bulunan değişkenler lojistik regresyon modeli ile incelendiğinde göç bölgesi, kira, ev eşyası, baskın ebeveyn, son bir yıldır yaşanan aile ve sağlık sorununun en önemli etkiyi oluşturduğu saptanmıştır. Depresyon tanısı konulan kadınlarda Balatçık'da yaşama süresinin en önemli risk faktörü olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi alanlarında sosyodemografik bilgiler ve depresyon risk faktörleri ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tartışma : Sosyoekonomik durum, öz geçmişte depresyona ait risk faktörleri depresif belirtiler ve depresyonun görülmesinde, yaşam kalitesinin düşük algılanmasında anlamlı ilişkilere neden olmuştur. Elde edilen sonuçlar depresyonun biyolojik ve psikolojik nedenleri yanında sosyoekonomik nedenlerle ilişkisini de ortaya koymaktadır.

Toplumda depresif belirti yaygınlığını azaltmada ve depresyon prevalansını düşürmede geliştirilecek etkin koruyucu ruh sağlığı politikalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Kadın, depresyon, WHOQOL-BREF.

8. SUMMARY

Introduction: Depression is an important public health problem due to its prevalence, increasing of disability and health cost.

Aim: The aim of this study is determine of depressive symptoms and depression prevalence and evaluate of quality of life on 15-49 aged women in Balatcık Primary Health Care Center District.

Material- Methods: Study design is cross-sectional, descriptive and analytic study. Sample size was calculate by using stratified randomize sampling method. Women have been interviewed by using questionnaire included variables related to sociocultural and socioeconomic status, reproductive function, chronic disease and depression risk factors, Beck Depression Inventory for evaluation of depressive symptoms and WHOQOL-BRE for evaluation of quality of life. Psychiatric interview was performed to 88 (74 %) depressive women by using Hamilton Depression Rating Scale in Balatcık Primary Health Care Center.

Data were analyzed with SPSS 8.0.

Findings: Variables have been found significantly related in Chi-square analysis were re-analyzed by logistic regression. It's found that immigration region, rent, goods, dominant parent, family and health problem have the most important effect depression in logistic regression analysis.

The period of living in Balatcık region is the most important risk factors in women have been diagnosed as depression. There are significant relationship among, by groups. Significant relationship for sociodemographic variables and depression risk factors have been found between groups in quality of life evaluation.

Conclusion: Socioeconomic status, having depression risk factors in history have significantly effect on occurrence of depressive symptoms and depression and lower perception of quality of life.

The study results have shown that depression is closely related to socioeconomic factors in addition to biological and psychological factors.

Effective preventive mental health program strategies is necessary for decreasing of depressive symptom frequencies and depression prevalence in community.

Keywords: Women, depression, WHOQOL-BREF.

9. KAYNAKLAR

1. Ağargün M.Y., Kara H., Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Dönemi Separasyon Öyküsü: Depresyon ve Normal Kontrollerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri; 1995: 237-241.
2. Akdemir A., Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerliliği-Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi ; 4 (4); 1996: 251- 259.
3. Akgül A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”, Ankara, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası ;1997: 495.
4. Akıskal H., Duygudurum Bozukluklarının Doğası ve Çeşitliliğine Yeni Bir Bakış, Türk Psikiyatri Dergisi; 3 (3); 1992: 163-168.
5. Alan S. Bellack, Michel Hersen, A Practical Handbook III. Edition; 1987: 320-321
6. Alper Y., Bütün Yönleriyle Depresyon, İstanbul, Gendaş A.Ş; 1999: 19-20.
7. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC.; 1994: 317-391.
8. Aşkın R., Depresyon El Kitabı, Konya, 1999: 9-25; 158-159.
9. Aşkın R., Çayköylü, Karaca S., Turan M., Kuloğlu M., Herken H., Depresyonlu Hastalarda Sosyodemografik Özelliklerin Klinik Belirtiler ve Tedavi Yanıtı İle ilişkisi; IV. Anadolu Psikiyatri Günleri; 1995: 273-281.
10. Aydemir Ö., Koroğlu E., Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler; Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2000:109-110
11. Bekaroğlu M., Çare Arama Davranışı ve Kültür, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri; 1995: 48-52.
12. Belek İ., Genel Sağlık Anketi İle Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyodemografik Eşitsizlikler, Türk Psikiyatri Dergisi; 10 (3);1999: 163-172.
13. Bilgin M., Çalışan-Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1990.
14. Bonicatto S.C., Dew M.A., Zaratiegui R., Lorenzo L., Pecina P., Adult Outpatients With Depression: Worse Quality of Life Than in Other Chronic Medical Disease in Argentina; Social Science and Medicine; 52; 2001: 911-919.
15. Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D.M., Martin M., Validation of the United States Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrument, Journal of Clinical Epidemiology; 53; 2000: 1-12.

16. Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D.M., Martin M., Quality of Life Measurement Will We Ever Be Satisfied ?, *Journal of Clinical Epidemiology*; 53; 2000: 19-23.
17. Ceran A., Uzun Ö, Depresyonda Yaşam Olayları, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu; 1999: 147-149.
18. Cimilli C., Depresyonla İlişkileri Bağlamında Türkiye'nin Sosyal ve Kültürel Özellikleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (4);1997: 292-300.
19. Çetin İ., Bilici M., Bekaroğlu M., Köroğlu M.A., Uluutku N., Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu,1999.
20. Dilbaz N., Yaşam Kalitesi Ölçümü ve Psikiyatri, *Psychomed* ; (2);1996: 20-24.
21. Dilbaz N., Yaşam Kalitesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, (5);1996: 156-157.
22. Dixit A., Crum R.M., Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women, *American Journal of Psychiatry*, 157; 2000: 751-758.
23. Donald L.P., Yen-Pin C., Measurement of Health Outcomes in Treatment Effectiveness Evaluations, Conceptual and Methodological Challenges; *Medical Care*; 38 (9), Supplement II, II-14 – II 25.
24. Edwin M. Tam, Atypical Depressive Symptoms in Seasonal and Non-seasonal Mood Disorders, *Journal of Affective Disorders* ; (44) ; 1997: 39-44.
25. Evlice Y.E., Bilgen İ., Psikiyatrik Sınıflama, *Galenos Dergisi*; Ocak ;1998: 6-14.
26. Fidaner H., Elbi H., Fidaner C., Eser Y.S., Eser E., Göker E., Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, (7); 1999, Ek Sayı: 2.
27. Hirschfeld R., Cross Christine K., Epidemiology of Affective Disorders: Psychosocial Risk Factors, *Archives of General Psychiatry*, (39); 1982: 39-46.
28. <http://www.cyfernet.mes.umn.edu/research/youthfut9.html>
29. <http://www.healthtechsys.com/ivrhamd.html>.
30. <http://www.iclinic.co.za/nov99/factsruh12.htm>
31. <http://www.mentalhealth.com>
32. <http://www.mentalhealth.com/dis1/p21-md01.html>.
33. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/ttp_CID/\\$file/ttp_CID.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/ttp_CID/$file/ttp_CID.pdf)
34. <http://www.ncpamd.com/cadepress.htm#>
35. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm>
36. <http://www.who.int/msa/mnn/ems/dalys/intro.htm>

37. http://www.wpro.who.int/public/CollCenters/center_view.asp?cid=1343
38. Işık E., Duygulanım Bozuklukları/ Depresyon ve Mani, İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 1991; 36-37
39. İlhan Ö. İ., Sayıl I., Ankara'nın Mamak İlçesi'nde Yapılan Bir Alan Çalışması-Zorlayıcı Yaşam Olayları ve Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi, Kriz Dergisi; 1999; 7 (1): 1-6.
40. Jan McDowall, Claire Newell, Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaire, Oxford University Press, Second Edition; 1996; 242-249
41. Kağıtçıbaşı Ç., Sosyal Değişme Bağlamında Psikolojik Araştırmaların Yeri, I. Ulusal Psikoloji Kongresi, 1980.
42. Kaplan H.I., Sadock B. J., Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı, İstanbul, Turgut Yayıncılık,1998: 222
43. Kaplan İ., Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yetiyitimi İle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi; 1995; 6 (3): 169-179
44. Kara H., Ağargün M.Y., Bilgin H., Kıncır F., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine Bir Yıl İçinde Başvuran Depresyon ve Panik Bozukluğu Tanılı Hastaların Sosyodemografik Açıdan Karşılaştırılması, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, 1995: 233-236.
45. Karaca S., Psikiyatrik Bozukluklarla Başaçıkma Biçimleri; IV. Anadolu Psikiyatri Günleri; 1995: 58-70.
46. Kastro R., Kozacıoğlu G., Evlilik Uyumu ve Depresyon, 9. Anadolu Psikiyatri Günleri; 2000: 663-669.
47. Kaygısız A., Alkın T., Konversiyon Bozukluğundaki Ruhsal Bozukluk Eştanılarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 10 (1), 1999: 40-49.
48. Kendler K.S., Karkowski L.M., Prescott C.A., Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression, American Journal of Psychiatry; 156; 1999: 837-841.
49. Kennedy S.H., Patrikh S. V., Shapiro C. M., Defeating Depression; Ontario, Joli Joco Publications, 1998: 72-76.
50. Kenneth A.Kobak, Computer Assessment of Depression: Automating The Hamilton Depression Rating Scale, Drug Information Journal; 34; 2000: 145-156.
51. Kilimci A., Göç Olgusuyla Birlikte Değerlendirilmesi ve Üzerinde Düşünülmesi Gereken: Etnik Rehabilitasyon, 9. Anadolu Psikiyatri Günleri ; 2000: 855-859.
52. Kim P., Warren S., Madill H., Hadley M., Quality of Life of Stroke Survivors, Quality of Life Research; 8 (4); 1999 : 293-301.
53. Köknel Ö., Depresyon, 5. Basım, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi; 1989: 169-171

