

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İLK ÖĞRETİM OKULU ÖĞRETMENLERİNDE SOMATİZASYON
ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

T 99187

**Araştırma Görevlisi
ŞEYDA DÜLGERLER**

**DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. GÖNÜL ÖZGÜR**

İZMİR, 2000

ÖNSÖZ

Araştırmanın başlangıcından itibaren her aşamasında bilgi ve desteğini aldığım Danışman Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Gönül Özgür'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve araştırmaya katılan ilköğretim okulu öğretmenlerine teşekkür ederim.

Veri toplama formlarının kodlanması sırasında yardım ve desteğini gördüğüm kuzenim Melike Memiş' e teşekkür ederim.

Bana her zaman yardım ve desteğini hiç esirgemeyen aileme, eşim Yusuf Dülgerler' e ve biricik kızım Melisa Dülgerler'e sonsuz teşekkür ederim.

ŞEYDA DÜLGERLER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1.BÖLÜM I	
GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	4
1.2.Hipotezler.....	5
1.3.Sınırlamalar.....	5
1.4.Genel Bilgiler.....	6
1.4.1.Somatizasyonun Tanımı.....	6
1.4.2. Somatizasyonun Tarihi.....	8
1.4.3. Somatizasyonun Epidemiyolojisi.....	9
1.4.4. Somatizasyonun Etiyolojisi.....	11
1.4.4.1.Sosyo-kültürel Etkenler.....	12
1.4.4.2.Gelişim ve Öğrenmenin Etkisi.....	12
1.4.4.3.Psikodinamik Görüşler.....	13
1.4.4.4.Kalıtımsal Etkenler.....	14
1.4.4.5.Biyolojik Etkenler.....	14
1.4.4.6.Kişilik Özellikleri.....	14
1.4.5. Somatizasyonda Semptom Bildirme Davranışının Psikolojisi.....	15
1.4.5.1.Algısal Etkenler.....	15
1.4.5.1.1.Dikkatin Yönü.....	16
1.4.5.1.2.Cinsiyet Farklılıkları.....	16
1.4.5.2.Yapısal Yatkınlık(Negatif Affektivite).....	16
1.4.5.3.Abartılı Algılama.....	17
1.4.6. Somatizasyonun Patolojisi.....	17

1.4.7. Somatizasyonun Sınıflandırılması.....	17
1.4.8.DSM-III-R Sınıflandırmasına Göre Somatizasyon Bozukluğunu Tanılama Kriterleri ve Semptom Listesi.....	19
1.4.9. Somatizasyonun Ayırıcı Tanısı.....	21
1.4.10. Somatizasyonun Prognozu.....	23
1.4.11. Somatizasyonun Tedavisi.....	23
1.4.12. Somatizasyonun Maliyeti.....	24
1.4.13.Toplum Ruh Sağlığı ve Hemşireliği.....	25
1.4.13.1.Tarihsel Gelişim Süreci İçinde Toplum Ruh Sağlığı.....	25
1.4.13.2.Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği.....	26
2. BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
2.1.Araştırmanın Tipi.....	29
2.2.Araştırmanın Yeri.....	29
2.3.Araştırmanın Evreni.....	29
2.4. Araştırmanın Örnekleme.....	30
2.5. Araştırmada Kullanılan Verilerin Toplanması.....	32
2.5.1.Araştırmada Kullanılan Soru Formları.....	32
2.5.2.Araştırmada Kullanılan Soru Formlarının Uygulanması.....	34
2.5.3.Araştırmada Kullanılan Soru Formlarının Değerlendirilmesi.....	34
2.6.Verilerin Analizi.....	35
2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	36
2.8. Araştırmanın Süresi ve Olanakları.....	36
3.BÖLÜM III	
BULGULAR.....	37
3.1.Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	37
3.2.Öğretmenlerin ve Ailelerinin Sağlık Durumları ve Sağlık Alışkanlıkları.....	39
3.3.Öğretmenlerin Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verdikleri Yanıtlar.....	41

3.4.Somatizasyon Ölçeğinin Madde Analizi Bulguları.....	45
3.5.Somatizasyon Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları.....	45
3.6. Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Bulguları.....	50
3.7. Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Tanıtıcı Özelliklerle İlişkisi.....	51
4.BÖLÜM IV	
TARTIŞMA.....	56
4.1. Öğretmenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	56
4.2. Öğretmenlerin ve Ailelerinin Sağlık Durumları ve Sağlık Alışkanlıklarının incelenmesi.....	57
4.3.Öğretmenlerin Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verdikleri Yanıtların İncelenmesi.....	59
4.4. Somatizasyon Ölçeğinin Madde Analizi Bulgularının İncelenmesi.....	60
4.5. Somatizasyon Ölçeğinin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi.....	60
4.6. Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi.....	61
4.7. Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Tanıtıcı Özelliklerle İlişkisinin İncelenmesi.....	61
5.BÖLÜM V	
Sonuç.....	65
Öneriler.....	68
Özet.....	69
Summary.....	70
Kaynakça.....	71
Ekler.....	77
Ek-I-Öğretmenleri Tanıtıcı Bilgi Formu.....	77
Ek-II-Somatizasyon Ölçeği.....	79
Ek-III-SCL-90-R Ölçeği.....	81
Özgeçmiş.....	87

Tablolar Dizini

Tablo Adı	Sayfa No:
Tablo 1:Bornova Bölgesinde Örnekleme Oluşturan İlk Öğretim Okulları ve Bu Okullarda Çalışan Öğretmenlerin Dağılımı.....	30
Tablo 2 :Öğretmenlerin Sosyo – Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 3:Öğretmenlerin Kentleşme Sürecine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4:Öğretmenlerde ve Ailelerinde Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 5:Öğretmenlerin Doktora Gitme Sıklıkları ve Son 6 Ay İçinde Doktora Gidiş Nedenine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 6:Öğretmenlerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 7:Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Maddelerine Verikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	41
Tablo 8:Öğretmenlerin SCL – 90 – R Somatizasyon Alt Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	43
Tablo 9:Öğretmenlerin Her İki Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Ortalama ve Standart Sapmaları.....	44
Tablo 10:Somatizasyon Ölçeğinin Maddelerine Verilen Uç Grup Yanıtların Dağılımı.....	45
Tablo 11:Somatizasyon Ölçeğinin İç Tutarlık Güvenirlik Kat Sayısı.....	49
Tablo 12:Somatizasyon Ölçeğinin Testi Yarılama Tekniği İle Elde Edilen Güvenirlik Verileri.....	49
Tablo 13:Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Test – Retest Korelasyonları.....	49
Tablo 14:Somatizasyon Ölçeğinin Birlikte Geçerlik Tekniği İle Elde Edilen Geçerlik Verileri.....	50
Tablo 15:Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	

Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 16: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 17: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 18: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 19: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Aile Tiplerine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 20: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Göç Etme Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 21: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Göç Etme Sürelerine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 22: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Fiziksel Hastalık Olma Durumlarına Göre	
Dağılımı.....	54
Tablo 23: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Doktora Gitme Sıklıklarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 24: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan	
Ortalamasının Son 6 Ay İçinde Doktora Gitme Nedenine Göre	
Dağılımı.....	55

B Ö L Ü M İ

GİRİŞ

Teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak insan sağlığına ilişkin sorunlarda hızlı bir değişim gözlenmektedir. On dokuzuncu yüzyıl sonları ve yüzyılımız başlarında geniş halk kitleleri bulaşıcı hastalık salgınlarıyla karşı karşıya kalmışlardır. Bu salgınlarla, uygun halk sağlığı girişimleri , fizik çevreyi dikkate alan önlemler ve genel toplumsal gelişmeler yoluyla büyük oranda baş edilebilmiştir. Ancak yoğun insan ilişkileri , düzensiz kentleşme , ekonomik ve kültürel çalkantılar gibi etkenler sonucu ön plana çıkan stres etkeni , ruhsal sorunların artmasına yol açmıştır; başka bir anlatımla günümüzde ruhsal sorun ve bozukluklar , gerek yaygınlıkları , gerek devam etme eğilimleri, gerekse taşıdıkları tedavi güçlükleri ile "bir toplum sağlığı" sorunu niteliği kazanmıştır(6,7,29,30).

Günümüzde ruhsal bozukluklar arasında en fazla sözü edilen bozukluklardan biri de somatizasyon bozukluğudur. Somatizasyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan çok sayıda somatik semptomun yaşandığı, psiko-sosyal stres faktörleri ile ilişkili ve bireyi tıbbi bir yardım aramaya yöneltten kronik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır(37).

Somatizasyon bozukluğunda fiziksel belirtiler şunlar olabilir; bulantı, kusma, öğürme, geğirme, karın şişmesi,adet düzensizlikleri, bedenin değişik yerlerinde ağrılar, solunum güçlüğü, yürüme güçlüğü, felçler(67).

İnsanlar günlük yaşamları içinde somatizasyon belirtilerinin bir yada birkaçını yaşayabilirler. Ancak bu belirtiler uzun sürmeyen, gelip geçici bedensel duyular yada yakınmalardır. Bireyleri bir sağlık kuruluşuna başvurmaya yöneltecek düzeyde problem olan duyular bunlar değildir. Problem olan, bu duyuların dikkati yoğunlaştırma, seçici algılama, yapısal yatkınlık, fark etme, yorumlama, hastalığa atfetme ve yardım arama gibi süreçlerden geçerek bireylerin hekimlere gitmeleridir (34,37).

Literatürde, Dünya Sağlık Örgütü'nün planlayıp yürüttüğü bir araştırmada, temel sağlık hizmetine başvuranların çoğunu uzun süreli somatik yakınmaları olan

bireylerin oluşturduğunu ve en yaygın belirtilerin baş ağrısı, karın ağrısı, öksürük, genito-üriner sistem yakınmaları, ateş ve baş dönmesi olduğunun saptandığı belirtilmiştir (70,71,72,84).

Türkiye’de de Rezaki ve arkadaşlarının(1992) Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağı’nda yaptıkları araştırmada 15 - 65 yaş grubunda en sık görülen somatik belirtilerin baş ağrısı ve kulak çınlaması olduğu,kadınlarda baş dönmesinin, erkeklerde ise boğazda tıkanıklık, yutkunma güçlüğü’nün daha fazla belirtildiği saptanmıştır(68).

Somatizasyonu anlatan kaynaklarda da, çok sayıda hastanın başta ağrı olmak üzere çeşitli bedensel yakınmalarla sağlık ocaklarına, aile hekimlerine yada dahiliye ve cerrahi kliniklerine başvurduğu, ancak bu başvuruların çoğunluğunda da yakınmaları açıklayan fiziksel bir bozukluk yada fizyopatolojik bir değişikliğin bulunmadığı belirtilmektedir. Diğer taraftan, başvuran hastalarda sağlık hizmeti harcamalarının ve yeti yitimine bağlı iş gücü kayıplarının bozukluğun diğer sorun oluşturan boyutları olduğuna da dikkat çekilmiştir(8,22,23,57).

Bu bilgiler somatizasyon bozukluğunun psikiyatri ile genel tıp arasında kaldığını, aynı zamanda önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı ilkeleri doğrultusunda , toplum ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunması (Birincil önleme), ruhsal sorun ve hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesi (İkincil önleme) ve rehabilitasyonunu(Üçüncül önleme) kapsar(84).

Toplum ruh sağlığı kapsamında ruh sağlığı hemşireleri de önemli roller üstlenir. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında görev alarak, sağlık sisteminin ülke gereksinimleri doğrultusunda etkili olmasında sağlık ekibi içerisinde yer alırlar(9,25,44).

Ruh sağlığı hemşirelerinden, geleneksel rolleri yanı sıra ruhsal sorunları olan bireyleri fark edebilmesi, hastalıkların belirtilerini saptayabilmesi, hastalıkları önleme çalışmalarına katılması, bireylerin gereksinim duydukları ruh sağlığı hizmetlerine ulaşabilmesi için onları desteklemesi ve danışmanlık yapması beklenir(44).

Somatizasyon bozukluğu belirtilerinin, bireyin ruh ve fizik sağlığını olumsuz yönde etkilememesi, iş gücü kaybına neden olmaması ve sağlık kurumlarındaki harcamaların en aza indirilebilmesi için bu belirtileri gösteren bireylere ulaşılması,

somatizasyonun gerçek boyutlarının saptanması ve bu yolla daha sağlıklı tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir.

Bu bilgiler doğrultusunda hemşireler de önemli bir ruh sağlığı sorunu olan somatizasyon bozukluğunun belirtilerinin neler olduğu ve toplumda görülme sıklığını ortaya koyma konusunda araştırmalar yaparak toplum sağlığı çalışmalarına katkıda bulunmaladırlar.



1.1.Araştırmanın Önemi ve Amacı

Ruh sağlığı günümüzde giderek daha fazla dikkati çeken ve ön plana çıkmaya başlayan önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Ruhsal bozukluklar gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde, toplumların her kesiminde görülebilmektedir. Toplumdaki ruhsal bozuklukları belirlemek için yapılan prevalans araştırmaları da giderek artmaktadır. Orhan Öztürk “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”adlı kitabında, ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %10 - 30 arasında değişim gösterdiğini belirtmiştir(67).

Somatizasyon bozukluğu, ruhsal sıkıntıların somatik yakınmalar şeklinde dışavurumu yada başka bir anlatımla, bedensel belirtilerle ifade edilen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.(8)

Bir çok kaynakta, somatizasyon belirtilerinin çok çeşitli olduğu ve bu nedenle bireylerin dahiliye ve cerrahi gibi psikiyatri dışı kliniklere başvurdukları yada en yakın sağlık ocaklarına gittikleri ve bu başvurularda bireylerin belirtilerinin fiziksel nedenli olduğunda ısrarlı olmalarının da etkili olduğu belirtilmektedir. Aynı kaynaklarda somatizasyon belirtilerinin isimlendirilmesindeki terminolojik farklılıklar ve sınıflandırılmasında ki zorluklar nedeniyle bireylere tanı koymada güçlüklerin yaşandığı ve bu bozuklukların gözden kaçtığına dikkat çekilmiştir(8,22,42,57).

Ülkemizde de diğer sağlık sorunları gibi ruhsal sorunlarında birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları düzeyinde belirtilerinin saptanması ve çözüm yollarının bulunması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Somatizasyon bozukluğunun da yapılan araştırmalar doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hizmetler kapsamında ele alınması gerekmektedir.

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde, gereksinimler doğrultusunda toplum ruh sağlığı hemşirelerinin de önemli bir rol alması kaçınılmazdır. Bu gerçekten hareketle alanda çalışacak hemşirelerin, somatizasyon konusunda kapsamlı bilgi sahibi olması, bu konuda araştırmalar yapması ve araştırma sonuçlarını diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşması beklenecektir. Bu bağlamda hemşirelerin çalışmalarında kendilerine rehber olabilecek hastalık belirtilerini saptayıcı uygun ölçme araçlarına ve bu konuda yapılacak çalışmalara da gereksinimleri olacaktır.

Ruhsal hastalık belirtilerinin taranması ve değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları hasta ve hasta olmayan farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarla yapılmaktadır. Hasta olmayan gruplar genellikle hasta yakınları ve üniversite öğrencilerinden seçilmektedir.

Bu araştırmada somatizasyon ölçeği maddelerinin doğru olarak anlaşılıp, yanıtlanabilmesi için belli bir eğitim düzeyinde olan öğretmenlerle hasta olmayan grubu temsil etmesi nedeniyle çalışılmıştır.

Bütün bu bilgiler göz önüne alınarak planlanan bu araştırmanın amacı; İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı İlköğretim Okullarında görev yapan öğretmenler de somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğini saptamaktır.

1.2.Hipotezler

1. Somatizasyon ölçeği, ilköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon bozukluğunu değerlendiren, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
2. Somatizasyon ölçeği ilköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon bozukluğunu değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir.

1.3.Sınırlamalar

Bu araştırmada, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı İlköğretim okullarında(14) görev yapan öğretmenlerle çalışılmıştır. Ulaşım zorluğu nedeniyle çevre köylerde ki ilköğretim okulları(12) araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

1.4.GENEL BİLGİLER

1.4.1.SOMATİZASYONUN TANIMI

Somatizasyon, günümüze kadar değişik biçimlerde tanımlanmış ve somatoform bozukluklar başlığı altında somatizasyon bozukluğu olarak irdelenmiştir.(5,8,22,37)

Somatoform bozukluklar, tıbbi bir hastalık düşündüren fiziksel semptomların olduğu fakat bunları açıklayacak hiç bir organ patolojisi yada bilinen bir fizyopatolojik mekanizmanın olmadığı bozukluklardır. Bundan dolayı Somatoform bozukluklar, psikiyatrik bozukluklar içinde değerlendirilir. İlk kez “Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM III)” bu bozukluklar belli bir kategori altında toplanmaya çalışılmış ve diğer psikiyatrik bozukluklardan ayrılarak tanımlamak istenmiştir(37,53).

Somatoform bozuklukları organik tıbbi hastalıklardan ayırmak oldukça güçtür .Klinisyenlerin hastanın semptomları için tıbbi bir neden bulamayıp, onlar için psikolojik etiyoloji düşündüklerinde çeşitli sorunlar ortaya çıkar. Bunun nedeni, hastadaki bulgu ve belirtileri anatomi, patoloji ve fizyopatolojinin bilinen örneklerine uyarlayıp, yapılan klinik yargıların güvenilir olmamasıdır. Bunun yanı sıra, tanısı koyulamamış fiziksel bozuklukları olan hastalar semptomlarını yanlış şekilde yansıtabilirler yada abartabilirler. Diğer taraftan somatoform bozukluklar önceden tıbbi bir hastalığı olan hastalarda da ortaya çıkabilir.(5,9,11,23,37)

Somatoform bozuklukların klinik belirtileri, terminolojileri ve birbirleriyle olan ilişkileri karışıktır. Bu karışıklık tarihsel ve kavramsal olaylardan kaynaklanmaktadır ve tanımlayıcı ampirik verilerin az olması nedeniyle halen devam etmektedir. Bu bozuklukların her biri farklı bir psikiyatri ekollü tarafından farklı şekilde tanımlanmıştır. Örneğin konversiyon reaksiyonu kavramı psikanalitik yaklaşıma uygun bir şekilde tanımlanırken, somatizasyon bozukluğu fenomenolojik ve tanımlayıcı yaklaşımla anlatılmaya çalışılmıştır. Bu nedenlerden dolayı somatoform bozuklukların henüz etiyolojisi ve fenomenolojisi yeterince ayırt edilmemiştir (37).

Şu an için eldeki veriler bu karmaşayı çözmede yeterli değildir. Varolan bilgilerin çoğu kontrol edilmemiş gözlemlerden anekdotlardan ve çoğu zaman sonuç

ile gözlem arasında belirgin bir ayırım yapmadan elde edilen izlenimlerden oluşmaktadır. Karşılaştırılması mümkün olmayan popülasyonlarla çalışılmıştır, tanısal kriterler çeşitlilikler gösterir, retrospektif yöntemle ilgili sorunlar vardır ve genellikle kontrol grupları çalışmalarda yer almamaktadır. Somatizasyon gösteren hastalar psikiyatri ile tıp arası özel bir yerde bulunmaktadır. Somatizasyonlu hastaları inceleme ve tedavi etmeye yönelik olarak son yıllarda bir eğilim görülse de bunların çok azına ulaşılabilmektedir. Çünkü bu hastaların çoğu sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve psikiyatrik konsültasyonu ret etmektedirler (47,48,57,70).

Somatizasyonu, farklı klinisyenler günümüze kadar değişik biçimlerde tanımlamışlardır.

Katon ve arkadaşları(1984), somatizasyonu psikososyal sorunların bedensel belirtiler ile ifade edilen bir stres görünümü (42), Ford ise(1983), bedensel belirtilerin psikolojik amaçlar yada bireysel kazançlar için bilinç dışı düzeyde kullanıldığı durumlar olarak tanımlamaktadır (24). Ecobar 'a göre(1987-1989) ise somatizasyon, tıbben açıklanamayan bedensel yada işlevsel belirtiler olup, altta yatan organik bir neden yoktur yada belirtiler fiziksel patolojiden beklenmeyecek ölçüde abartılır (22).

Lipowski(1988) ise, tıbbın çözümlenememiş büyük problemlerinden biri olarak gördüğü somatizasyonu, psikolojik stresin bedensel belirtiler ile yaşanıp ifade edildiğini belirterek, bu hastalara somatize edici(somatizer) denmesini önermiştir. Lipowski 'ye göre somatizasyon ; Bir bozukluk yada tanı grubu olmayıp, yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç ana bileşene sahiptir. Kişinin subjektif olarak algıladığı ağrılar ve diğer somatik duyular yaşantısal bileşeni, belirtilerin yorumlanarak ciddi bir bedensel hastalığa bağlanması bilişsel bileşeni oluşturur. Davranışsal bileşen ise bedensel yakınmaların sürekli olarak anlatılması ve tıbbi yardım arayışına girilmesidir (57).

Bridges ve Goldberg(1991), somatik belirtilerini fiziksel bir bozukluğa bağlayan hastanın, tıbbi yardım arayışı içinde olduğunu belirtilerek, somatizasyonun tedaviye yanıt veren ayrı bir psikiyatrik bozukluk olduğunu ileri sürmüşlerdir (8).

Kleinman ve arkadaşlarının(1986) ise, kişisel ve sosyal stresin somatizasyonla ifade edildiği ve tıbbi bir yardım arama çabası olduğu üzerinde durdukları belirtilmiştir(48).

Fabrega ve arkadaşları da(1988) somatizasyonun,batı tıbbının tarihsel gelişim süreci içinde, psikiyatrik hastalığa karşı tıbbi hastalık kavramının gelişmesi ile ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Temel kavram, bazı bireylerin genel uyum sorunlarını çeşitli bedensel belirtiler üzerinden ifade etmelerine dayanır(beden dili) ve hipokandriazisin yanı sıra bazı bunaltı ve depresyon türlerini de kapsar (23).

Kirmayer ve Robbins (1991)ise somatizasyonun tek bir patolojik sürecin sonunda ortaya çıkan ayrı bir klinik olgu olmadığını,türlü tanı gruplarıyla birçok noktada çakıştığını vurgulamaktadır (47).

Günümüzdesomatizasyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan çok sayıda somatik semptomun yaşandığı, psiko-sosyal stres ile ilişkili ve bireyi tıbbi yardım aramaya yönelten kronik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk, DSM-III-R'de de belirtildiği gibi uzun yıllardan beri varolan ve otuz yaşından önce başlayan bir bozukluk yansıtır. Bireydeki somatik semptomların herhangi bir tıbbi hastalığa, ilaç tedavisine, uyuşturuculara yada alkol alımına bağlı olmaması ve bireyi doktora başvurmaya yada yaşam biçimini değiştirmeye mecbur edecek şekilde olması beklenir (37,53).

1.4.2.SOMATİZASYONUN TARİHÇESİ

Tıp tarihçileri, eski çağlardan bu yana insanların zihin ve beden ilişkisinin çeşitli boyutlarını saptamaya çalışmışlardır. Zihin ve beden ilişkisiyle ilgili teoriler hep fiziksel veya davranışsal bozuklukların temelinde tek bir nedene yönelmişlerdir. Bu ilk teorilerden hiçbiri insanı birbirleriyle ilişkili sistemler bütünü olarak ele almamışlardır (2,3,24,37).

Literatürde Paul Briquet, Thomas Savill ve James Purtell somatizasyon bozukluğuna histeri doğrultusunda bir yaklaşım göstermişlerdir. Bu klinisyenler, çok sayıda tıbbi semptomu olduğu halde bunları açıklayabilecek hiçbir tıbbi hastalığı bulunmayan bireylerin somatik yakınmalarını tanımlamışlar, değerlendirmişler ve

sınıflandırmışlardır. Yaptıkları gözlemler sonucunda bu histerik bireylerin, duygusal, gösterişi seven kişiler olduğunu, genelde kadınların ağırlıkta olduğunu, bu semptomların genç yaşlarda başladığını ve yüksek oranda cinsel yakınma ve ağrı yakınmalarının tabloya egemen olduğunu ortaya koymuşlardır. Aynı kaynaklarda 1960'larda başlatılan bir dizi araştırma sonuçlarından söz edilerek, çok sayıda somatik semptom gösteren, kronik gidişli ve aşırı tıbbi ve cerrahi bakıma maruz kalmış, histeri hastalarından oluşan bir homojen alt grup tanımlanmıştır ve "Briquet Sendromu" olarak adlandırılmıştır. Briquet Sendromu 'nun yapılan klinik, epidemiolojik ve sonraki izleme çalışmaları ile anksiyete ve duygulanım bozukluklarından bağımsız bir bozukluk olduğu da gösterilmiştir (34,36,37,47,67).

Günümüzde DSM-III-R sınıflandırılmasında yer alan somatizasyon bozukluğu kavramı Paul Briquet'nin 1960'da ortaya attığı "Briquet Sendromu"ndan kaynaklanmıştır. Briquet Sendromu daha sonraki çalışmalar doğrultusunda somatizasyon bozukluğu olarak isimlendirilmiş ve ruhsal bozukluk sınıflandırmalarında yer almıştır (53).

1.4.3.SOMATİZASYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Somatizasyon bozukluğu, kadınlarda daha sık(% 0.2 - % 2), erkeklerde ise daha ender izlenir. Eğitim düzeyi ve sosyal düzey düştükçe sıklığında artış görülmektedir. Hastaların birinci derece akrabalarında da %19-%20 arasında benzer hastalığın izlenmekte olduğu belirtilmektedir (37).

Amerika'da somatizasyon bozukluğu tanısı olanların genelde,beyaz ırk dışı, bekar yada boşanmış,düşük eğitilmiş ve kırsal kökenli kadınlar olduğu bildirilmiştir(70).

Duyguların beden dili ile ifade edilmesi, gelişmekte olan ülkeler ve batılı ülkelerdeki etnik azınlık gruplarında sosyoekonomik, eğitim ve entelektüel düzeyi düşük olan toplumlar başta olmak üzere, tüm kültürlerde yaygın bir fenomendir ve mutlaka psikiyatrik bir bozukluk göstermesi gerekmez. Herhangi bir haftalık dönem içerisinde en az bir somatik belirti gösteren sağlıklı birey oranının %60-%84'ü

bulduğu düşünülürse , istatistiksel kavramlar kullanıldığında organik bir nedeni bulunmayan bedensel yakınmaların sağlıklı bireylerde görülebilen normal bir yaşantı olduğu söylenebilir. Buna karşın, yatkın birey somatik duyularını hastalık işareti olarak yorumlar, bedensel hastalığı olduğu korkusu yada inancı ile uğraşır durur, yeti yitimine uğrar ve tıbbi yardım arayışına girer ise hastalık olarak nitelendirilebilecek önemli bir sorun ortaya çıkar (34,37).

Swartz ve arkadaşlarına göre(1990), doktor başvurularında uzun süreli somatik yakınma oranı farklı yayınlarda %20 ile %84 arasında değişmektedir(86). Bass ve arkadaşlarına göre (1993) somatizasyonun toplumdaki yaygınlığı % 4–5 olup hastane kayıtlarında %30-40'a varan oranlarda bulunmaktadır (11).

Krimayer ve arkadaşları(1991) son yıllarda yapılan klinik ve epidemiyolojik araştırmalar ile somatizasyon boyutları hakkında daha doğru bilgiler elde edilmeye başlandığını belirtip, iki aile hekimliği kliniğe ard arda baş vuran 687 kişi üzerinde yaptıkları araştırmalarında ise erkeklerde dört, kadınlarda altı ve üzerinde, organik bir nedene bağlanmayan kronik bedensel yakınması olanları “İşlevsel somatize edici” olarak nitelendirmişler ve bu grubun tüm hastaların %16.6' sını oluşturduğunu saptamışlardır(47).

A.B.D.'de 260.000 yatan hastaya ait 327 genel hastane kayıdı incelendiğinde, taburculuk sırasında hastaların %5.2'sinin organik bir nedene bağlanmayan uzun süreli bedensel yakınmaları olduğu bulunmuştur (55). Yine A.B.D.'de 1980–1981 yıllarına ait doksan bin hasta başvurusu gözden geçirildiğinde pratisyen doktorların psikiyatrik bozukluk tanısı koyduğu hastaların % 75'inde başvuru yakınmasının göğüs ağrısı, baş ağrısı, halsizlik ve baş dönmesi başta olmak üzere, uzun süreli somatik belirtiler olduğu dikkati çekmiştir.(18,19).

Literatürde İngiltere'de temel sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan bir araştırmada DSM-III ölçülerine göre psikiyatrik bozukluk tanısı olanların yarısından çoğunun uzun süreli somatik yakınmalar ile doktora geldiği belirlenmiştir. Temel sağlık hizmetlerine baş vuran hastalar üzerinde yapılan başka bir araştırmada da %33 oranında psikiyatrik bozukluk olduğu, bunlar arasında saf somatizasyon %32, bedensel hastalıklarla birlikte giden somatizasyonun % 27, diğer bir psikiyatrik bozukluğa eşlik

eden ikincil somatizasyonun dışında psikiyatrik belirtisi olanlarında % 17'lik bir kısmı oluşturduğu gösterilmiştir (5,8,11).

Danimarka'da ulusal sağlık kayıtları taranarak yapılan bir araştırmadan bir çok kaynakta bahsedilmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, sekiz yıllık bir dönem içinde en az on kez hastaneye yatan hastaların % 20'sini organik bir nedene bağlanmayan bedensel yakınmaları bulunan kronik somatize edicilerin oluşturduğu ve bunların yaşam boyu hastaneye yatan ortalamalarının 22 olduğu bulunmuştur (55,70,71,72).

1.4.4.SOMATİZASYONUN ETİYOLOJİSİ

Bireylerin duygusal durumlarının belirli hastalıkların gelişmesinde önemli bir rolü olduğu konusunda otoriteler arasında bir uzlaşma olmasına rağmen somatizasyon bozukluğunun etiolojisi tam olarak bilinmemektedir.

Hastalığın ailesel görüntüsü çevresel veya genetik faktörleri işaret etse de, eldeki veriler bu iki neden arasında ayırım yapmaya izin vermemektedir.

Bugünkü görüşler, somatizasyon bozukluğunda her iki faktöründe önemli bir rol oynadığını kabul etmektedir .Bunun yanı sıra,genel olarak hastalığın etiolojisinde sosyal, kültürel ve etnik faktörlerinde önemli olduğu belirtilmektedir. Nitekim somatizasyon ile düşük eğitim düzeyi ve alt sosyal sınıf arasındaki ilişkinin gösterilmesi bu görüşü desteklemektedir. Somatizasyon oluşumunda ebeveyne ait faktörlerinde katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (34,37,70,75).

Kellner(1990), bir araştırmasında somatizasyon bozukluğu için nöro-psikolojik bir temel ileri sürülmüştür. Somatizasyon bozukluğu olan bireylerde dikkat ve bilişsel alanlarda bir bozulma olduğunu ve bu bozulmanın etkisiyle de bireylerin somatik duyusal mesajları yanlış algıladıkları ve değerlendirdiklerini belirtmiştir (47).

Kellner(1990) somatizasyon bozukluğuna neden olan etkenleri aşağıda belirtilen başlıklar altında toplamıştır (47).

A-Hazırlayıcı Etkenler : Genetik, gelişimsel, öğrenme, kişilik ile ilgili etkenler ve sosyo-kültürel etkenlerdir.

B- Başlatıcı Etkenler : Yaşam olayları, kayıp yada tehlikenin öznel anlamı, kazalara, hastalığa ve ölüme tanık olma, duygusal ilişkilerde yaşanan hayal kırıklığı gibi etkenlerdir.

C- Sürdürücü Etkenler : Bireysel yatkınlık, hastanın hekimi yakınları ve sosyal çevresiyle olan iletişim biçim gibi etkenlerdir.

1.4.4.1.SOSYO KÜLTÜREL ETKENLER

Bu bozukluğun ortaya çıkışında rol oynadığı düşünülen sosyo-kültürel etkenler konusunda çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Bazılarına göre, bu bozukluklar kültürel gelişme düzeyinde ki değişikliklerle ters orantılıdır. Yani kişilerin kültürel düzeyi yükseldikçe, bedensel anlatım, yerini psikolojik anlatıma bırakmaktadır. Örneğin; Türk kültüründe kırsal kökenli kadınlarda beden dilinin daha sık kullanıldığı bu konuyla ilgili kaynaklarda belirtilmiştir. Öte yandan bedensel anlatım hastanın ailesi, onun için sorun kaynağı olan kişiler, hatta hekimi ve hemşiresi tarafından bile daha ciddiye alınmasına neden olmaktadır. Çünkü psikolojik tepkiler ve hastalıklar henüz toplumumuzda ciddiye alınmamakta yada bu kişilere “Kafana takma, senin bir şeyin yok” gibi yaklaşımlarda bulunmaktadır. Buda bireylerin “Ruh hastası” olmaksansa “Bedensel hasta” olmaya yatkın olmalarına neden olmaktadır. Bu bağlamda, birey bedensel hastalığı aracılığıyla çevresini daha kolay etkileyebilmekte ve sorumluluklarından daha kolay uzaklaşabilmektedir (2,3,67,70).

İlgili literatürde bazı kültür yada dinlerde ruhsal değişikliklerin dışa vurulmasının utanılması gereken bir ayıp olduğundan söz edilmiş ve bu nedenle ruhsal sorunların anlatımının bedensel bir yolla olduğu ileri sürülmüştür. Burada önemli olan, ruhsal bir hastalığı olsun yada olmasın tüm insanların bazı durumlarda beden anlatımını kullandıkları gerçeğinin akılda tutulmasıdır (37,47,56,67).

1.4.4.2.GELİŞİM VE ÖĞRENMENİN ETKİSİ

Bazı görüşlere göre, insan daha çocukluk yaşlarında “hasta olmayı” öğrenir. Örneğin; kendisi hasta olduğunda ebeveynin ilgisini, yakınlığını daha fazla topladığını gören çocuk, yetişkin yaşa geldiğinde de benzer şekilde ilgi ve yakınlığı elde edebilmek amacıyla daha önce öğrendiği “hasta olma” yolunu kullanacaktır. Aynı

şekilde, aile içinde hasta olan diğer kişileri ve bunların hastalıkları nedeniyle elde ettikleri duygusal ayrıcalıkları izleyen çocuklarda, yetişkin yaşta bu yolu kullanmayı yeğleyebilir. Çocukluk döneminde öğrenilen çeşitli hastalık belirtileri, ileri yaşlarda kişinin karşılaştığı özel durumlarla baş edebilme amacıyla kullanılabilir (2,3,34,37,67).