54. Kurtoğlu Tezel D., Rezaki M., Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 10 (3); 1999: 173-179.
55. Küey L., Depresyonun Toplum İçi Görünümü, III. Anadolu Psikiyatri Günleri, 1994.
56. Liebowitz M.R., Quitkin F., Focus on Depression, Temmuz; 1991: 1-5.
57. Lyness J.M., Caine E.D., Conwell Y., King D., Cox C., Depressive Symptoms, Medical Illness and Functional Status in Depressed Psychiatric Inpatients, *American Journal of Psychiatry*, 150; 1993: 910-915.
58. Major B., Cozzarelli C., Cooper L., Zubek J., Richards C., Wilhite M., Gramzow R., Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion, *Archieve General Psychiatry*, 57; 2000: 777-784
59. Marco R., The Epidemiology of Major Depression: Implications of Occurance, Recurrence and Stress in a Canadian Community Sample, *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 45; 2000: 67-74.
60. Molinari C., Ahern M., Hendryx M., the Relationship of Community Quality to The Health of Women and Men, *Social and Science Medicine*; 47 (8); 1998:1113-1120.
61. NIH 00-4501, Depression Research at the National Institute of Mental Health, 1999.
62. NIH 00-4779, Depression: What Every Women Should Know, 1995.
63. NIMH Depression: Living With and Treating the Disorder, 1998 .
64. Nolen-Hoeksema S., Grayson C., Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5); 1999: 1061-1072.
65. Oğuzhanoglu N., Tıbbi Durumlar ve Depresyon, *Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon*, (3); 2001: 116-125.
66. Oğuzhanoglu N., Somatoform Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon, *Düşünen Adam*; 8 (2), 1995: 37- 42.
67. Ostler K., Thompson C., Kinmonth A.K., Peveler R.C., Stevens L., Stevens A., Influence of Socio-economic Deprivation on The Prevalence and Outcome of Depression in Primary Care, *British Journal of Psychiatry*, 178; 2001: 12-17.
68. Özdemir Y., Balatçık Sağlık Ocağı'nin 2000 Yılı Çalışma Verileri.
69. Özer H., Kırpınar İ., Depresif Bozukluklu ve Kontrol Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Taraması, *Düşünen Adam*; 10 (2); 1997: 16-19.
70. Özgüven H., Çevik A., Çermik Ö., Depresyon ve Somatizasyon, III. Anadolu Psikiyatri Günleri, 1994.
71. Özkürkçügil A.Ç., Cezaevinde Yalnızlık ve Yalnızlığın Depresyonla İlişkisi, *Kriz Dergisi*; 6 (1); 1998: 21-31.