Ayrıca somatizasyon bozukluğu gösteren hastalar, çocukluk dönemlerinde genellikle sağlıklı giden evliliklerin getirdiği kargaşa ortamı içinde büyüdükleri, ebeveynde alkol ve madde kullanımı öykülerine sık rastlandığı, fiziksel yada cinsel kötü davranışlarla sık karşılaştıkları da ileri sürülmüştür. Hastaların okul yaşantısı kötüdür, ergenlik dönemi çoğunlukla sorunlu geçmiştir, çalışıyorlarsa iş yaşamına uyumları da iyi değildir (13,34,57,67,70).

1.4.4.3.PSİKODİNAMİK GÖRÜŞLER

Kişilerin beden anlatımını kullanmalarının temelinde düşmanlık, öfke, kızgınlık, suçluluk gibi duyguların yer aldığı ileri sürülmüşse de, bu duyguların depresyon gibi çeşitli ruhsal hastalıklarda da izlenebilmesi, bastırılmış bu çeşit duyguların somatizasyon bozukluğuna özgü olmadığını düşündürmektedir. Bu bozukluklarla “aleksitimi” arasındaki ilişkiler üzerinde de durulmuş ve bu kişilerin duygularını sözel olarak ifade etme yeteneğinden yoksun oldukları için duygularını bedensel belirtilerle ifade ettikleri ve bu yolla ilettikleri düşünülmüştür. Ayrıca aleksitimik davranışın kültür ve alt kültürden de etkilenebileceği ileri sürülmüştür. Ancak aleksitiminin batı psikanaliz kültürünün ürünü bir kavramı olduğu ve somatoform bozuklukları tek başına açıklayamayacağını ileri sürenlerde olmuştur. Öte yandan, diğer nevrotik bozukluklarda olduğu gibi, bu hastalıklarda da birincil ve ikincil kazançlar üzerinde durulmuş ve hastaların, hastalıkları aracılığıyla yardım arama, ilgi görme, isteklerini anlatma, stres yaratan durumlardan yada sorumluluklarından kaçma yada çevreyi suçlama gibi kazançlarının önemli olduğu vurgulanmıştır (7,13, 34,37,67).

Literatürde bu konuyla ilgili başka bir görüşe göre de , hastalarda izlenen bedensel yakınmaların, hastalar tarafından onlarca içsel yada dışsal nedenlere bağlanmasıdır. Buna göre, bazı hastalar bedensel yakınmasını dışarıdan alıp yediği bir besin maddesi gibi bir dış nedene bağlarlar. Bazıları da içselleştirir ve yakınmasını

içsel bir nedene bağlar. Bazı hastalar ise hem içselleştirir hem de dışa yansıtır. Örneğin; yakınmalarının nedeni kendi bedenlerindeki kanser gibi önemli bir hastalıktır, ancak sağlık profesyonelleri bunun ne olduğunu keşfedememektedirler (48,67,70).

1.4.4.4.KALITIMSAL ETKENLER

Somatizasyon bozukluğunun tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha sık görüldüğü bildirilmişse de, veriler yinede anlamlı değildir. Tüm bunlar somatizasyon bozukluğunda kalıtımın etkisinin çok sınırlı olabileceğinin vurgulamaktadır (34,37).

1.4.4.5.BİYOLOJİK ETKENLER

Bu bozukluğu açıklayacak biyolojik etkenler yok gibidir. Bu konuda ileri sürülen bir görüş, somatosensoryel uyarıların bu kişilerce algılanması ve değerlendirilmesinde bazı hatalar olabileceği ve bu nedenle bilişsel bozuklukların ortaya çıkabileceği şeklindedir (37).

1.4.4.6.KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili kaynaklarda, somatizasyon bozukluğu olan bireylerin % 60'ın da histrionik kişilik özelliklerinin görüldüğü belirtilmektedir, hatta histrionik kişilik bozukluğuyla somatizasyon bozukluğunun aynı hastalığın farklı görünüşleri olduğu da ileri sürmüştür. Aynı kaynaklarda bu konuda yapılan diğer araştırmalardan da söz edilerek, bu ilişkinin düşük oranlarda bulunmuş olduğu ve somatizasyon bozukluğuyla, antisosyal kişilik arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Tüm bu araştırmalar somatizasyon bozukluğu olan hastaların ortak kişilik özellikleri olarak şu noktaların altını çizmektedir: Bunlar, hastanın yakınmalarını anlatımda seçtiği teatral ve dramatik tavır, manipülatif, kışkırtıcı, öfke uyandırıcı davranış biçimleri, duygusal tonusta dalgalanmalar; anksiyete ve depresyon belirtileridir (34,37,51,52).

Kaplan ve arkadaşları(1989) Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin büyüdükleri aileleri genellikle uyumsuz, güvenilmez ve duygusal açıdan destekleyici

olmayan aileler olarak tanımlanmışlardır. Anne ve baba arasındaki ilişki zayıf olup, ailelerde sıklıkla cinsel veya fiziksel taciz söz konusudur .Ayrıca sıklıkla anne veya baba alkolik yada sosyopatik kişilik özelliği göstermektedir. Hastanın topluma uyumu, okul başarısı zayıftır ve genellikle ergenlik çağında suç işleme eğilimi fazladır. Kadınların menstrüel dönemlerini rahatsız geçirdiklerini belirtmişlerdir. Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin birçok defa evlendiklerini fakat çoğunlukla ilişkilerinin dengesiz, mutluluktan uzak, hatta suistimale açık olan ilişkiler olduklarını, çiftlerde alkolizm, uyuşturucu madde kullanımı ve sosyopatik kişilik özelliklerinin sık görüldüğünü,cinsel faaliyetlerinin genellikle çok erken yaşlarda başlamasına rağmen tatmin edici olmadığını ifade etmişlerdir. Cinsel sorunlarla sık-sık karşılaşılır. Ayrıca kişiler arası ilişkileri de sorunludur. İş hayatları da mutsuz ve başarısızdır. Sık sık işten atılırlar, uzun süre işsiz kalırlar. Fazla para kazanamazlar.

Hastanın öyküsü ve muayenesi yaygın bir pozitiflik gösterir. Öykü sığdır, gariptir, uyumsuzdur ve dağınıktır. Örneğin hasta, “Ağrı sabahları daha mı şiddetli olur ?” sorusuna “Evet akşamüstleri de daha kötü olur” şeklinde cevap verebilir. Yakınmalar dramatik, duygusal ve abartılı bir şekilde sunulur. Kullanılan dil son derece karmaşık ve renkli kelimelerle doludur .O anki semptomlar eski hikayeden ayrılmaz. Hastanın kıyafeti genellikle gösterişlidir. Bu hastalar sıklıkla bağımlı, ben-merkezli, övgü ve taktire aç ve manipülatif insanlar olarak tanınırlar. Manipülasyonun en belirgin olduğu durumlar intihar tehditleri ve girişimleridir (37).

1.4.5. SOMATİZASYONDA SEMPTOM BİLDİRME DAVRANIŞININ PSİKOLOJİSİ

1.4.5.1.ALGISAL ETMENLER .

Konuyla ilgili farklı kaynaklarda somatizasyonda semptom bildirme davranışının psikolojisi içinde algısal etmenlere yer verilmiş ve farklı yönleri vurgulanmıştır (24,37,67,70,78,89).

Bu kaynaklara göre Somatizasyon da hastalar, semptomlarının belirgin bir biyolojik temeli olmadığı halde “Gerçek” olarak algırlarlar, yani ortaya çıkan

semptomları bedenlerinde gerçekten hissederler. Son yıllardaki araştırmalar, semptom çıkarmada algılama sürecini etkileyen etkenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Algılama aslında göreceli bir süreçtir. Bedene ait duyular algılama süreci sırasında birçok i ve dış faktörden etkilenmektedir. Algılamada rol oynayan faktörler şunlardır:

1.4.5.1.1.DİKKATİN YÖNÜ

Belli bir süre içinde insanın dikkat edip, işleyebileceği bilgi sınırlıdır. Bu nedenle i ve dış uyaranlar dikkat çekmek için sürekli bir yarış içindedirler (37,78).

Kişinin çevresinde anlamlı uyaranlar olmadığı durumlarda dikkat daha çok i uyaranlara yönelmekte ve semptom bildirme oranı artmaktadır (70).

Bazı kaynaklarda insanların sıkıcı ortamlarda daha yüksek düzeyde yorgunluk, çarpıntı, hatta öksürükten yakındıkları, epidemiyolojik araştırmalarda da yalnız yada kırsal kesimlerde yaşayan bireylerde ve uyaran eksikliği olan işlerde çalışanlarda daha fazla somatizasyon olduğu bildirilmektedir (8,14,22).

1.4.5.1.2.CİNSİYET FARKLILIKLARI

Birçok araştırmada kanıtlanan önemli bir bulgu, kadın ve erkekler arasında semptom algılamada önemli bir fark olduğudur. Kadınlar dış (evresel) uyaranları daha iyi algılamak, erkekler i (fizyolojik) uyaranları iyi algılamaktadır. Bu durum somatizasyon bozukluğunun kadınlarda daha fazla görülüyor olmasıyla da uyumludur. Bu verilerin ışığında genelde kadınların çıkardıkları semptomlarla çevresel etkinlerin, erkeklerde ise fizyolojik etkenlerin ön planda rol oynadığı ne sürülmektedir (8,19,24).

1.4.5.2.YAPISAL YATKINLIK (NEGATİF AFFEKTİVİTE)

Konuyla ilgili literatürlerde belirtildiği gibi, son yıllarda somatik semptom çıkarmada rol oynayan kişilik özellikleri incelenmeye başlanmıştır. Bu çalışmaların çoğunda negatif affektive (yada NA boyutu) adı verilen bir yatkınlık etkeni ortaya çıkmaktadır. NA diğer kişilik boyutlarından anksiyete, ktmsellik, genel uyumsuzluk vb. ile koşutluk göstermektedir. Çeşitli NA leklerinden yüksek değerler alan bireyler de yüksek oranda tatminsizlik, ie dönüklük, negativizm, kendi başarısızlık ve

eksiklikleriyle uğraşma gibi kişilik özellikleri görülmektedir. NA düzeyleri yüksek olan bireyler aynı zamanda tüm bedensel semptom bildirme ölçeklerinde yüksek değerler almaktadır(8,13,14,19).

1.4.5.3.ABARTILI ALGILAMA

Barsky ve arkadaşları(1988) yaptıkları araştırmada semptom çıkarma davranışında kişilik faktörlerini araştırmışlardır. Onlara göre, somatizasyon belirtileri olan hipokondriyak hastalar bedenlerinde ortaya çıkan gelip-geçici bedensel semptomların yada duyularını seçerek algıladıktan sonra abartmakta ve bedensel hastalık belirtileri olarak yorumlamaktadırlar (8).

1.4.6.SOMATİZASYONUN PATOLOJİSİ

Literatürde somatizasyon bozukluğunda, nöropatoloji ile ilgili hiçbir bilgi olmadığı ve tanımında da belirtildiği gibi hastanın var olan somatik semptomlarını açıklayan hiçbir sistematik patolojinin bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak, hastaların sık olarak önceden yapılmış cerrahi ve invaziv medikal girişimlere ait bir hikayesinin varolduğuna da dikkat çekilmiştir (22,24,34,37).

1.4.7.SOMATİZASYONUN SINIFLANDIRILMASI

Literatürde somatizasyonun sınıflandırılması ile ilgili farklı sınıflamalar vardır ve aşağıda verildiği şekildedir:

Lipowski 'ye göre(1988), somatizasyon başlıca iki grup içinde incelenebilir (57) :

1- Somatoform Bozukluklar :

Somatizasyon Bozukluğu

Konversiyon

Psikojenik ağrı bozukluğu

Hipokandriazis

A tipik Somatoform Bozukluk

2- Diğerleri :

Depresyon

Bunaltı bozuklukları

Şizofreni ve paronoid psikoz

Escobar (1989)'ın önerdiği somatizasyon sınıflandırması dört ana başlıktan oluşur(22):

1. Birincil Somatizasyon:
 - DSM - III - Somatizasyon Bozukluğu
 - DSM - III - Diğer somatoform Bozukluklar
 - Kronik Somatizasyon
2. Eşlik eden Somatizasyon:
 - Şizoaffektif Bozukluğa
 - Bunaltı Bozukluklarına
3. Gizli Somatizasyon:
 - Maskeli Depresyon
 - Depresyon Eşdeğerleri
4. Kişilik Özelliği Olarak Somatizasyon

Somatizasyon zaman içinde gösterdiği süreklilik bakımından da sınıflandırılabilir. Buna göre, geçici somatizasyon, stresli yaşam olaylarına karşı kendi kendini sınırlayan akut bir beden yanıtıdır. Sürekli somatizasyon, ise sık tekrarlar ile yaşam boyu sürebilen kronik bir problem olup; önemli ölçüde yeti yitimine, klinik, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açar (57).

Literatürde, klinik görünümüne somatizasyonun egemen olduğu durumlar, ilk olarak DSM-III sınıflandırmasında "Somatoform bozukluklar" başlığı altında ayrı bir tanı grubu içinde toplanmış ve DSM-III-R ve DSM-IV'de benzer şekilde sınıflandırılmıştır (37,53).

DSM - III sınıflandırmasında, DSM II 'de ki nevrozlar kavramı bırakılarak yerini bunaltı bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, somatoform bozukluklar ve duygulanım bozukluğu tanı grupları almış; somatoform bozukluk ve alt grupları tanımlanırken büyük ölçüde Sydenham 'ın histeri, hipokandriasis kavramlarından yararlanılmıştır (13,19,37,53). Chodoff'a göre histeri, kendisine atfedilen anlamlar ile kat kat örtülen bir fosildir. Somatoform bozukluklar tanı grubu geliştirilirken de bu görüş kabul görmüş ve kavram karışıklığına neden olan histeri terimi bir kenara

bırakılarak, içinde yer alan somatizasyon, konversiyon ve psikojenik ağrı kavramları ayrı ayrı tanımlanmıştır(53).

DSM-III'de yer alan tanıma göre, somatoform bozukluklar grubu içinde yer alan bozuklukların ortak özelliği, fiziksel bir hastalığı taklit eden bedensel belirtiler olmasına karşın bunları açıklayabilecek organik bir bozukluk yada fizyopatolojik mekanizma bulunmaması, hastalığın psikolojik faktör yada çatışmalarla ilişkisini gösteren güçlü ipuçlarının varlığıdır (34).

1.4.8. DSM-III-R SINIFLANDIRMASINA GÖRE SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNU TANILAMA KRİTERLERİ VE SEMPTOM LİSTESİ (37,53)

A- Otuz yaşından önce başlayan ve yıllarca süren, bireyin birçok fizik yakınmalarının olduğuna ilişkin bir inanın olması

B - Aşağıdaki listeden en az on üç semptomun olması gerekir. Bir semptomu önemli sayabilmek için aşağıdaki ölçütleri karşılaması gerekir :

- 1) Semptomun nedenini açıklayan organik bir patoloji yada fizyopatolojik bir mekanizma yoktur.(Örneğin; fiziksel bir bozukluk yada yaralanma, tedavi, ilaçlar yada alkolün etkileri) İlişkili organik patoloji varsa bile, kişinin yakınması yada bunun sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal yada mesleki işlevsellikte bozulma, fizik bulgulardan beklenene göre çok aşırıdır.
- 2) Sadece bir panik atağı sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- 3) Kişinin ilaç almasına(reçetesiz satılan ağrı kesiciler dışında), doktora görünmesine yada yaşam biçimini değiştirmesine neden olmaktadır.

SEMPTOM LİSTESİ :

Somatizasyon Bozukluğunda ortaya çıkan semptomlar şunlardır (53):

Gastrointestinal Semptomlar :

1. Kusma (Gebelik dışında)
2. Abdominal Ağrı (Menstruasyon dışında)
3. Bulantı (Taşıt tutması dışında)

4. Şişkinlik (Gaz)
5. Diyare
6. Birçok değişik yiyeceklere karşı entolerans (bunların dokunması)

Ağrı Semptomları :

7. Ekstremitelerde Ağrı
8. Sırt Ağrısı
9. Eklem Ağrısı
10. İdrar yaparken Ağrı
11. Diğer bir Çeşit Ağrı (Baş ağrısı dışında)

Kardiyopulmoner Semptomlar :

12. Herhangi bir çaba harcamıyor iken nefesin daralması
13. Çarpıntı
14. Göğüs Ağrısı
15. Sersemlik Hissi (Baş dönmesi)

Konversiyon yada Psödonörolojik Semptomlar :

16. Amnezi
17. Yutma Güçlüğü
18. Ses Kaybı
19. Sağırlık
20. Çift Görme
21. Bulanık Görme
22. Körlük
23. Bayılma yada Bilinç Kaybı
24. Katılma yada Konvulsiyon
25. Yürüme Güçlüğü
26. Paralizi yada Kas Zayıflığı
27. Üriner retansiyon yada idrar yaparken zorluk

Kişinin yaşamının büyük bir kesiminde, cinsel etkinlikte bulunmak için doğan elverişli durumlar sonrası ortaya çıkan Cinsel Semptomlar

28. Cinsel organlarda yada rektumda yanıcı bir his (Cinsel ilişki dışında)
29. Cinsel endiferans
30. Cinsel ilişki sırasında ağrı
31. Empotans

Bir Kadının kendisinde çoğu kadından daha sık yada daha şiddetli olarak ortaya çıktığına inandığı reproduktif (Üreme Organları ile İlgili) Semptomlar

32. Ağrılı Menstruasyon
33. Menstruel Düzensizlik
34. Aşırı Menstruel Kanama
35. Gebelik Süresi Boyunca Kusma

Koyu renk ile yazılan yedi madde, bu bozukluğun olup olmadığının taranması için kullanılabilir. Bu maddelerden iki yada daha fazlasının bulunması büyük bir olasılıkla böyle bir bozukluğun olduğunu düşündürür(37,53).

Somatizasyon bozukluğu olan bireylerde yukarıda görüldüğü gibi çok sayıda somatik yakınma bulunmaktadır. Bu süreç boyunca bireye çok sayıda tıbbi tanı konmuş fakat bunların hiçbirisi hastanın şikayetlerini yeterli olarak açıklayamamıştır.

Somatizasyon bozukluğu olan hastalar ortaya çıkan semptomlar nedeni ile iş göremez hale gelirler(hastaların 2/3'ü sağlık durumları nedeni ile çalışamaz durumdadır) ve genelde uzun süre bu şekilde kalırlar. Bunun sonucunda birçok farklı tanısal test ile cerrahi girişim (ki özellikle jinekolojik) uygulanmış ve yinede geçerli bir tanı konulamamış, boş yere hastaneye yatırılmışlardır. Bu bilgiler ışığında tahmin edileceği gibi, bu hastaların yıllık kişisel sağlık harcamaları çok yüksektir (34,37,42).

1.4.9.SOMATİZASYONUN AYIRICI TANISI

Somatizasyon bozukluğunun semptomları tanı koydurucu değildir, diğer birçok tıbbi bozuklukta da görülürler. Bu nedenle klinisyenlerin böyle bir hastayla karşılaştıklarında olası tüm organik nedenleri ekarte etmeleri gerekir.Tanısal bakımdan en büyük güçlük, nonspesifik, geçici anormallikler ile giden tıbbi hastalıklarla olmaktadır; Bunlar Multipl skleroz, Sistemik Lupus Eritematozis, Hiperparatiroidi, Brusellozis gibi kronik sistemik enfeksiyonlardır. Somatizasyon bozukluğunu ayırt etmede, erken yaşlarda başlaması, oldukça uzun seyir izlemesi ve bunlar olurken hiçbir akut tıbbi nedene yad multipl organ tutulmasına bağlı olmaması dikkat çekicidir (37,67,71,84).

Somatizasyon bozukluğunu anksiyete bozukluklarından ayırt etmek güçtür. Generalize anksiyetesi olan hastalar sıklıkla somatik yakınmalar dile getirirler; bunlar arasında yorgunluk, ağrı, gastrointestinal semptomlar ve ileri düzeyde terleme yer alır(37).

Panik bozukluğu olan hastalarda kalp ve solunum sistemi yakınmaları yer alır, bu bozukluktaki somatik semptomların yalnızca iyi tanımlanmış panik durumlarında ortaya çıkar ve karakteristik affektif, bilişsel ve motor semptomlar ile birlikte dir. Somatizasyon bozukluğunun semptomları kronik olarak azalır, çoğalsa da, onlar böylesi kısa aralıklarda görünüp kaybolmazlar.

Ayrıca somatizasyon bozukluğu olan kişilerde menstürel ve cinsel semptomlar da olmak üzere daha geniş organ sistemleri tutulur ve bu hastalar sosyal, ailesel ve mesleki hayatlarında daha fazla uyumsuzluk yaşarlar. Panik bozukluk somatizasyon bozukluğuyla birlikte olabilir ve eğer somatik yakınmalar panik ataklar dışında da meydana geliyorsa, her iki tanıda konabilir (9,19,22,34).

Bir başka nokta, somatizasyon bozukluğunda depresyon semptomlarının belirgin olması ve major depresyonun sıklıkla teşhis edildiğidir. Depresyonun karakteristik, bilişsel, davranışsal ve affektif semptomları ayırıcı tanıyı kolaylaştırır ve nörovegetatif semptomlar somatizasyon bozukluğu ile birlikte yer almazlar. Major depresyonun episodik gidişi vardır ve tipik aile hikayesi var olabilir. Ayrıca depresyonlu hastalar genelde kendilerini değersiz görürler, iyileşme umudu pek taşımazlar ve klinisyenlerin tedavi çabalarına katılmazlar(34).

Çok sayıda somatik delirleri olan şizofreni hastalarının semptomları somatizasyon bozukluğuna benzeyebilirler. Şizofreni hastalarında ki somatik delirler genelde bozukluğun erken bulgularıdır ve bunların arkasından temel özellikler olan düşünce bozukluğu, hallüsinasyonlar ve gerçeği değerlendirme yetisinde kayıp ortaya çıkar. Ayrıca, bu hastaların somatik delirleri daha garip, düzenli ve kişiselleştirmiştir ve ailesel şizofreni hikayesi tanıda yardımcıdır (34,37,42).

Konversiyon semptomları, somatizasyon bozukluğunun altı semptom grubunun bir tanesidir, bu nedenle tekrarlayan çok sayıda konversiyon reaksiyonu, 30 yaşından önce başlamışsa somatizasyon bozukluğu olarak tanı konur. Fakat somatizasyon bozukluğunun semptomları duyuşal-motor yada nörolojik yakınmalarla sınırlı değildir, daha geniş bir alanı kapsar (38,51).

Hipokondriazisin ayırımında; hipokondriaziste görülen hastalığa yönelik inanç, korku ve vücutsal katılım yardımcıdır. Bu bozukluk genelde 30 yaşından sonra başlar, her iki cinsiyette de eşit sıklıkta görülür. Somatizasyon bozukluğu kadınlarda çok daha fazla görülür. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar renkli şekilde anamnez verirken, hipokondriazisliler daha çok sıkıcı, acı duyan, saplantılı bir görüntü verirler (34,37,70).

1.4.10.SOMATİZASYONUN PROGNOZU

Kronik bir durum olan somatizasyon bozukluğunun prognozunun kötü olduğu düşünülür. Bu hastalar hayatlarının çoğunu acı çekerek, iş göremeyerek geçirirler. Semptomlar erken erişkinlikte semptomatik olurlar ve bunlar ömür boyu devam eder. Hastalık inişli-çıkışlı bir gidiş gösterir fakat hastalar nadiren asemptomatik olurlar. Onlar için tıbbi bakım görmeden bir-iki yıl geçmesi hemen hemen imkansızdır. Bununla birlikte, somatizasyon bozukluğu olan hastaların genel topluma göre mortalite oranları anlamlı derecede yüksek değildir (57,67).

1.4.11.SOMATİZASYONUN TEDAVİSİ

Somatizasyon bozukluğunun tedavisinde önemli olan erken tanı konmasıdır. Böylece hasta gereksiz tıbbi ve cerrahi girişimlerden korunur ve daha sonra hastanın içgörü kazanmasına çalışılır (67).

Bu hastaların bir tek uzman ile uzun süreli empatik bir ilişkiye girmeleri gerekir. Hastaların doktordan doktora gezmelerini önlemek için girişimde bulunulmalıdır, çünkü hastayla ilgilenen doktor sayısı arttıkça hastanın manüplasyon şansı artacak gereksiz tıbbi girişimler uygulanacaktır. Hastanın sağlık ekibini değiştireceği yolundaki tehditleri karşısında sakin olunmalı, halihazırdaki ekibin hastayı en iyi şekilde bildiği, bu nedenle en iyi tıbbi bakımı kendisini tedavi eden kişinin verebileceği vurgulanmalıdır (13,34,67).

Hastayla ilişki kurulduktan sonra, hastanın sorumluluğunu taşıyan sağlık ekibi derhal gereksiz tanı girişimleri ve aşırı tedaviyi en aza indirme çabasına girer. Bu girişimler yan etki ve iatrojenik bozukluklara neden olabildiklerinden hastanın durumunu daha karmaşık ve alevli hale getirir. Sonuçta, sağlık ekibinin ilişkiyi sağlam temellere oturtuktan sonra ilk yapması gereken hastanın gereksiz tanı ve tedavi işlemlerini kesmek olmalıdır; bu arada hasta da ciddi bir hastalık olup olmadığından emin olması için araştırmalarında yapılması gerekli olabilir(2,3,8,34,37,67).

Tedavide temel amaç, hastaların semptomlarını tamamen ortadan kaldırmaktan çok onlarla baş etmelerine yardım etmektir. Bireyin sağlıklı ve uyumlu davranışları desteklenmeli ve somatizasyon davranışlarını aşmaya teşvik ederek hayatlarını daha etkin geçirmelerine yardım edilmelidir. Sağlık ekibinin odaklanması gereken konu, hastanın kişisel ve sosyal zorluklarla geçen günlük yaşantısıdır. Hedef hastaya pratik alternatif çözümleri somut ve emir tarzında olmayan bir yaklaşım sunarak hastanın baş etme yeteneklerini geliştirmek olmalıdır (22,67,70).

Mümkün olduğunca psikotrop ilaçlardan ve analjeziklerden kaçınılmalıdır. Eğer bu ilaçlar verilmek durumunda kalınırsa bunları çok iyi izlemek gerekir, çünkü kullanılan ilaçların yan etkileri olabilir ve ilaç bağımlılığı ortaya çıkabilir. Sağlık ekibinin hastanın ailesiyle sürdürdüğü temas, var olan sosyal sorunlarının öğrenilmesini ve hastanın tedaviye uyumunu sağlar (37).

1.4.12.SOMATİZASYONUN MALİYETİ

Uzun süreli somatizasyonu olan hastalarda, yeti yitimine bağlı işgücü kayıpları ve sağlık hizmeti harcamaları da sorunun diğer bir boyutunu oluşturur (57).

Literatürde,çok sayıda doktora gitme, ileri tetkik, gereksiz ilaç kullanımı ve cerrahi uygulamanın maliyeti arttıran faktörler olduğu belirtilmektedir. .A.B.D. 'de hastane yatışı olmaksızın yapılan tedavi harcamalarının % 50 'sini oluşturduğu, sağlık bütçesinin % 20'sinin somatizasyon yada hipokondriak yakınmaları olan hastalara ayrıldığı, maliyetin sebep olduğu işgücü kaybı ve sigorta ödemeleri hariç 20 milyar doları bulduğu, bu hastalar için yapılan sağlık hizmeti harcamalarının 15 - 65 yaş grubu ortalamasının dokuz kat üzerinde olduğu bildirilmektedir (5,8,9,11).

İngiltere'de ise en az 340.000 kadında kronik pelvik ağrı olduğu, araştırma ve tedavi masraflarının yılda 163 milyon sterlin ile sağlık bütçesinin %0.6'sını oluşturduğu tahmin edilmektedir (37). Yine İngiltere'de yapılan bir araştırmada, organik açıklaması olmayan, uzun süreli somatik yakınmaları nedeni ile psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların, sevk öncesi tetkik ve araştırma maliyetlerinin ortalama 286 sterlin olduğu belirlenmiştir (84).

Ülkemizde de sağlık hizmetindeki kopukluk nedeniyle somatizasyon bozukluğunun getirdiği maliyetin yüksek olduğu düşünülebilir. Bu nedenle somatizasyon bozukluğu ve bu bozuklukla birlikte yaşanacak olumsuzlukların en aza indirilmesi için üzerinde araştırmalar yapılarak çalışılmalıdır.

1.4.13.TOPLUM RUH SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ

1.4.12.1. Tarihsel Gelişim Süreci İçinde Toplum Ruh Sağlığı

Dünyada, tarihsel gelişim süreci içinde, ruhsal hastalıklara bakış açısından önemli değişikliklere neden olan ve devrim niteliği taşıyan dört önemli gelişme olmuştur. Bunlardan ilki, 18. yüzyılın sonlarına doğru Fransız ruh hekimi Phillippe Pinel'in ruh hastalarını zincirden kurtararak bu hastalıkların bakımında insancıl hareketi başlatması olmuştur. İkincisi, 19. yüzyılın sonlarında Sigmund Freud'un, geliştirdiği psikoanalitik

kuramı ile ruhsal hastalık anlayışını ve sağaltım yöntemlerini köklü bir şekilde etkilemiş olmasıdır. Freud, normal ve normal dışı davranışlarda aynı psikolojik etkenlerin geçerli olduğunu ve aralarında sadece bir derece farkı bulunduğunu ortaya koyarak, ruhsal hastalıkların ürkütücü ve anlaşılmaz olarak değerlendirilmesine son vermiş ve modern psikolojinin temellerini atmıştır. Üçüncüsü, 20. yüzyılın ikinci yarısında çağdaş anlamda psikofarmakolojinin başlaması ve büyük bir hızla gelişmesidir. 1950'lerin başlarında klorpromazinin ortaya çıkması, hastaların daha az kısıtlayıcı ortamlarda tedavi edilebilmelerine, bireysel, grup ve aile terapilerine katılabilmelerine, hastanede yatma sürelerinin azalmasına neden olmuştur(46,67,69).

Toplum ruh sağlığı hareketi ise dördüncü önemli gelişmedir. Batı' da özellikle ABD'de 1960'lardan itibaren toplum merkezli hizmetlerin gelişmesiyle birlikte başlamıştır(9,44,69).

Toplum ruh sağlığı, ruh sağlığı bakım ilkelerinin bireyden, çevre ile etkileşen bireye değişimi şeklinde tanımlanmaktadır. Başka bir anlatımla, hastane merkezli görüşün, yerini toplum merkezli görüşe bırakmasıdır. Toplum ruh sağlığı, aynı zamanda, hizmetin verildiği yerleri de hastane dışında, en az kısıtlayıcı olan ortamda ve hatta evde yada hastanın yaşadığı yere mümkün olduğunca en yakın yerde kapsamlı bakımın verilmesini sağlar(69).

1.4.12.2. TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

1960'lardan sonra Batı' da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) toplum ruh sağlığı hareketi, psikiyatri hemşireliğine de yansımış, psikiyatri hemşireliğinin alanını ve topluma neler sunabileceği konusundaki mesleki bakış açısını genişletmiştir. Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin amaçları, toplum ruh sağlığı hizmetleri ile oldukça uyumludur. Amerikan Hemşireler Birliğinin(ANA, 1982), Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi tanımı, toplum ruh sağlığı hizmetlerine uygun olup, şu şekilde tanımlanmaktadır."Hemşire, toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir"(44). Toplum ruh sağlığı hemşireliği sürecinde, hemşire ve tedavi ekibinin diğer üyeleri,

planlama sürecinden önce , bireyin gereksinimlerini ve toplumsal kaynaklarını dikkatle değerlendirirler. Planlamada bireyin, ailenin ve aile için önem taşıyan diğer kişilerin ulaşmak istedikleri hedefler dikkate alınır. Bu hedeflerin gerçekçi, ulaşılabilir ve kısa vadeli olması, hayal kırıklığına yol açmadan tedavinin başarı ile sonuçlanması bakımından yararlıdır (25,69).Toplum ruh sağlığı hemşiresinin uygulamaları, toplum sağlığı hizmetleri ilkeleri doğrultusunda birincil, ikincil ve üçüncül önleme modeline uygun olarak yapılır. Bu modelde toplum ruh sağlığı hemşireleri bu üç alanda çalışırken aşağıdaki becerileri yerine getirebilecek yetenekleri kazanmış olmalıdır(56):

- 1-Değerlendirme
- 2-Koordinasyon
- 3-Hasta haklarını gözetme, savunma
- 4-Taburculuk planı
- 5-Sevk etme
- 6-Eğitim
- 7-Rehabilitasyon
- 8-Ev ziyaretleri
- 9-Krize müdahale
- 10-Fiziksel değerlendirme
- 11-İlaç uygulamalarının izlenmesi

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, yukarıda sözü edilen beceri ve yetenekleri şu alanlarda kullanır(9):

- 1-Maddi ve sosyal yardım sağlama(barınma, beslenme, sorunlarına yardım gibi)
- 2-Sorunlarla baş etmeye yardım etme (iş bulma, uğraş, kişiler arası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürmeye yardım gibi).
- 3-Psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme(hastalıklara özgü davranışları kontrol etmeye yardım gibi).
- 4-Sosyal destek sağlama(akraba ve arkadaşları ile ilişkilerini güçlendirmeye yardım gibi).
- 5-Motivasyonu destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek gibi).

6-Sağlığın sürdürülmesine yardım etme(beslenme, ağız ve göz sağlığı, hijyen ve ilaç alımlarının takibi gibi).

Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde birincil önlemenin amacı, hastalığı veya bozukluğu ortaya çıkmadan önce engellemektir. Bunu gerçekleştirmek için hemşire, risk altında ki bireylerin ve grupların gereksinmelerini saptamak, danışmanlık ve eğitim gibi hizmetleri sağlamak zorundadır. Örneğin, gelişimsel yada durumsal kriz yaşayan ailelere verilen kısa süreli, destekleyici hizmetler bu gruptandır.