72. Özmen E., Sağduyu A., Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon: Tanı Sorunları ve Öneriler; Türk Psikiyatri Dergisi; 8 (2); 1997: 93-101.
73. Özpoyraz N., Taman L., Duygudurum Bozuklukları, Galenos Dergisi; Ocak ;1998.
74. Pyne J., Patterson T., Kaplan R., Gillin J.C., Koch W., Grant I., Assessment of The Quality of Patients With Major Depression, Psychiatric Services; 48 (2); 1997: 224-230.
75. Rezaki B.G., Rezaki M., Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Sorunlar: Bir Yıllık İzleme Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 7 (2); 1996: 83-91.
76. Rezaki M., Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon; Türk Psikiyatri Dergisi; 6 (1); 1995: 13-20.
77. Roberts E. R., Kaplan A.G., Shema S.J., Strawbridge W.J., Does Growing Old Increase the Risk for Depression ?, American Journal of Psychiatry, 154; 1997: 1384-1390.
78. Sağduyu A., Ögel K., Özmen E., Boratav C., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon; Türk Psikiyatri Dergisi; 11 (1); 2000: 3-16.
79. Sağlık Bakanlığı 2001 Yayınları ,Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Ankara, Eksen Tanıtım Ltd., 1998.
80. Savaşır I., Şahin N.H., Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler , Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2-3; 1997: 23-33.
81. Schotte C.K.W., Construct Validity of the Beck Depression Inventory in a Depressive Population , Journal of Affective Disorders ; 46; 1997: 115-125.
82. Simon G.E., Long-term prognosis of Depression in Primary Care, Bulletin of The World Health Organization; 78 (4); 2000: 439-445.
83. Siris G. S., Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of “ Atypical ” Antipsychotic Agents, American Journal of Psychiatry; 157; 2000: 1379-1389.
84. Skevington S.M., Wright A., Changes in the Quality of Life Patients Receiving Antidepressant Medication in Primary Care: Validation of The WHOQOL-100; British Journal of Psychiatry; 178; 2001: 261-267.
85. Sorias O., Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması, 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi; 1987:541-545.
86. Subhash C. Bhatia, Shashi K. Bhatia, Depression in Women : Diagnostic and Treatment Considerations, American Family Physician, 60; 1999: 225-249.
87. Sullivan P.F., Wells J.E., Joyce P.R., Bushnell J.A., Mulder R.T., Oakley-Browne M., Family History of Depression in Clinic and Community Samples, Journal of Affective Disorders, 40; 1996: 159-168.
88. Şahin H., Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi, Toplum ve Hekim, 12 (77); 1997: 40-46.

89. Tezcan E., Depresyonun Ayırıcı Tanısı, Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon; (2); 2000: 77-99.
90. The WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, Cross-national Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders, Bulletin of the World Health Organization; 78 (4); 2000: 413-423.
91. Weich S., Sloggett A., Lewis G., Social Roles and Gender Difference in The Prevalence of Common Mental Disorders, British Journal of Psychiatry; 173; 1998: 489-493.
92. Whalley D., McKenna SP, Depresyon ve Anksiyetesi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ölçümü, Pharmacoconomics; 8 (4); 1995 : 305-315.
93. WHO Bulletin on Mental Health, Neuroscience and Prevention of Substance Abuse; 3; 1999: 10-11.
94. WHO: Mental Health Fact Sheets N 130, August 1996: 1-4.
95. WHO/67: Raising Awareness, Fighting Stigma, Improving Care, 1999.
96. WHO: The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance;170-175.
97. WHO/24: WHO and The European Commission to Collaborate in The Field of Mental Health,1999.
98. WHO: WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment, 1996; 10.
99. WHO: Women's Mental Health, An Evidence Based Review, 2000: 47-62.
100. Wilhelm K., Examining Sex Differences in the Impact of Anticipated and Actual Life Events, Journal of Affective Disorders; (48); 1998 : 37-45.
101. Wood-Dauphinee S., The Canadian SF-36 Health Survey: Normative Data Add to Its Value , Canadian Medical Association Journal; 163 (3); 2000: 283-284.
102. Uçku R., Küey L., Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 29 (1); 1992: 15-20.
103. Unützer J., Katon W., Sullivan M., Miranda J., Treating Depressed Older Adults in Primary Care: Narrowing the Gap Between Efficacy and Effectiveness, The Milbank Quarterly, 77 (2); 1999: 225-256.
104. Uzun Ö., Ceran A., Depresyonda Yaşam Kalitesi : Depresyonun Şiddeti İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu,1999.
105. Ünal S., Psikiyatrik Hastalıklarda Bağımlı Değişkenler, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, 1996: 53-57.
106. Ünal S., Özcan E., Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1 (1); 2000; 41-48.

107. Üstün B., Ceylan E.M., Çevik Y., Yaşar A.K., Birincil Sağlık Hizmeti İçinde Ruh Sağlığı; Düşünen Adam; 7 (4); 1994: 9-19.
108. Yoldaşcan E., Karaömerlioğlu O., Aytaç N., Özpoyraz N., Akbaba M., Karataş Beldesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Semptomları Sıklığı ve Etkileyen Faktörler; Erciyes Tıp Dergisi, 1997; 19 (4): 200-203.
109. Yüksel N., I. Basamakta Depresyon, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000.
110. Yüksel N., Depresyonun Ayırıcı Tanısı; Depresyon Monografaları Serisi, (2), Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1993: 87-88.
111. Zisook S., Paulus M., Shuchter S:R., Judd L.L., The Many Faces of Depression Following Spousal Bereavement, Journal of Affective Disorders; 45; 1997: 85-95.