İkincil önleme hizmetlerinin amacı, olguları erken ortaya çıkarma ve hemen girişimde bulunma yoluyla prevalansı azaltmaktır. Hastaları hızlı, kolay ulaşılabilen ve uygun servislere sevk etmek zorunludur. Bireylerin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek için terapötik bir ilişki kurarak, hastanın içinde yaşadığı çevreyi yeniden düzenleyerek, yaşamını sürdürmesi için gerekli olan hizmetleri götürerek, psikofarmakolojik ilaçların kullanılmasını düzenleyerek girişimde bulunur. Üçüncül önleme hizmetleri, rehabilitasyon, tedavi sonrası bakım ve yeniden toplumsallaşma yoluyla uzun süreli yeti yitimini azaltmayı amaçlar. Hemşireler, hastaların stres düzeylerini ve baş etme davranışlarını değerlendirir ve onları uyumlu yeni davranış biçimleri ve yeni baş etme becerileri geliştirmesi için destekler(9, 25,69).

Toplum ruh sağlığı ve toplum ruh sağlığı hemşireliği konusunda yukarıda sözü edilen bilgiler, batı' da ve ağırlıklı olarak ABD'de yapılan uygulamaları anlatan literatürden derlenmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetleri ve dolayısıyla toplum ruh sağlığı hizmetleri, bu ülkelerin bugün ulaştıkları noktanın oldukça gerisinde, hatta başlangıç aşamasındadır. Ülkemizde toplum ruh sağlığı hizmetlerinde belli bir gelişme gösterilerek somut sonuçlar elde edilmesine karşın, toplum ruh sağlığı hizmetleri bu gelişmenin oldukça gerisinde kalmıştır. Bu durum, hemşirelik hizmetleri içinde de yansımaları bulmuş, psikiyatri hemşireliği ve dolayısıyla toplum ruh sağlığı hemşireliğinin gelişimi de etkilenmiştir.

B Ö L Ü M II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarında görev yapan öğretmenler de somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yürütülmüş analitik türde bir alan araştırmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 14 İlk öğretim okulunda yürütülmüştür.

İzmir'in kuzeydoğusunda yer alan Bornova, İzmir merkez ilçeye 12 km. uzaklıktadır. İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 49 ilköğretim okulu ve bu okullar da görev yapan 1073 öğretmen bulunmaktadır.

Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarında, 1995 yıl ortası nüfus belirlemesine göre bölgede 344.701 kişi yaşamaktadır. Nüfusun %50.8'i (175.104) erkekler, %49.2'sini (169.597) kadınlar oluşturmaktadır.

Bornova bölgesi 1980 yılında sosyalleştirilmiş, sağlık hizmetleri kapsamına alınmıştır. Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 13 sağlık ocağı, 3 Aile planlama ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, 1 Verem Savaş Dispanseri yanı sıra, yataklı tedavi birimi olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bornova Devlet Hastanesi sağlık hizmeti vermektedir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 49 ilköğretim okulunda görev yapan 701'i kadın 372'si erkek olmak üzere toplam 1073 öğretmen oluşturmaktadır.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünü tespit edebilmek için, olayın evrende görülme sıklığının bilinmediği durumlarda kullanılan formülden yararlanılmıştır (39). Bu formül aşağıda belirtildiği şekildedir.

$$n = \frac{T}{1 + \frac{(T-1)(dt)^2}{p(1-p)}}$$

Formüle ;

n=Örnekleme girecek kişi sayısı

T= Evrende sınırlı sayıda ki kişi sayısı

d = Sonuçta bulunacak oranın \pm sapma miktarı(0.05)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve belirli güven düzeyinde teorik t değeri (1.96)

p = İncelenecek olayın görülme sıklığı tahmini olarak biliniyorsa yazılır, bilinmiyorsa tarafsız olabilmek için %50 oranı kullanılır.

Bu formüle göre 324 kişinin evreni temsil edeceği sonucuna varılmıştır.

Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden Bornova bölgesine bağlı ilköğretim okulu ve bu okullarda görev yapan öğretmenlerin sayısını gösteren listeler alınmıştır. Bu listelerden ulaşılması zor olan çevre köy okulları çıkartıldıktan sonra, örneklem büyüklüğü olan 324 öğretmene ulaşılıncaya dek 14 ilköğretim okulu rasgele örneklem yöntemiyle basit tesadüfi örneklem tablosundan yararlanılarak seçilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Bornova Bölgesinde Örnekleme Oluşturan İlköğretim Okulları ve Bu Okullarda Çalışan Öğretmenlerin Dağılımı

Örnekleme Çıkan Okullar	Toplam Öğretmen Sayısı	%
Ali Suavi İ.Ö.O.	27	8.3
Dokuz Eylül İ.Ö.O.	19	5.8
Malazgirit İ.Ö.O.	20	6.1
Hilal Necmiye Hüsnü Ataberk İ.Ö.O.	37	11.4
Kars Halil Atilla İ.Ö.O.	36	11.1
Osmangazi İ.Ö.O.	24	7.4
Ömer Özkan İ.Ö.O.	13	4.0
Yahya Kemal Beyatlı İ.Ö.O.	23	7.0
Yavuz Selim İ.Ö.O.	18	5.5
Aşık Veysel Görme Engelliler İ.Ö.O.	14	4.3
Uzun Hasan İ.Ö.O.	33	10.1
Tülay Aktaş İşitme Engelliler İ.Ö.O.	28	8.6
Halide Edip Adivar İ.Ö.O.	14	4.3
Mediha Mahmut Bey İ.Ö.O.	18	5.6
TOPLAM	324	100.0

2.5.ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİLERİN TOPLANMASI

2.5.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN SORU FORMLARI

Bu araştırmada, veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar; Öğretmenleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Somatizasyon Ölçeği ve SCL-90-R Ölçeğidir.

Öğretmenleri Tanıtıcı Bilgi Formu:

Bu form araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Öğretmenlerin soyo-demografik özellikleri(Yaş,cinsiyet,medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma yılı, göç etme durumu, aile tipi, yerleşim yerleri) yanı sıra, sağlık sorunları ve sağlık davranışları hakkında bilgi almaya yönelik ve 19 sorudan oluşmuştur (EK I).

Somatizasyon Ölçeği:

Somatizasyon ölçeği, 33 maddeden oluşmuştur. Bu maddeler Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri(MMPI)'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan,2,3,10,14,18,23,29,36,44,47,51,55,62,68,72,103,108,125,153,160,161,163,175,189,190,191,192,230,243,263,330,481,544 numaralı maddeleri alınarak oluşturulmuştur. Bu şekliyle ölçek Uzm. Psikiyatrist Aysin Noyan ve Uzm. Psikolog Umut Seyfioğlu tarafından böbrek donörleri ve somatizasyon bozukluğu tanısı almış bireylerle ilgili çalışmalarda kullanılmıştır, ancak bu çalışmalar henüz yayınlanmamıştır.

Starke Hathaway ve J.Charley Mc. Kinley tarafından oluşturulan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ilk olarak 1943 yılında Amerikan Psikoloji Birliği tarafından yayınlanmıştır. MMPI, 1970 yılından bu yana ülkemizde de kullanılmaktadır. Erol(1982) tarafından yapılan ilk geçerlik çalışmasında testin tanısal değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği saptanmıştır(77). Kişilik yapısı ile emosyonel uyumu sayısal olarak değerlendiren testin "doğru" yada"yanlış" şeklinde yanıtlanan 566 maddesi vardır. Maddeler genel sağlık, nörolojik semptomlar,bedensel

işlevler, alışkanlıklar, aile ve evlilik ilişkileri, mesleki ve eğitimsel sorunlar, cinsel, dini, politik ve sosyal tutumlar, affektif özellikler, psikiyatrik semptomlar, test sırasındaki tutum gibi birbirinden farklı alanlar içermektedir.(77.79).(EK II)

SCL-90-R Ölçeği:

SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) ölçeği, Derogatis ve arkadaşları(1977) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de yapılan birçok araştırma ile geçerliği ve güvenilirliği sınanmıştır (15).

SCL-90-R, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 madde ile 9 ayrı altölçekten oluşmaktadır. Altölçekler ve alt ölçekleri oluşturan sorular şunlardır:

Somatizasyon(SOM)1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58,

Obsesif-Kompulsif Belirtiler(OBKO)9,10,28,38,45,46,51,55,56,

KişilerarasıDuyarlılık(KADU)6,37,41,61,69,73,

Depresyon(DEP)5,14,15,20,22,26,29,30,31,

Anksiyete(ANX)2,17,23,78,80,86,

Hostilite(HOST)11,24,63,67,74,81,

Fobik Anksiyete(FOB)13,25,47,75,82,

Psikotizm(PSİK)7,16,35,62,77,84,85,87,88 ,

ek ölçektir(Ek) 19,44,59,60,64,66,89 (EK III).

2.5.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN SORU FORMLARININ UYGULANMASI

İlköğretim okulu öğretmenlerinde Somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada, soru formları öğretmenlere görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Belirlenen ilköğretim okullarına sabahçı ve öğlenci tüm öğretmenlerin öğretmenler odasında bir arada bulunduğu saatler dikkate alınarak gidilmiş ve öğretmenlere araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden öğretmenlere soru formları verilerek doldurulması sağlanmıştır. Öğretmenlere, soru formunda anlayamadıkları sorular olduğunda soru sorabilecekleri söylenmiş, soru soran öğretmenlerin soruları, cevabını yönlendirmeyecek şekilde yanıtlanmıştır. Öğretmenlere testi uygularken belli bir süre verilmemiştir, fakat çoğunlukla öğretmenler testi 20 ile 30 dakika arasında cevaplandırmıştır.

2.5.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN SORU FORMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Somatizasyon Ölçeği :

Somatizasyon ölçeği 33 maddeden oluşan ve bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir. Her maddenin "DOĞRU" yada "YANLIŞ" seçeneği vardır. Bireylerden kendilerine uygun olan seçeneği işaretlemesi ve maddeleri cevaplandırması istenir. Ancak maddenin içeriği birey için bir şey ifade etmiyorsa cevap vermemesi gerektiği de belirtilir.

Ölçeğin puanlaması yapılırken; 1-4-5-6-7-10-11-19-20-21-22-23-26-27-32-33 numaralı maddelere "DOĞRU"yanıtı verildiğinde 1 puan,"YANLIŞ" yanıtı verildiğinde 0 puan, 2-3-8-9-12-13-14-15-16-17-18-24-25-28-29-30-31 numaralı maddelere "YANLIŞ" yanıtı verildiğinde 1 puan, "DOĞRU" yanıtı verildiğinde 0 puan

verilir. Yanıtlanmayan sorulara da 0 Puan verilir. Doğru ve Yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar "0 ile 33" değerleri arasında değişmektedir.

SCL-90-R Ölçeği:

SCL-90-R Ölçeği 90 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ,alt boyutları ayrılmaksızın bir bütün halinde uygulanır. Bireylerden ölçekteki ifadelere verecekleri yanıtları ölçeğin uygulandığı gün dahil olmak üzere son bir ay içinde kendilerini nasıl hissettiklerini düşünerek cevaplandırmaları istenir. Birey ölçekte yer alan her madde için sırasıyla "hiç yok(0)", "çok az var(1)", "orta derecede var(2)", "fazla var(3)", "aşırı derecede var(4)" seçeneklerinden birini işaretlediği doğrultuda değerlendirilir.

Puanlama her madde üzerinde bu seçenekler için 0 ile 4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilir.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Anket formları araştırmacı tarafından elde tek tek değerlendirilerek kodlanıp, veri kodlama kayıtlarına geçirilmiş, Min - Max tutarlılık kontrolleri yapılarak bilgisayara verilmiştir. Kodlanan veriler SPSS(Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak, araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda belirtildiği şekilde analiz edilmiştir:

1. Tanıtıcı bilgilerin dökümü sayı, yüzde ,ortalama ve standart sapma şeklinde yapılmıştır.
2. Somatizasyon ölçeği maddelerinin ayırt etme gücünü analiz etmek için "Madde Analizi" yöntemi kullanılmıştır. Madde Analizi Yönteminin uygulanması sırasında,"Uç Grupların Karşılaştırılması" tekniğine başvurulup Ki-Kare testi ile değerlendirme yapılmıştır. Bunun için toplam puanlar yönünden alt ve üst gruplar belirlenmiş, arada kalan kısım değerlendirilmeye alınmamıştır.

Buna göre; Alt grup(1. grup) somatizasyon ölçeğinden 7 ve 7'nin altında puan alan grup , üst grup(2. grup) somatizasyon ölçeğinden 17 ve 17'nin üstünde puan alan grup olarak saptanmış ve karşılaştırmalar bu gruplar üzerinden Ki Kare testi kullanılarak yapılmıştır.

3. Somatizasyon ölçeğinin güvenirliği Kuder-Richardson-20 katsayısı ve Testi Yarılama (Split-Half) yöntemiyle iç tutarlılık açısından, testin tekrarı(test- re test) yöntemiyle zaman içerisindeki tutarlılık açısından irdelenmiştir. Test-retest uygulaması somatizasyon ölçeğinin 36 öğretmene ilk uygulamadan 2 hafta sonra tekrar uygulanmasıyla yapılmıştır. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonda "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kullanılmıştır.

4. Bu araştırmada Somatizasyon ölçeğinin geçerliği "Benzer Ölçek Geçerliği(Birlikte Geçerlik) yöntemiyle saptanmaya çalışılmış ve kriter olarak SCL-90-R ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin SCL-90-R ölçeğinin bir alt ölçeği olan somatizasyon alt ölçeğinden(SOM) ve özgün somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ki ilişkiyi saptamak için "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kullanılmıştır.

5. Bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi gösterebilmek için "Varyans ve t testi" analizlerinden yararlanılmıştır.

2.7.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişken; İlköğretim okulu öğretmenlerinin somatizasyon ölçeği kullanılarak elde edilen puan ortalamaları.

Bağımsız değişkenler; İlk öğretim okulu öğretmenlerinin yaşları, cinsiyetleri, medeni ve eğitim durumları, aile tipleri, göç etme durumları, gelir durumları, fiziksel ve ruhsal sağlık durumları.

2.8. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma 1997 yılı içinde planlanmış ve 1997 Temmuz ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma verileri araştırmacı tarafından Ocak 1998- Nisan 1998 tarihler arasında toplanmış ve değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak 26.01.2000'de sunulmuştur.

B Ö L Ü M III

BULGULAR

3.1.Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2 : Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<u>Yaş Grupları</u>		
20-24	7	2.2
25-39	159	49.1
40-54	158	48.8
$\bar{X}= 37.96\pm 6.16$		
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	208	64.2
Erkek	116	35.8
<u>Medeni Durum</u>		
Bekar	33	10.2
Evli	258	79.6
Ayrı Yaşıyor, Boşanmış+Dul	33	10.2
<u>Eğitim Durumu</u>		
Eğitim Enstitüsü	99	30.6
Eğitim Fakültesi	79	24.4
Açık Öğretim Fak. Ön Lisans	88	27.2
Diğer	58	17.9
<u>Gelir Durumu</u>		
Gelir gidere göre yüksek	8	2.5
Gelir gidere göre dengeli	126	38.9
Gelir gidere göre az	190	58.6
<u>Çalışma Yılı</u>		
1-5 Yıl	28	7.0
6-9 Yıl	43	13.3
10 Yıl ve üzeri	253	79.7
$\bar{X}= 16.40\pm 6.9$		
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek Aile	301	92.9
Geniş Aile	18	5.6
Parçalanmış Aile	5	1.5
TOPLAM	324	100.0

Tablo 2'de öğretmenlerin sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Öğretmenlerin %49.1'i 25-39 yaş grubunda, %48.8'i 40-54 yaş grubunda, %2.2'si 20-24 yaş grubunda yer almaktadır. Öğretmenlerin yaş ortalaması 37.96 ± 6.16 'dır.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin %64.2'sinin kadın, %35.8'inin erkek olduğu, %79.6'sının evli, %10.2'sinin bekar, %10.2'sinin ayrı yaşıyor,boşanmış+dul olduğu, %30.6'sının Eğitim Enstitüsü, %27.2'sinin Açık Öğretim Fakültesi Ön lisans, %24.4'ünün Eğitim Fakültesi, %17.9'unun diğer fakülte ve yüksek okullardan(Fen Fakültesi, Su Ürünleri Fakültesi, Edebiyat Fakültesi) mezun olduğu, %58.6'sının gelirinin gidere göre az, %38.9'unun gelirinin gidere göre dengeli, % 2.5' inin gelirinin gidere göre yüksek olduğu , %79.7'sinin 10 yıldan fazla bir süredir,%13.3'ünün 6-9 yıldır, %7.0'ının 1-5 yıldır çalıştığı görülmektedir. Öğretmenlerin çalışma yılı ortalaması 16.40 ± 6.90 'dır.

Öğretmenlerin aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde;öğretmenlerin büyük bir çoğunluğunun(%92.9) çekirdek aile,%5.6'sının geniş aile, %1.5'inin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Öğretmelerin Kentleşme Sürecine Göre Dağılımı

Kentleşme Süreci	Sayı	%
Göç Etme Durumu (N= 324)		
Göç Etmiş	240	74.1
Göç Etmemiş	84	25.9
Göç Öncesi Yaşanan Yer(N=240)		
Büyükşehir	36	11.1
Şehir	90	27.8
Kasaba / İlçe	89	27.5
Köy	25	7.7
Kaç Yıldır Bu Kentte Yaşadığı(N=240)		
1-5 Yıl	61	18.8
6-9 Yıl	89	27.5
10 Yıl ve üzeri	90	27.8
$X = 3.41 \pm 0.792$		
TOPLAM	324	100.0

Tablo 3'de araştırma kapsamına giren öğretmenlerin kentleşme sürecine göre dağılımları görülmektedir. Öğretmenlerin %74.1'nin başka bir yerden göç etmiş, %25.9'unun göç etmemiş olduğu,%27.8'inin şehirde, %27.5'inin kasaba/ilçede, %11.1'inin büyükşehirde, %7.7'sinin köyde yaşadığı, %27.8'inin 10 yıl ve üzeri, %27.5'inin 6-9 yıldır, %18.8'inin 1-5 yıldır bu şehir de yaşadığı saptanmıştır. Öğretmenlerin İzmir'de yaşama yılı ortalaması ise 3.41 ± 0.792 'dir.

3.2.Öğretmenlerin ve Ailelerinin Sağlık Durumları ve Sağlık Alışkanlıkları

Tablo 4: Öğretmenlerde ve Ailelerinde Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Fiziksel ve Ruhsal Hastalık	Sayı	%
<u>Fiziksel Hastalık</u>		
Var	59	18.2
Yok	265	81.8
<u>Ruhsal Hastalık</u>		
Var	2	00.6
Yok	322	99.4
<u>Ailede Ruhsal Hastalık</u>		
Var	33	10.2
Yok	291	89.8
TOPLAM	324	100.00

Tablo 4'de öğretmenlerin ve ailelerinin fiziksel ve ruhsal hastalıkları olma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Öğretmenlerin %81.8'inde fiziksel bir hastalık olmadığı, %18.2'sinde fiziksel bir hastalık bulunduğu, %99.4'ünde ruhsal bir hastalık olmadığı ve ailelerin %89.8'inde de ruhsal bir hastalık bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 5:Öğretmenlerin Doktora Gitme Sıklıkları ve Son 6 Ay İçinde Doktora Gidiş Nedenine Göre Dağılımı

Doktora gitme Sıklığı ve Doktora Gidiş Nedeni	Sayı	%
<u>Doktora Gitme Sıklığı(N=324)</u>		
Hastalık olunca	193	59.6
Nadiren	103	31.8
Sık sık	28	8.6
<u>Doktora Gidiş Nedeni(N=124)</u>		
Fiziksel Rahatsızlık	116	35.8
Ruhsak Rahatsızlık	8	2.5

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin doktora gitme sıklıkları ve son 6 ay içinde doktora gidiş nedenlerine göre dağılımları Tablo5'de verilmiştir. Öğretmenlerin %59.6'sının hastalık olunca doktora gittiği, %31.8'inin nadiren ve %8.6'sının da sık sık doktora gittiği, son 6 ay içinde doktora gidenlerin %35.8'inin nedeninin fiziksel bir rahatsızlık olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Öğretmenlerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara ve Alkol Kullanma Durumu	Sayı	%
<u>Sigara Kullanma</u>		
Kullanmayan	132	40.7
Ara Sıra Kullanan	81	24.0
Sürekli Kullanan	111	34.3
<u>Alkol Kullanma</u>		
Kullanmayan	179	55.2
Ara Sıra Kullanan	145	44.8
TOPLAM	324	100.00

Tablo 6'da öğretmenlerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Öğretmenlerin %40.7'sinin sigara kullanmadığı, %34.3'ünün sürekli ve %24.0'ının da ara sıra sigara kullandığı, %55.2'sinin alkol kullanmadığı, %44.8'inin ara sıra alkol kullandığı saptanmıştır.

3.3.Öğretmenlerin Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verdikleri Yanıtlar

Tablo 7: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Maddelerine Verdikleri

Yanıtlara Göre Dağılımı(N=324)

SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ İFADELERİ	DOGRU		YANLIŞ		\bar{X}	Ss
	N	%	N	%		
1-Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur .	108	33.3	216	66.7	0.66	0.47
2-İştahım iyidir.	253	78.1	71	21.9	0.21	0.41
3-Başım pekaz ağrır.	200	61.7	124	38.3	0.38	0.48
4-Ayda bir iki defa ishal olurum.	57	17.6	267	82.4	0.82	0.38
5-Midemden oldukça rahatsızım.	104	32.1	220	67.9	0.67	0.46
6-Çoğu kez midem ekşir.	115	35.5	209	64.5	0.64	0.47
7-Bazen utanınca çok terlerim.	102	31.5	222	68.5	0.68	0.46
8-Sağlığım beni pek kaygılandırmaz	125	38.6	199	61.4	0.61	0.48
9-Hemen hemen hiç ağrı ve sızım yok	131	40.4	193	59.6	0.59	0.49
10-Bazen başımda bir sızı hissederim	172	53.1	152	46.9	0.46	0.50
11-Çoğu zaman başımın her tarafı ağrı	107	33.0	217	67.0	0.67	0.47
12- Sağlığım pek çok arkadaşımınki kadar iyidir.	210	64.8	114	35.2	0.35	0.47
13-Pek seyrek kabız olurum.	210	64.8	114	35.2	0.35	0.47
14-Ensemde nadiren ağrı hissederim.	202	62.3	122	37.7	0.37	0.48
15-Vücudumda pekaz seyirme ve kasılma olur.	223	68.8	101	31.2	0.31	0.46
16-Çabucak yorulmam.	186	57.4	138	42.4	0.43	0.53
17-Pekaz başım döner yada hiç dönmez	201	62.0	123	38.0	0.38	0.48
18-Yürürken hemen hemen hiç dengemi kaybetmem	223	68.8	101	31.2	0.31	0.46
19-Soğuk günlerde bile kolayca terlerim	97	29.9	227	70.1	0.70	0.45
20-Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	144	44.4	180	55.6	0.55	0.49
21- Hemen her gün mide ağularından rahatsız olurum.	96	29.6	228	70.4	0.70	0.45
22-Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	112	34.6	212	65.4	0.65	0.47
23- Çoğu zaman vücudumda bir halsizlik duyarım.	135	41.7	189	58.3	0.60	0.68
24-Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.	207	63.9	117	36.1	0.36	0.48

25-Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.	174	53.7	149	46.3	0.46	0.50
26-Çoğu zaman bana kafam şişmiş yada burnum tıkanmış gibi gelir.	106	32.7	218	67.3	0.67	0.47
27-Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim.	103	31.8	221	68.2	0.68	0.46
28-Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	192	59.3	132	40.7	0.40	0.49
29-Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim	134	41.4	190	58.6	0.58	0.49
30-Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem.	183	56.5	141	43.5	0.43	0.50
31-Hiç felç geçirmediğim yada kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	222	68.5	102	31.5	0.31	0.47
32-Ortada hiç bir neden yokken haftada bir yada daha sık birden bire her yanıma ateş basar.	82	25.3	242	74.7	0.74	0.43
33-Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissedirim.	81	25.0	243	75.0	0.75	0.43

Tablo 7'de görüldüğü gibi somatizasyon ölçeği maddelerinin sayısı, yüzde, ortalama ve standart sapmaları verilmiştir.

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin somatizasyon ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; Öğretmenlerin "DOĞRU" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%78.1)"İştahım iyidir", en düşük oranda belirtilenin(%17.6)"Ayda bir iki defa ishal olurum", "YANLIŞ" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin (%82.4) "Ayda bir iki defa ishal olurum",en düşük oranda belirtilenin(%21.9)"İştahım iyidir" olduğu saptanmıştır. Somatizasyon ölçeği maddeleri içinde en yüksek ortalamasının(0.82±0.38) "Ayda bir iki defa ishal olurum" maddesinde olduğu, en düşük ortalamasında (0.21±0.41) "İştahım iyidir" maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Öğretmenlerin SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı(N=324)

SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği Maddeleri	Hiç yok		Çok Az Var		Orta Derecede Var		Fazla Var		Aşırı Derecede Var		\bar{X}	Ss
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Baş ağrısı	61	18.8	122	37.7	118	36.4	19	5.9	4	1.2	1.33	0.89
Baygınlık yada başdönmesi	184	56.8	100	30.9	27	8.3	12	3.7	1	0.3	0.59	0.89
Bel ve sırtta ağrılar	161	49.7	93	28.7	46	14.2	21	6.5	3	0.9	0.80	0.97
Bulantı yada midede Rahatsızlık hissi	194	59.9	78	24.1	33	10.2	18	5.6	1	0.3	0.62	0.90
Adale(kas) Ağrıları	180	55.6	93	28.7	29	9.0	16	4.9	6	1.9	0.68	0.95
Nefes almada güçlük	224	69.1	79	24.4	18	5.6	3	0.9			0.38	0.63
Sıcak soğuk basmaları	211	65.1	90	27.8	19	5.9	3	0.9	1	0.3	0.43	0.67
Bedeninizin bazı Kısımlarında uyuşma karıncalanma	192	59.3	103	31.8	22	6.8	6	1.9	1	0.3	0.52	0.73
Boğazınıza bir yumruk Tıkanması	210	64.8	87	26.9	22	6.8	4	1.2	1	0.3	0.45	0.70
Bedeninizin çeşitli Kısımlarında zayıflık hissi	198	61.1	93	28.7	26	8.0	6	1.9	1	0.3	0.51	0.73
Kol ve bacaklarda ağrı hissi	206	63.6	84	25.9	28	8.6	6	1.9			0.48	0.79

Tablo 8’de görüldüğü gibi SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği maddelerinin sayı,yüzde,ortalama ve standart sapmaları verilmiştir.

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; öğretmenlerin “Hiç yok”olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%69.1) “Nefes almada güçlük”, en düşük oranda belirtilenin(%18.1) “baş ağrısı” olduğu, “Çak az var” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%37.7) “baş ağrısı”,en düşük oranda belirtilenin(%24.1) “Bulantı yada midede rahatsızlık hissi olduğu, “Orta derecede var” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%36.4) “baş ağrısı”,en düşük oranda belirtilenin(%5.6) “Nefes almada güçlük”olduğu, “Fazla var” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%6.5) “Bel ve sırtta ağrılar”,en düşük oranda belirtilenin(%0.9) “Nefes almada güçlük”ve “Sıcak soğuk basmaları”olduğu, “Aşırı derecede var” ” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%1.9) “Adale(Kas) ağrıları”,en düşük oranda belirtilenlerin sırasıyla(%0.3) “Sıcak soğuk basmaları”, “Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma,

karıncalanma”, “Boğazınıza bir yumruk tıkaması”ve “Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi” maddelerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Öğretmenlerin Her İki Ölçekten Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

ÖLÇEKLER	N	\bar{X}	Ss	Min	Max
SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ	324	12.50	5.93	2.00	31.00
SCL-90-R SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ	324	0.616	0.403	0.00	3.00

Tablo 9’da öğretmenlerin her iki ölçekten aldıkları toplam puanların ortalamaları, standart sapmaları ve min, max değerleri incelenmiştir. Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.50 ± 5.93 , min değeri 2.00, max değeri 31.00 olarak, SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği toplam puan ortalaması 0.616 ± 0.403 , min değeri 0.00, max değeri 3.00 olarak bulunmuştur.

3.4. Somatizasyon Ölçeğinin Madde Analizi Bulguları

**Tablo 10: Somatizasyon Ölçeğinin Maddelerine verilen Uç Grup Yanıtların Dağılımı
(1.GRUP N=85, 2.GRUP N=84)**

Somatizasyon Ölçeği Maddeleri	Doğru	Yanlış	MEF	\bar{x}	p
1-Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur			24.2	36.22	0.00*
1.GRUP S	8	77			
%	9.4	90.6			
2.GRUP S	42	38			
%	52.5	47.75			
2- İştahım iyidir			21.3	26.69	0.00*
1.GRUP S	77	8			
%	90.6	9.4			
2.GRUP S	44	36			
%	55.0	45.0			
3-Başım pek az ağrır			31.0	36.77	0.00*
1.GRUP S	71	14			
%	83.5	16.5			
2.GRUP S	30	50			
%	37.5	62.5			
4-Ayda bir iki defa ishal olurum			15.0	31.03	0.00*
1.GRUP S	2	83			
%	2.4	97.6			
2.GRUP S	29	51			
%	2.4	63.8			
5-Midemden oldukça rahatsızım			23.7	47.62	0.00*
1.GRUP S	5	80			
%	5.9	94.1			
2.GRUP S	44	36			
%	55.0	45.0			
6-Çoğu kez midem ekşir			26.1	62.52	0.00*
1.GRUP S	4	81			
%	4.7	95.3			
2.GRUP S	50	30			
%	52.5	37.5			
7-Bazen utanınca çok terlerim			22.3	5.41	0.00*
1.GRUP S	7	68			
%	20.8	80.0			
2.GRUP S	29	51			
%	36.3	63.8			
8-Sağlığım benipek kaygılandırmaz			31.0	5.05	0.00*
1.GRUP S	40	45			
%	47.1	52.9			
2.GRUP S	24	56			
%	30.0	70.0			
9-Hemen hemen hiç ağrı ve sızım yok			39.7	14.54	0.00*
1.GRUP S	40	45			
%	47.1	52.9			

2.GRUP S %	28 35.0	52 65.0			
10-Bazen başımda bir sızı hissederim			34.9	19.08	0.00*
1.GRUP S %	34 40.0	51 60.0			
2.GRUP S %	59 73.8	21 26.3			
11-Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır			30.0	69.60	0.00*
1.GRUP S %	6 7.1	79 92.9			
2.GRUP S %	56 70.0	24 30.0			
12-Sağlığım pek çok arkadaşımınki kadar iyidir			28.6	79.26	0.00*
1.GRUP S %	82 96.5	3 3.5			
2.GRUP S %	24 30.0	56 70.0			
13-Pek seyrek kabız olurum			27.1	34.47	0.00*
1.GRUP S %	74 87.1	11 12.9			
2.GRUP S %	35 43.8	45 56.3			
14-Ensemde nadiren ağrı hissederim			33.4	11.09	0.00*
1.GRUP S %	60 70.6	25 29.4			
2.GRUP S %	36 45.0	44 55.0			
15-Vücutumda pek az seyirme ve kasılma olur			27.1	42.63	0.00*
1.GRUP S %	76 89.4	9 10.6			
2.GRUP S %	33 41.3	47 58.8			
16-Çabucak yorulmam			33.4	65.08	0.00*
1.GRUP S %	75 88.2	10 11.8			
2.GRUP S %	21 26.3	59 73.8			
17-Pekaz başım döner yada hiç dönmez			27.6	80.35	0.00*
1.GRUP S %	83 97.6	2 2.4			
2.GRUP S %	25 31.3	55 68.8			
18-Yürürken hemen hemen hiç dengemi kaybetmem			28.6	43.93	0.00*
1.GRUP S %	75 88.2	10 11.8			
2.GRUP S %	31 38.8	49 61.3			
19-Soğuk günlerde bile kolayca terlerim			22.7	17.76	0.00*
1.GRUP S %	12 14.1	73 85.9			
2.GRUP S %	35 43.8	45 56.3			
20-Çoğu zaman yorgunluk hissederim			33.4	50.69	0.00*

1.GRUP S	13	72			
%	15.3	84.7			
2.GRUP S	56	24			
%	70.0	30.0			
21-Hemen hemen hergün mide ağrılarından rahatsız olurum			27.1	61.55	0.00*
1.GRUP S	5	80			
%	5.9	94.1			
2.GRUP S	51	29			
%	63.8	36.3			
22-Tekrarlanan midebulantısı ve kusmalar bana rahatsızlık verir			30.0	54.43	0.00*
1.GRUP S	5	80			
%	5.9	94.1			
2.GRUP S	53	27			
%	66.3	33.8			
23-Çoğu zaman vücudumda bir halsizlik duyarım			27.6	44.49	0.00*
1.GRUP S	9	76			
%	10.6	89.4			
2.GRUP S	48	32			
%	60.0	40.0			
24-Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi			30.5	61.47	0.00*
1.GRUP S	77	8			
%	90.6	9.4			
2.GRUP S	25	55			
%	31.3	68.8			
25-Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım			37.3	41.63	0.00*
1.GRUP S	66	19			
%	77.6	22.4			
2.GRUP S	22	58			
%	27.4	72.5			
26-Çoğu zaman bana kafam şişmiş yada burnum tıkanmış gibi gelir			24.2	40.42	0.00*
1.GRUP S	7	78			
%	8.2	91.8			
2.GRUP S	43	37			
%	53.8	46.3			
27-Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim			27.1	72.31	0.00*
1.GRUP S	3	82			
%	3.5	96.5			
2.GRUP S	53	27			
%	66.3	33.8			
28-Kalpve göğüs ağrılarında hemen hemen hiç şikayetim yoktur			29.5	47.79	0.00*
1.GRUP S	75	10			
%	88.2	11.8			
2.GRUP S	29	51			
%	36.3	63.8			
29-Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim			32.0	3.63	0.056*
1.GRUP S	40	45			
%	47.1	52.59			
2.GRUP S	26	54			

%	32.5	67.5			
30-Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem			32.0	36.49	0.00*
1.GRUP S	70	15			
%	82.4	17.6			
2.GRUP S	29	51			
%	36.3	63.8			
31-Hiç felç geçirmediğim yada kaslarımda olağan üstü bir halsi duymadım			24.2	44.84	0.00*
1.GRUP S	79	6			
%	92.9	7.1			
2.GRUP S	36	44			
%	45.0	55.0			
32-Ortada hiçbir neden yokken haftada bir yada daha birdenbire heryanıma ateş basar			22.7	48.66	0.00*
1.GRUP S	4	81			
%	4.7	95.3			
2.GRUP S	43	37			
%	53.8	46.3			
33-Vücutumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissederim			22.3	26.06	0.00*
1.GRUP S	9	76			
%	10.6	89.4			
2.GRUP S	37	43			
%	46.3	53.8			

MEF= Minimum Expected Frequency

* P= 0.00

** p= 0.05

Tablo 10'da Somatizasyon ölçeğinin Madde Analizi sonuçları incelenmiştir; maddelerin Ki-Kare değerleri 80.35 ile 3.63 arasında değişmektedir ve "Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim"(0.056) maddesi dışındaki tüm maddelerin birbirleriyle olan ilişkisi $p \leq 0.00$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

3.5. Somatizasyon Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları

Bu araştırmada somatizasyon ölçeğinin güvenilirliğini gösterebilmek için iki araştırma yöntemine başvurulmuştur. Bunlardan birincisi, ölçeğin iç tutarlılığını göstermede kullanılan Kuder-Richardson-20 (KR-20) kat sayısı ve testi yarılama (Split- Half) yöntemi, ikincisi ise, somatizasyon ölçeğinin zaman içerisindeki tutarlılığını göstermede kullanılan test-retest uygulamasıdır.