EKLER

1. Anket Formu
2. Beck Depresyon Envanteri
3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
4. WHOQOL-BREF Ölçeği



ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

BALATÇIK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ KADINLARDA DEPRESYON PREVALANSI

1. Oturduğunuz mahallenin adı ? Balatçık Küçük Çiğli Uğur Mumcu
2. Yaşınız?
3. Doğum yeriniz ?
4. İzmir'e nereden göç ettiniz?
5. Son 5 yıldır nerede yaşıyorsunuz?
6. Kaç yıldır Balatçık bölgesinde yaşıyorsunuz?
7. Medeni durumunuz? Bekar Evli Eşi ölmüş
 Eşinden boşanmış Ayrı yaşıyor
8. Kimlerle yaşıyorsunuz? Yalnız Eş , çocuk yok
 Eş ve çocuk Küçük çocuk, eş yok Yetişkin çocuk, eş yok
 Aileler Diğer kişiler
9. Gebe kaldınız mı? Evet Hayır SUD
10. Gebeliğiniz nasıl sonlandı? Canlı doğum () Ölü doğum ()
 Kürtaj () Düşük ()
11. İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?
12. Son adet tarihiniz? Adet görmüyor Menopozda Premens
 Menstrüasyon Hamile Premens değil
13. Adet düzensizliğiniz var mı? Evet Hayır
14. Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? Evet () Hayır SUD
15. Eşinizle olan beraberliğinizin resmiyeti? Resmi nikah İmam nikahı
 Nikahsız SUD
16. Kaç yıldır evlisiniz?
17. Eşiniz ile nasıl evlendiniz? Görücü usulü Kendi tanışmış Akraba evliliği
 Kaçma Diğer SUD
18. Eşiniz ve sizin ilk evliliğiniz mi? Evet Hayır SUD
19. Erkek/kız çocuğunuzun nasıl evlenmesini istersiniz?
 Kendi istediği Görücü usulü Benim istediğim biri SUD
20. Eğitim durumunuz? Okuryazar değil Okuryazar İlkokul
 Ortaokul Lise Yüksekokul

* SUD : Soru Uygun Değil

ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

21. Mesleğiniz var mı? Evet () Hayır

22. Şu anki iş durumunuz? Çalışıyorum Çalışmıyorum Emekli Öğrenci SUD

Çalışıyor ise;

23. Ne iş yapıyorsunuz?

24. Nerede çalışıyorsunuz?

25. Çalışma saatleriniz nasıl? Vardiyalı Normal mesai Fazla mesai Hafta sonu SUD

Emekli ise;

26. Emekli olmaktan memnun musunuz? Evet (Neden_____)

Hayır (Neden_____)

SUD

Öğrenci ise;

27. Derslerle ilgili probleminiz var mı?

Evet (Neden_____) Hayır SUD

28. Öğretmenleriniz veya arkadaşlarınızla ilgili probleminiz var mı?

Evet (Neden_____) Hayır SUD

29. Okul arkadaşlarınızla, ders zamanları dışında görüşüyor musunuz?

Evet Hayır (Neden_____) SUD

30. Eşinizin mesleği?

31. Eşinizin şu anki iş durumu? Çalışıyor Çalışmıyor Emekli SUD

32. Ailenizin düzenli bir geliri var mı? Evet Hayır

33. Ailenizin aylık net geliri ne kadar?

34. Sosyal güvenceniz var mı? Evet (_____) Hayır

35. Şu anda oturduğunuz ev ;

Sizin ailenizin Akrabaların Kira Hazine arsası

36. Arabanız var mı ? Evet Hayır

37. Evinizde salon ve hol dahil kaç oda var?

38. Evinizin içinde tuvalet, banyo mutfak var mı? Var Yok

ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

39. Evinizde aşağıdaki alt yapı olanaklarından hangileri var ?
- Kanalizasyon Çeşme suyu Tuvalette çeşme Hiçbiri yok Elektrik
- Telefon Hepsi

40. Şu eşyalardan hangileri evinizde bulunmaktadır?

- Buzdolabı Siyah-beyaz TV Renkli TV Bilgisayar Müzik seti
- Bulaşık makinası Çamaşır makinası Şofben Video Fırın
- Koltuk takımı Yatak oda takımı Vestiyer Dikiş makinası Yemek masası
- Elbise dolabı

41. Boş zamanlarınızda genellikle ne yaparsınız?

- Evde oturmak Akraba ziyareti Komşu ziyareti
- Kitap okumak TV izlemek Gazete okumak
- Kuran okumak Radyo dinlemek Diğer

42. Günde kaç saat televizyon izlersiniz? 1 saatten az 1 saat 2-3 saat
- 4-5 saat 6 saatten fazla

43. Televizyonda hangi programları izliyorsunuz?

- Haber Pembe dizi Belgesel Spor-Magazin Hepsi
- Müzik Türk filmi Yabancı film Hiçbiri