Tablo 11: Somatizasyon Ölçeğinin İç tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

ÖLÇEK	Madde Sayısı	Kuder-Richardson-20 Güvenirlik Katsayısı
Somatizasyon Ölçeği	33	0.83

Tablo 11'de görüldüğü gibi somatizasyon ölçeğinin Kuder-Richardson-20 güvenirlilik katsayısı 0.83 olarak saptanmıştır. Bu katsayı, ölçek güvenirliliği için bir değer olan 1'e yakındır.

Tablo 12 : Somatizasyon Ölçeğinin Testi Yarılama Tekniği ile Elde Edilen Güvenirlik Verileri

	SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ
Alpha 1. Kısım için	0.8810
Alpha 2. Kısım için	0.8439
İki yarı arası korelasyon	0.6327
Guttman Split Half	0.7661
Equal-Lenght-Spearman Brown	0.7986
Unequal-Lenght-Spearman Brown	0.7995

Tablo12'de araştırmanın güvenirliliğini göstermek için başvurulan testi yarılama tekniğinden elde edilen veriler görülmektedir. Somatizasyon ölçeği için yapılan bu testte 1.yarı alpha değeri 0.8810 ve 2. yarı alpha değeri 0.8439, Guttman Split Half değeri 0.7661, Unequal-Lenght-Spearman Brown değeri 0.7995 olarak bulunmuştur.

Tablo 13: Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Test-Re test Korelasyonları

SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ	N	\bar{X}	Ss	r	*p
I. Uygulama (Test)	36	9.86	7.06	.996	.0324
II. Uygulama (Re test)	36	9.97	7.04		

*p<0.05

Tablo13'de Somatizasyon ölçeğinin test- re test uygulaması sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı ve puan ortalamaları gösterilmiştir. Somatizasyon ölçeği puan ortalaması I. Uygulamada 9.86 ± 7.06 , II. Uygulamada 9.97 ± 7.04 olarak bulunmuştur. Her iki uygulama arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Kat Sayısının $r = 0.996$ olduğu ve iki uygulama arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.6. Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Bulguları

Bu araştırmada somatizasyon ölçeğinin geçerliğini saptamak için Benzer Ölçek Geçerliği (Birlikte Geçerlik -Convergent Validity)" yöntemi kullanılmıştır.

Birlikte geçerliğin saptanması için kriter olarak alınan SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişki ele alınmış, öğretmenlerin somatizasyon ölçeği ve SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği (SOM) puan ortalamaları, standart sapmaları hesaplanmış ve her iki ölçek arasındaki korelasyon " Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kat sayısı ile değerlendirilmiştir.

Tablo 14: Somatizasyon Ölçeğinin Birlikte Geçerlik Tekniği ile Elde Edilen Geçerlik Verileri

ÖLÇEKLER	N	\bar{X}	Ss	r
SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ	324	12.50	5.93	0.80
SCL-90-R SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ	324	0.616	0.403	

Tablo 14'de Somatizasyon ölçeğinin SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeği ile birlikte geçerlik uygulaması sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı ve puan ortalamaları gösterilmiştir. Somatizasyon ölçeği puan ortalaması 12.50 ± 5.93 , SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeği puan ortalaması ise 0.616 ± 0.403 olarak bulunmuştur. Her iki ölçek arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Kat Sayısı $r = 0.80$ olarak saptanmıştır.

3.7. Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi

Tablo15: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	N	\bar{X}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
20-24	6	9.66	5.75	Gruplararası	44.93	2	22.46	0.63	0.52
25-39	160	12.38	5.99	Grupiçi	11313.02	321	35.24		
40-54	158	12.11	5.88	Toplam	11357.95	323			

Tablo15'de öğretmenlerin yaş gruplarına göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları görülmektedir. 20-24 yaş grubunda bulunan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği puan ortalaması 9.66 ± 5.75 , 25-39 yaş grubunda 12.38 ± 5.99 , 40-54 yaş grubunda 12.11 ± 5.88 olarak bulunmuştur .Bu ortalamalar arasında fark olup olmadığını gösterebilmek için varyans analizi yapılmıştır. Yapılan varyans analizinde öğretmenlerin yaş grupları ile somatizasyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.($F=0.63$, $p>0.05$)

Tablo 16: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	Sd	t	p
Kadın	208	12.04	5.95	0.41	0.53	0.89
Erkek	116	12.47	5.89	0.54		

Tablo16'da görüldüğü gibi, kadınların somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.04 ± 5.95 , erkeklerin 12.47 ± 5.89 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin cinsiyetlerine bağlı olarak somatizasyon ölçeği puan ortalamaları arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır($t= 0.53$, $p>0.05$)

Tablo 17: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Bekar	33	13.21	6.22	Gruplararası	101.30	3	33.76	0.96	0.41
Evli	258	12.25	6.01	Grupiçi	11256.65	320	35.17		
Boşanmış Dul, Ayrı Yaşiyor	33	10.71	6.20	Toplam	11357.95	323			

Tablo17’de öğretmenlerin medeni durumlarına göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları görülmektedir; Bekar olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 13.21 ± 6.22 , evli olanların 12.25 ± 6.01 , boşanmış dul yada ayrı yaşıyor olanların ortalaması 10.71 ± 6.20 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında bir fark olup olmadığını gösterebilmek için varyans analizi yapılmıştır. Öğretmenlerin medeni durumlarına göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($F=0.96$, $p>0.05$).

Tablo 18: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir Durumu	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Gelir gidere göre yüksek	8	12.62	8.84	Gruplararası	2.56	2	1.28	0.03	0.96
Gelir gidere göre dengeli	126	12.26	6.03	Grupiçi	11355.39	321	35.37		
Gelir gidere göre az	190	12.14	5.75	Toplam	11357.95	323			

Öğretmenlerin gelir durumları ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması arasında ki ilişki tablo 18’ de gösterilmiştir. Geliri gidere göre yüksek olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.62 ± 8.84 , Geliri gidere göre dengeli olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.26 ± 6.03 , Geliri gidere göre az olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.14 ± 5.75 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin gelir durumu ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması arasında ki fark varyans analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.03$, $p>0.05$).

Tablo 19 : Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Aile Tiplerine Göre Dağılımı

Aile Tipi	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Çekirdek	301	12.19	6.03	Gruplararası	13.72	2	6.86	0.19	0.82
Geniş	18	12.66	4.32	Grupiçi	11344.23	321	35.34		
Parçalanmış	5	10.80	5.06	Toplam	11357.95	323			

Tablo19'da görüldüğü gibi, Çekirdek aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.19 ± 6.03 , Geniş aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.66 ± 4.32 , Parçalanmış aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 10.80 ± 5.06 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin aile tipleri ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($F = 0.19, p > 0.05$).

Tablo 20 : Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Göç Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Göç Etme Durumu	N	\bar{X}	Ss	Sx	t	p
Göç Eden	240	11.79	6.01	0.38	0.03	$p < 0.05$
Göç Etmeyen	84	13.35	5.54	0.60		

Tablo20' de görüldüğü gibi göç edenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 11.79 ± 6.01 göç etmeyenlerin ise 13.35 ± 5.54 bulunmuştur. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 0.03, p < 0.05$).

Tablo 21: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Göç Etme Sürelerine Göre Dağılımı

Göç Etm Süresi	N	\bar{X}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
1-5 Yıl	61	12.56	6.22	Gruplararası	59.89	2	29.94	0.85	0.42
6-9 Yıl	89	11.36	5.84	Grupiçi	11298.06	321	35.19		
10 Yıl ve üzeri	90	12.36	5.87	Toplam	11357.95	323			

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile göç etme süreleri arasında ki ilişki tablo 21'de incelenmiştir. Göç etme süresi 1-5 yıl olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.56 ± 6.22 , Göç etme süresi 6-9 yıl olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 11.36 ± 5.84 , Göç etme süresi 10 yıl ve üzeri olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.36 ± 5.87 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin göç etme süreleri ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 22: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Fiziksel Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Fiziksel Hastalık Olma Durumu	N	X	Ss	Sx	t	p
Var	59	14.10	6.51	0.84	0.006	$p < 0.05$
Yok	265	11.77	5.72	0.35		

Tablo 22 'de öğretmenlerin fiziksel hastalıkları olma durumu ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ki ilişki incelenmiştir. Fiziksel bir hastalığı olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 14.10 ± 6.51 , fiziksel bir hastalığı olmayan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 11.77 ± 5.72 olarak bulunmuştur .Bu ortalamalar arasında yapılan t testi analizinde istatistiksel olarak $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t = 0.006$, $p < 0.05$).

Tablo 23: Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Doktora Gitme Sıklıklarına Göre Dağılımı

Doktora Gitme Sıklığı	N	\bar{X}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Hastalık Olunca	193	12.34	6.02	Gruplararası	207.48	3	69.16	1.98	0.11
Nadiren	103	12.80	6.42	Grupiçi	11150.47	320	34.84		
Sık sık	28	13.85	6.26	Toplam	11357.95	323			

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamalarının doktora gitme sıklıklarına göre dağılımı Tablo23'de gösterilmiştir. Hastalık olunca doktora giden öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.34 ± 6.02 , nadiren gidenlerin 12.80 ± 6.42 , sık sık gidenlerin ise 13.85 ± 6.26 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1.98$, $p>0.05$).

Tablo 24 : Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Son 6 Ay İçinde Doktora Gitme Nedenine Göre Dağılımı

Doktora Gitme Nedeni	N	\bar{X}	Ss	Sx	t	p
Fiziksel Hastalık	116	11.94	6.06	0.56	0.41	0.65
Ruhsal Hastalık	8	10.87	5.59	1.97		

Tablo 24'de öğretmenlerin son 6 ay içinde doktora gitme nedenine göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları görülmektedir. Son 6 ay içinde doktora gitme nedeni fiziksel bir hastalık olan olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 11.94 ± 6.06 , ruhsal bir hastalık olanların ise, 10.87 ± 5.59 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0.41$, $p>0.05$).

B Ö L Ü M İ V

T A R T İ Ő M A

4.1.Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma bulgularına göre araştırma kapsamına giren öğretmenlerin %49.1'i 25-39 yaş grubunda, %48.8'i 40-54 yaş grubunda, %2.2'si 20-24 yaş grubunda olup, tüm öğretmenler için yaş ortalaması 37.96 ± 6.16 'dır(Tablo 2).

Bu bulgulara göre öğretmenlerin orta yaş grubunda oldukları söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; öğretmenlerin %64.2'sinin kadın, %35.8'inin erkek olduğu saptanmıştır(Tablo2) .

Öğretmenlerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; öğretmenlerin %79.6'sının evli, %10.2'sinin bekar, %10.2'sinin ayrı yaşıyor,boşanmış+dul olduğu saptanmıştır(Tablo2) .

Öğretmenlerin mezun oldukları okula göre dağılımlarına bakıldığında, öğretmenlerin %30.6'sının Eğitim Enstitüsü, %27.2'sinin Açık Öğretim Fakültesi Ön lisans, %24.4'ünün Eğitim Fakültesi, %17.9'unun diğer fakülte ve yüksek okullardan (Fen Fakültesi, Su Ürünleri Fakültesi, Edebiyat Fakültesi) mezun olduğu görülmektedir (Tablo 2) .

Buna göre araştırma yapılan kurumlarda Eğitim Enstitüsü mezunu öğretmenlerin daha fazla olduğu söylenebilir.

Öğretmenlerin gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; öğretmenlerin %58.6'sının gelirinin gidere göre az, %38.9'unun gelirinin gidere göre dengeli, % 2.5'inin gelirinin gidere göre yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 2).

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin çalışma sürelerine göre dağılımlarına bakıldığında; öğretmenlerin %79.7'sinin 10 yıldan fazla bir süredir, %13.3'ünün 6-9 yıldır, %7.0'ının 1-5 yıldır çalıştığı görülmektedir. Öğretmenlerin çalışma yılı ortalaması 16.40 ± 6.90 'dır.(Tablo 2).

Öğretmenlerin aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde; büyük bir çoğunluğunun (%92.9) çekirdek aile, %5.6'sının geniş aile, %1.5'inin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Özen(1994)'in Bornova bölgesinde yaptığı araştırmada çekirdek aile oranının en yüksek oranda olduğu (%87.33) bulunmuştur (63).

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin %74.1'nin başka bir yerden göç etmiş, %25.9'unun ise göç etmemiş olduğu, göç eden öğretmenlerin %27.8'inin göç etmeden önce şehirde, %27.5'inin kasaba/ilçede, %11.1'inin büyükşehirde, %7.7'sinin köyde yaşadığı, %27.8'inin 10 yıl ve üzeri, %27.5'inin 6-9 yıldır, %18.8'inin 1-5 yıldır İzmir'de yaşadığı saptanmıştır. Öğretmenlerin İzmir'de yaşama yılı ortalaması ise 3.41 ± 0.792 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Erefe ve ark.(1988) yaptıkları alan araştırmalarında, İzmir genelinde ailelerin %49.87'sinin kente göçle geldiklerini, bunların %46.1'inin şehirlerden göç ettiğini, %51.78'inin on yıldan fazla bir süredir bu şehirde yaşadıklarını belirtmektedirler (20).

Araştırma bulguları Erefe ve ark. yaptığı araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında, İzmir'e göç etme oranında bir artış olduğu görülmektedir. Ancak bu artışta öğretmenlerin tayin durumları göz ardı edilmemelidir.

4.2. Öğretmenlerin ve Ailelerinin Sağlık Durumları ve Sağlık Alışkanlıklarının İncelenmesi

Öğretmenlerin ve ailelerinin fiziksel ve ruhsal hastalıkları olma durumları incelendiğinde; Öğretmenlerin %81.8'inin fiziksel bir hastalığının olmadığı, %99.4'ünde ruhsal bir hastalık bulunmadığı ve ailelerin %89.8'inde de ruhsal bir hastalık bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Öğretmenlerde fiziksel bir hastalık bulunmama oranının yüksek olması, bu popülasyonda sağlık durumu ile ilgili iyi bir gösterge olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra, öğretmenlerin sağlıkla ilgili problemlerinin değerlendirilmesinde tek söz sahibi ve tedavi edici kişi olarak hekime öncelik verme düşüncesine sahip olması, soru formundaki sağlıkla ilgili soruların yanıtlanmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Öğretmenlerde ve ailelerinde ruhsal bir hastalık bulunmama oranının yüksek olması, ruhsal hastalıkların toplumsal değer yargılarından dolayı açıklanmasından kaçınıldığını düşündürmektedir.

Doğan ve ark.(1996) Sivas ilinde yaptıkları epidemiyolojik alan araştırmasında saptadıkları sonuçlar bu araştırma sonuçları ile büyük benzerlik göstermektedir(18).

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin doktora gitme sıklıkları ve son 6 ay içinde doktora gidiş nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde %91.4'ünün hemen hemen hiç doktora gitmediği, %8.6'sının sık sık doktora gittiği, son 6 ay içinde doktora giden öğretmenlerin %35.8'inin doktora gitme nedeninin fiziksel bir rahatsızlık olduğu saptanmıştır(Tablo 5).

Fiziksel ve ruhsal hastalık belirtmeyen öğretmenler için bu sonuçlar beklenen sonuçlardır.

Öğretmenlerin alışkanlıkları incelendiğinde;%40.7'sinin sigara kullanmadığı, %34.3'ünün sürekli ve %24.0'ının ara sıra sigara kullandığı, %55.2'sinin alkol kullanmadığı, %44.8'inin ara sıra alkol kullandığı saptanmıştır(Tablo 6).

Bahar ve ark.(1993) Bornova bölgesinde koroner kalp hastalığı risk faktörleri prevalans araştırmasında, bireylerin %50.71'inin sigara, %5.48'inin alkol kullandığını belirtmişlerdir(4).

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Bülteninde, 1988 yılında yapılan araştırmada, Türkiye genelinde sigara içme oranının %43.6 olduğu belirtilmektedir(17).

Kasatura; yurdumuzda yapılan bir araştırmada, bireylerin %6'sının hergün alkol kullandığını bildirmektedir(41).

Yukarıda sözü edilen araştırma sonuçları bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir.