44. Düzenli gazete alıyor musunuz? Evet () Hayır

45. Hangi tür müziği dinlemekten hoşlanırsınız?

- Halk müziği Klasik Türk müziği Arabesk Pop müzik Klasik müzik
- Dini müzik Hepsini Diğer Hiçbiri

46. Son 1 aydır aşağıdaki yerlere hiç gittiniz mi?

- Mevlüt Piknik Deniz Akraba ziyareti Arkadaş ziyareti
- Düğün Çay bahçesi Tiyatro Sinema Sergi
- Konferans Gazino Lokanta Birahane Kokteyl

47. Sizce dünyanın en önemli üç sorunu nedir?

- Çevre kirliliği Savaşlar Dinci akımlar
- Nükleer tehlike Açlık Dinsizlik
- Irkçılık (Ayrımcılık) Ahlaksızlık Eğitim
- Sömürgecilik(Gelişmiş ülkelerin yoksul ülkeler üzerindeki egemenliği)

ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

48. Türkiye'nin en önemli üç sorunu nedir?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Çevre kirliliği | <input type="checkbox"/> Yolsuzluk | <input type="checkbox"/> Pahalılık |
| <input type="checkbox"/> İşsizlik | <input type="checkbox"/> Yoksulluk | <input type="checkbox"/> Terör |
| <input type="checkbox"/> Dini akımlar | <input type="checkbox"/> Dinsizlik | <input type="checkbox"/> Ahlaksızlık |
| <input type="checkbox"/> İnsan hakları ihlalleri | <input type="checkbox"/> Irkçılık(Ayrımcılık) | <input type="checkbox"/> Demokrasi yokluğu |

49. Her isteğinizin yerine geleceği bir imkanınız olsa ne yapardınız?

50. Ev içinde sorumluluklarınız nedir?

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ev Hanımı | <input type="checkbox"/> Anne | <input type="checkbox"/> Çalışan kadın | <input type="checkbox"/> Eş |
| <input type="checkbox"/> Anne-baba | <input type="checkbox"/> Ev kızı | <input type="checkbox"/> Öğrenci | |

51. Anne olarak çocuklarınızın maddi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

- Evet Hayır Kısmen SUD

52. Anne olarak çocuklarınızın manevi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

- Evet Hayır Kısmen SUD

53. Eşinizin ev içindeki sorumlulukları nedir? Evin geçimi Baba Eş

- Ev işlerine yardımcı olmak SUD

54. Aile içinde önemli kararları nasıl verirsiniz?

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ben | <input type="checkbox"/> Eşim | <input type="checkbox"/> Eşim ve ben | <input type="checkbox"/> Aile büyükleri |
| <input type="checkbox"/> Aile büyükleri ve eşim | | | <input type="checkbox"/> Hep beraber |

55. Eve ait kararları kim verir?

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ben | <input type="checkbox"/> Eşim | <input type="checkbox"/> Eşim ve ben | <input type="checkbox"/> Aile büyükleri |
| <input type="checkbox"/> Aile büyükleri ve eşim | | | <input type="checkbox"/> Hep beraber |

56. Evin reisi kimdir?

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Eşim | <input type="checkbox"/> Ben | <input type="checkbox"/> Çocuklar | <input type="checkbox"/> Aile büyüğümüz |
| <input type="checkbox"/> Eşim ve ben | <input type="checkbox"/> Aile büyükleri ve eşim | | <input type="checkbox"/> Evin reisi yok |

57. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

58. Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır

59. Ailede dayak var mı? Evet (Kim Kime uyguluyor?) Hayır

60. Ailede hakaret, aşağılamaya yönelik davranışlar (odaya kapatma, taciz, kız çocukların saçını kesme) var mı?

- Evet (Kim Kime uyguluyor?) Hayır

ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

61. Eşinizle ayrılma, boşanma gibi sonuçlara varan bir probleminiz oldu mu /ne zaman ?

Evet () Hayır SUD

62. Ayrıldıktan sonra ekonomik problem yaşadınız mı?

Evet () Hayır SUD

63. Ayrıldıktan sonra sosyal problem (çevre baskısı, kötü davranış) yaşadınız mı?

Evet () Hayır SUD

64. Komşularınızla istediğiniz zaman görüşebiliyor musunuz?

Evet Hayır (Neden_____)

65. Aileniz ve akrabalarınızla istediğiniz zaman görüşebiliyor musunuz?

Evet Hayır (Neden_____)

66. Baskın anne-baba özellikleri var mıydı?

Evet Hayır

67. 15 yaşından önce anne-baba ölümü-ayrılığı var mı?

Evet Hayır

68. Üvey anne veya babanız oldu mu?

Evet Hayır

69. Anne/ Baba/ Akrabalarınızda önceden de görülen önemli bir hastalık var mı?

Evet () Hayır

70. Ailenizde bakım gerektiren kronik hastalığı olan var mı?

Evet () Hayır

71. Siz ona bakmak zorunda mısınız?

Evet Hayır SUD

72. Kendi anne-baba tarafınızda depresyon (aşırı durgunluk, içe kapanma, bunalım, bir olaydan sonra yemeden içmeden kesilme) veya başka bir ruhsal rahatsızlık (şizofren,deli, sinirlilik) geçiren var mı?

Evet() Hayır

73. Tedavi görüyor mu?

Evet Hayır SUD

74. Ailenizde sağlık sorunu olunca genelde nasıl çözümlüyorsunuz?

Komşu tavsiyesi Sağlık kuruluşu Kırık-çıkıkçı, hoca, falcı Aile büyüğü Eczane

75. İzmir'e geldiğinizde tanıdık aile veya akrabalarınız var mıydı?

Evet () Hatırlamıyor Hayır SUD

76. İzmir'e ilk geldiğinizde başkalarının yanında kaldınız mı/ne kadar zaman?

Evet () Hatırlamıyor Hayır SUD

ANKET NO:

TARİH:

AD-SOYAD:

77. İzmir'e ilk geldiğinizde ekonomik sorunlar yaşadınız mı/ne kadar zaman?

Evet () Hatırlamıyor Hayır SUD

78. İzmir'e ilk geldiğinizde sosyal sorunlar (uyum zorluğu, akraba arkadaş ilişkilerinde bozulma) yaşadınız mı/ ne kadar zaman?

Evet () Hatırlamıyor Hayır SUD

79. Kendinizi yalnız hissettiğinizde ne yaparsınız?

80. Son bir yıl içinde sizi en fazla üzüntüye, strese sokan üç yaşam olayı aşağıdakilerden hangisidir?

Evlilik Aile İş Parasal sorunlar Kayıplar

Sağlık Yer değiştirme Çocuklar Eğitim Diğer

81. Bir sıkıntınız olsa ilk kiminle konuşur, dertleşir yada fikir alırsınız?

Eş Çocukları Anne-baba Kardeş
 Komşu Arkadaş Hoca Hiç kimse ile görüşmem

82. Eş kaybı var mı/ ne zaman? Evet () Hayır SUD

83. Çocuk kaybı var mı/ ne zaman? Evet () Hayır SUD

84. Yakın bir arkadaş ölümü yada ayrılığı yaşadınız mı? Evet Hayır

85. Emekli olmak/ Çocukların evden ayrılması durumlarına alıştınız mı? Evet Hayır SUD

86. Devamlı kullandığınız ilaç var mı/ ne zamandan beri?

Evet () Hayır

87. Önceden geçirdiğiniz önemli bir hastalığınız var mı/ ne zaman?

Evet () Hayır

88. Önceden depresyon veya başka bir ruhsal rahatsızlık geçirdiniz mi/ne zaman?

Evet () Hayır

89. Tedavi gördünüz mü? Evet Hayır SUD

90. Kişilik özelliğinizi nasıl tanımlarsınız? Sessiz-sakin İçedönük
 Dışadönük Neşeli Sinirli
 Normal Değişiyor

(Kişi kendisi tanımlayacak)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her ana için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her ana ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlaya bilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zaman kinden daha sinirli değilim.
(b) Her zaman kinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim .
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat veremiyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç bir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil veya eskisinden fazla.
(c) Şu anda iştahım epey kötü veya eskisinden oldukça fazla yiyorum.
(d) Artık hiç iştahım yok veya sürekli yemek yiyorum.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi veya aldığımı sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim veya aldım.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim veya aldım.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim veya aldım.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum.
Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide, bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık hiç bir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.



Hastanın Adı:
Doktorun Adı:

Hasta No:
Doğum Tarihi:

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM- D)

Her maddede hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.

	Gün	Ay	Yıl
1. DEPRESİF RUH HALİ (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0= Yok. 1= Bu duygularını ancak sorulduğunda gösteriyor. 2= Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3= Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor. 4= Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz belirtiyor.			
2. SUÇLULUK DUYGUSU 0= Yok. 1= Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor. 2= Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.. 3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor. 4= Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.			
3. İNTİHAR 0= Yok. 1= Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2= Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor. 3= İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor. 4= İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir.)			
4. UYKUYA DALAMAMAK 0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor. 1= Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor. 2= Her gece uyuma güçlüğü çekiyor.			
5. GECEYARISI UYANMAK 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor. 2= Gece yarısı uyanıyor, yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın.)			
6. SABAH ERKEN UYANMAK 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya d alıyor. 2= Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor			
7. İŞ VE AKTİVİTELER 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2= Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması, hasta bunu doğrudan kendisi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. (Kendini iş veya aktiviteler için zorlaması gerektiğini hisseder.) 3= Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin. 4= Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış, yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da servis işlerini yardım almadan yapıyorsa 4 puan ile değerlendirin.			
8. RETARDASYON (Düşünme, konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0= Normal konuşma ve düşünce. 1= Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor. 4= Tam stupor.			

<p>9. AJİTASYON 0= Yok. 1= Yerinde duramama. 2= Eller, saçlar v.b. ile oynama. 3= Ayakta dolaşma, sakin oturamama. 4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.</p>	
<p>10. PSİŞİK ANKSİYETE 0= Güçlük yok. 1= Subjektif gerilim ve iritabilite. 2= Küçük şeylerden kaygı duyma. 3= Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4= Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.</p>	
<p>11. SOMATİK ANKSİYETE 0= Yok. 1= Hafif. 2= Orta 3= Şiddetli 4= Çok şiddetli Anksiyeteyle eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare. Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme. Sık idrara çıkma, terleme.</p>	
<p>12. SOMATİK SEMPTOMLAR- Gastrointestinal 0= Yok. 1= İştahsız ama hastane personelinin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gastrointestinal semptomlar için ilaç veya barsaklar için laksatif ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.</p>	
<p>13. SOMATİK SEMPTOMLAR-Genel 0= Yok. 1= Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda ağrı. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2= Herhangi bir kesin şikayet. 2 puanla değerlendirilir.</p>	
<p>14. GENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi semptomlar) 0= Yok. 1= Hafif 2= Şiddetli</p>	
<p>15. HİPOKONDRIASİS 0= Yok. 1= Evhamlılık. 2= Sağlıkla ilgili evhamlar. 3= Sık sık yakınmalar, yardım isteği v.b. 4= Hipokondriak delüzyonlar.</p>	
<p>16. ZAYIFLAMA (A ya da B' yi işaretleyiniz) A. Anamneze göre değerlendirirken: 0= Kilo kaybı yok. 1= Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı. 2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda. 0= Haftada 0,5 kg 'dan daha az kilo kaybı. 1= Haftada 0,5 kg.' dan daha fazla kilo kaybı. 2= Haftada 1 kg.' dan daha fazla kilo kaybı.</p>	
<p>17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ 0= Hasta ve depresyonda olduğunu farkında. 1= Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahata ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2= Hasta olduğunu kabul etmiyor.</p>	
<p>Düşünceler</p>	<p>Toplam puan:</p>
<p>Değerlendirme: 0-7 = Depresyon yok, 8-12= Hafif depresyon ,13-17= Orta depresyon, 18-29= Major depresyon, 30-52= Major depresyondan daha ağır</p>	

WHOQOL-BREF

YÖNERGE: Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır. Lütfen kurallarımızı beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. **Yaşamınızın son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor: Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

(1)Çok kötü (2)Biraz kötü (3)Ne iyi, ne kötü (4)Oldukça iyi (5)Çok iyi

2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

7 F5.3 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

8 F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

9 F22.1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

12 F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

13 F20.1 Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?

- (1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

14 F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

- (1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 F9.1 Bedensel hareketlilik(etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

- (1)Çok kötü (2)Biraz kötü (3)Ne iyi, ne kötü (4)Oldukça iyi (5)Çok iyi

16 F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

19 F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

20 F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

21 F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

23 F17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

24 F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

25 F23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- (1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkla** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26 F8.1 Ne sıklıkla hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- (1)Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Ara sıra (4)Çoğunlukla (5)Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

- (1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

Yardımlarınız için teşekkürler.....

ÖZGEÇMİŞ

Özlem Sürel Karabilgin, 1968 İzmir doğumludur. 1984 yılında Karşıyaka Gazi Lisesi'nden, 1991 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur.

1992 yılında Afyon-İscehisar Sağlık Ocağı'nda göreve başlamıştır. Afyon Sağlık Müdürlüğü, Afyon Doğumevi ve Çocuk Hastanesi'nde görev yaptıktan sonra 1994 yılında İzmir Balatçık Sağlık Ocağı'nda üç yıl hizmet vermiştir. 1997 yılında bir yıl süreyle Çiğli 112 Acil ve İlk Yardım İstasyonu'nda çalışmıştır. 1999 yılından beri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