4.3.Öğretmenlerin Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verdikleri Yanıtların İncelenmesi

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin somatizasyon ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; Öğretmenlerin "DOĞRU" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%78.1) "İştahım iyidir", en düşük oranda belirtilenin(%17.6) "Ayda bir iki defa ishal olurum", "YANLIŞ"olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%82.4) "Ayda bir iki defa ishal olurum", en düşük oranda belirtilenin(21.9) "İştahım iyidir" olduğu saptanmıştır. Somatizasyon ölçeği ifadeleri içinde en yüksek ortalamanın(0.82 ± 0.38) "Ayda bir iki defa ishal olurum" ifadesinde olduğu, en düşük ortalamanın ise (0.21 ± 0.41) "İştahım iyidir" ifadesinde olduğu görülmektedir(Tablo 7).

Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; öğretmenlerin "Hiç yok"olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%69.1) "Nefes almada güçlük", en düşük oranda belirtilenin(%18.1) "baş ağrısı" olduğu, "Çak az var" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%37.7) "baş ağrısı",en düşük oranda belirtilenin(%24.1) "Bulantı yada midede rahatsızlık hissi olduğu, "Orta derecede var" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%36.4) "baş ağrısı",en düşük oranda belirtilenin(%5.6) "Nefes almada güçlük"olduğu, "Fazla var" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%6.5) "Bel ve sırta ağrıları",en düşük oranda belirtilenin(%0.9) "Nefes almada güçlük"ve "Sıcak soğuk basmaları"olduğu, "Aşırı derecede var" " olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%1.9) "Adale(Kas) ağrıları",en düşük oranda belirtilenlerin sırasıyla(%0.3) "Sıcak soğuk basmaları", "Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma", "Boğazınıza bir yumruk tıkaması"ve "Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi" maddelerinde olduğu saptanmıştır(Tablo8).

Öğretmenlerin her iki ölçekten aldıkları toplam puanların ortalamaları, standart sapmaları ve min, max değerleri incelenmiştir. Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.50 ± 5.93 ,min değeri 2.00, max. değeri 31.00olarak, SCL-90-R

somatizasyon alt ölçeği toplam puan ortalaması 0.616 ± 0.403 , min değeri 0.00, max değeri 3.00 olarak bulunmuştur(Tablo9).

4.4. Somatizasyon Ölçeğinin Madde Analizi Bulgularının İncelenmesi

Somatizasyon ölçeği için yapılan madde analizi sonuçları incelendiğinde; maddelerin Ki-Kare değerleri 80.35 ile 3.63 arasında değişmektedir ve “Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim”(0.056) maddesi dışındaki tüm maddelerin birbirleriyle olan ilişkisi $p \leq 0.00$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 10).

Elde edilen bu sonuçlar ölçek maddelerinin bir tutarlık içinde olduğunu göstermektedir.

4.5.Somatizasyon Ölçeğinin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi

Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlığı için yapılan Kuder-Richardson-20 güvenirlik katsayısı incelendiğinde; somatizasyon ölçeğinin Kuder-Richardson-20 güvenirlik katsayısı 0.83 olarak saptanmıştır.(Tablo 11)

Bu katsayının 1'e yakın olması somatizasyon ölçeğinin güvenirliğini desteklemektedir.

Yapılan testi yarılama yönteminde ölçeğin 1.yarı alpha değeri 0.8810 ve 2. yarı alpha değeri 0.8439, iki yarı arasındaki korelasyon değeri $r = 0.6327$ olarak bulunmuştur. Tüm ölçeğin Guttman Split Half değeri 0.7661, Unequal-Lenght-Spearman Brown değeri 0.7995 olarak bulunmuştur(Tablo12).

Bu yöntemle saptanan katsayılar somatizasyon ölçeğinin güvenirliğini desteklemektedir.

Somatizasyon ölçeğinin test- re test uygulaması sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı ve puan ortalamaları incelendiğinde; somatizasyon ölçeği puan ortalaması I. Uygulamada 9.86 ± 7.06 , II. Uygulamada 9.97 ± 7.04 olarak bulunmuştur. Her iki uygulama arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Kat

Sayısının $r = 0.996$ olduğu ve iki uygulama arasındaki ilişkinin $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

İki uygulama arasındaki korelasyon kat sayısının yüksek bulunması ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir.

4.6. Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi

Somatizasyon ölçeğinin geçerliği için yapılan Birlikte geçerlik sonuçları incelendiğinde; Somatizasyon ölçeği ve SCL-90-R SOMA alt ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 12.50 ± 5.930 ve 0.616 ± 0.403 olarak bulunmuştur. Her iki ölçek arasındaki ilişkiyi göstermek için kullanılan "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kat sayısı $r = 0.80$ olarak saptanmıştır (Tablo 14).

Bu katsayının da 1'e yakın olması ölçeğin geçerliğini desteklemektedir.

4.7. Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyo Demografik Özelliklerle İlişkinin İncelenmesi

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamasını etkileyebileceği düşünülen sosyo demografik özellikleri incelenmiştir.

Somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları ile öğretmenlerin yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, 20-24 yaş grubunda bulunan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 9.66 ± 5.75 , 25-39 yaş grubunda 12.38 ± 5.99 , 40-54 yaş grubunda 12.11 ± 5.88 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde öğretmenlerin yaş grupları ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. ($F = 0.63$, $p > 0.05$). (Tablo 15).

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamasının cinsiyetleriyle ilişkisi incelendiğinde, kadınların somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.04 ± 5.95 , erkeklerin 12.47 ± 5.89 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin cinsiyetlerine göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. ($t = 0.53$, $p > 0.05$) (Tablo 16)

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamasının medeni durumlarıyla ilişkisi incelendiğinde; Bekar olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 13.21 ± 6.22 , evli olanların 12.25 ± 6.01 , boşanmış dul yada ayrı yaşıyor olanların ortalamasının ise 10.71 ± 6.20 olduğu bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında bir fark olup olmadığını gösterebilmek için varyans analizi yapılmıştır. Öğretmenlerin medeni durumlarına göre somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($F=0.96, p>0.05$). (Tablo 17).

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile gelir durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; Geliri gidere göre yüksek olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.62 ± 8.84 , Geliri gidere göre dengeli olan öğretmenlerin 12.26 ± 6.03 , Geliri gidere göre az olan öğretmenlerin 12.14 ± 5.75 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.03, p>0.05$). (Tablo 18)

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile aile tipleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Çekirdek aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.19 ± 6.03 , Geniş aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.66 ± 4.32 , Parçalanmış aile yapısına sahip olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 10.80 ± 5.06 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile aile tipleri arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($F=0.19, p>0.05$). (Tablo 19).

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği puan ortalamasının göç etme durumlarına göre incelendiğinde; göç edenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 13.35 ± 5.54 , göç etmeyenlerin ise 11.79 ± 6.01 'dir. Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile göç etme durumları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($t=0.03, p<0.05$) (Tablo 20)

Göç edenlerin puan ortalamaları göç etmeyenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu bulguya göre, göç eden öğretmenlerde somatizasyon belirtileri, göç etmeyenlerden daha fazladır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün, Ruh Sağlığının Ruhsal Boyutları ile ilgili yayınında, insanların ekonomik ve sosyopolitik nedenlerle göç ettikleri, bu bireylerde uyum güçlükleri, beklentilerin gerçekleşmemesi, sosyal alanın kısıtlılığı, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama, kendilerine farklı ve önyargılı davranılması, insan haklarının göz ardı edilmesi ve ucuz işçi olarak çalıştırılma ile karşı karşıya kalmaları gibi nedenlerle yaşadıkları stres verici olayların, onlarda ruhsal belirti ve hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir(66).

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile göç etme süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Göç etme süresi 1-5 yıl olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.56 ± 6.22 , Göç etme süresi 6-9 yıl olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği puan ortalamaları 11.36 ± 5.84 , Göç etme süresi 10 yıl ve üzeri olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.36 ± 5.87 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin göç etme süreleri ile somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır($p > 0.05$).(Tablo 21)

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile fiziksel hastalıkları olma durumu arasında ki ilişki incelendiğinde; Fiziksel bir hastalığı olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 14.10 ± 6.51 , fiziksel bir hastalığı olmayan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 11.77 ± 5.72 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.($t = 0.006$, $p < 0.05$)(Tablo 22).

Fiziksel bir hastalığı olan öğretmenlerin puan ortalamaları, fiziksel hastalığı olmayan öğretmenlerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguya göre, fiziksel hastalığı olan öğretmenler, diğerlerinden daha fazla sayıda somatik belirti göstermektedir.

Öğretmenlerde fiziksel bir hastalığın varlığının yarattığı güçlüklerin ve işlevsel kayıpların endişeye neden olduğu , bunun sonucunda bireylerin kişilik yapıları doğrultusunda ruhsal sıkıntı ve belirtiler ortaya çıkardıkları düşünülmektedir.

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamasının doktora gitme sıklıklarıyla olan ilişkisi incelendiğinde; Hastalık olunca doktora giden öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalamaları 12.34 ± 6.02 , nadiren gidenlerin 12.80 ± 6.42 ,

sık sık gidenlerin ise 13.85 ± 6.26 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($F=1.98, p>0.05$). (Tablo 23).

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile son 6 ay içinde doktora gitme nedeni arasındaki ilişki incelendiğinde; son 6 ay içinde doktora gitme nedeni fiziksel bir rahatsızlık olan öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam ortalaması 11.94 ± 6.06 , ruhsal bir rahatsızlık olanlarınki ise 10.86 ± 10.87 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0.41, p>0.05$). (Tablo 24)

B Ö L Ü M V

SONUÇ

İlköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerliğini ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın bulgularına göre, aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır:

- Öğretmenlerin yarısına yakınının orta yaş grubunda(%49.1) olduğu saptanmıştır. Öğretmenlerin %64.2'si kadın, %35.8'i erkek, %79.6'sı evli, yarısına yakını(%30.6) Eğitim Enstitüsü mezunu, yarısından fazlasının(%58.6) gelirinin gidere göre az, çoğunun(%79.7)10 yıldan fazla bir süredir öğretmenlik yaptığı, çalışma yılı ortalamalarının ise 16.40 ± 6.90 olduğu,büyük bir çoğunluğunun(%92.9) çekirdek aileye sahip olduğu,öğretmenlerin çoğunluğunun(%74.1) başka bir yerden göç etmiş olduğu ve %27.8'inin 10 yıldan fazla bir süredir İzmir'de yaşadığı,öğretmenlerin büyük çoğunluğunun fiziksel (%81.8)ve ruhsal(%99.4) bir hastalığının olmadığı ve ailelerinde %89.8'inde de ruhsal bir hastalık bulunmadığı saptanmıştır.
- Öğretmenlerin alışkanlıkları incelendiğinde; öğretmenlerin yarısına yakınının sigara(%40.7), yarısından fazlasının(%55.2)alkol kullanmadığı saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin somatizasyon ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; Öğretmenlerin çoğunluğunun "DOĞRU" olarak belirttikleri ifadelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%78.1) "İştahım iyidir"ifadesi olduğu, en düşük yanıtın ise(%17.6) ile "Ayda bir iki defa ishal olurum" maddesinde olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına giren öğretmenlerin SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; öğretmenlerin "Hiç yok"olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%69.1) "Nefes almada güçlük", en düşük oranda belirtilenin(%18.1) "baş ağrısı" olduğu, "Çak az var" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%37.7) "baş ağrısı",en düşük oranda belirtilenin(%24.1) "Bulantı yada midede rahatsızlık hissi olduğu, "Orta derecede var" olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%36.4) "baş ağrısı",en düşük

oranda belirtilenin(%5.6) “Nefes almada güçlük”olduğu, “Fazla var” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%6.5) “Bel ve sırtta ağrılar”,en düşük oranda belirtilenin(%0.9) “Nefes almada güçlük”ve “Sıcak soğuk basmaları”olduğu, “Aşırı derecede var” ” olarak belirttikleri maddelerin içinde en yüksek oranda belirtilenin(%1.9) “Adale(Kas) ağrıları”,en düşük oranda belirtilenlerin sırasıyla(%0.3) “Sıcak soğuk basmaları”, “Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma”, “Boğazınıza bir yumruk tıkaması”ve “Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi” maddelerinde olduğu saptanmıştır.

- Öğretmenlerin her iki ölçekten aldıkları toplam puanların ortalamaları, standart sapmaları ve min, max değerleri incelendiğinde; Öğretmenlerin Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalaması 12.50 ± 5.93 , min değeri 2.00, max değeri 31.00 olarak, SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği toplam puan ortalaması 0.616 ± 0.403 , min değeri 0.00, max değeri 3.00 olarak bulunmuştur
- Somatizasyon ölçeğinin madde analizi sonuçları incelendiğinde; maddelerin Ki-Kare değerleri 80.35 ile 3.63 arasında değişmektedir ve “Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim” maddesi dışındaki tüm maddelerin birbirleriyle olan ilişkisi $p \leq 0.00$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.
- Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlığı için yapılan Kuder-Richardson-20 kat sayısı incelendiğinde; Somatizasyon ölçeğinin Kuder-Richardson-20 güvenilirlik kat sayısı 0.83 olarak saptanmıştır.
- Testi yarılama tekniği ile ilgili veriler ölçeğin 1.bölümünün alpha katsayısı 0.8810, 2.bölümünün alpha katsayısı 0.8439 olarak saptanmıştır.Bu iki bölüm arasındaki korelasyon değeri $r = 0.6327$ olarak bulunmuştur.Tüm ölçeğin Gutman Split half katsayısı 0.7661, Spearman Brown katsayısı 0.7995 olarak bulunmuştur.
- Somatizasyon ölçeğinin test- re test uygulaması sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı ve puan ortalamaları incelendiğinde;Somatizasyon ölçeği puan ortalaması 1.uygulamada 9.86 ± 7.06 , 2. uygulamada 9.97 ± 7.04 olarak bulunmuştur. Her iki uygulama arasındaki ilişki için Pearson Momentler Çarpımı

Korelasyon Kat sayısının $r=.996$ olduğu, iki uygulama arasındaki ilişkinin $p<0.05$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır.

- Somatizasyon ölçeğinin geçerliği için yapılan Birlikte geçerlik sonuçları incelendiğinde; ; Somatizasyon ölçeği ve SCL-90-R SOMA alt ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 12.50 ± 5.930 ve $.616\pm .403$ olarak bulunmuştur. Her iki ölçek arasındaki ilişki için " Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kat sayısının $r= .80$ olduğu saptanmıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik için elde edilen tüm veriler somatizasyon ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

- Somatizasyon ölçeği puan ortalaması ile göç etme($t=0.03$, $p<0.05$) ve fiziksel hastalık bulunma durumu($t=0.006$, $p<0.05$ dışındaki yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, aile tipi, göç etme süresi, doktora gitme sıklığı gibi değişkenlerle istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen veriler ışığında şunlar önerilebilir:

1. Somatizasyon bozukluğu bir yandan önemli iş gücü kayıplarına yol açan,diğer yandan gereksiz tetkiklere,tıbbi hatta cerrahi girişimlere neden olarak hastaneye yatışlarla sonuçlanabilen ruhsal bir hastalıktır. Bu nedenle toplum tarama çalışmaları yapılmalıdır.
2. Somatizasyon ölçeğinin klinik tanıya yardımcı bir araç olarak kullanılabilmesi için daha ileri araştırma teknikleriyle irdelenmesi gerekmektedir.
3. Gelecekte yapılacak araştırmalarda somatizasyon ölçeğinin öğretmenler haricindeki diğer örneklemeler için güvenilirlik ve geçerlik incelemelerinin yapılması,ölçeğe ilişkin daha zengin norm değerlerine sahip olunabilmesi açısından önemlidir.
4. Ölçek toplam puan ortalaması ile göç arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Göç, psikososyal ve sağlık sorunlarına neden olabilecek karmaşık bir olaydır. Göç eden bireylerin,içinde buldukları durum ile baş edebilmeleri için danışmanlık hizmetleri yanı sıra,yaşam koşullarının düzeltilmesi için yönetsel düzenlemeler yapılmalıdır.
5. Ruhsal ve fiziksel hastalıklar,bireyde yeti yitimine,sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bireylere sağlıkları ile ilgili eğitim programları oluşturularak sağlığın korunması, olası sağlık sorunlarının belirtileri,sağlık sorunlarının yaşam şekline etkisi ve olumlu sağlık alışkanlıkları anlatılmalıdır.
6. Ruhsal bozukluklar, temel sağlık hizmetleri içinde ele alınması gereken önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Bu hizmetin planlanma ve uygulamasında disiplinler arası bir çalışmanın gerekliliği,bu alanda toplum ruh sağlığı hemşireliğinin önemini ortaya çıkartmaktadır. Bu bağlamda, Hemşirelik Yüksek Okullarının müfredat programları,alanda ise hizmet içi eğitim programları ile hemşirelerin bu hizmette yer almaları sağlanmalıdır.

ÖZET

Araştırma, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarında görev yapan öğretmenler de somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılmış analitik türde bir alan araştırmasıdır.

Araştırmanın evrenini, İzmir Valiliği Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 49 ilköğretim okulunda görev yapan 701'i kadın 372'si erkek olmak üzere toplam 1073 öğretmen oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise araştırma yöntemlerinden yararlanılarak 14 ilk öğretim okulundan seçilen 324 öğretmen oluşturmuştur.

Gerekli verileri toplayabilmek için üç tür soru formu kullanılmıştır. Bunlar, araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu, somatizasyon ölçeği ve SCL-90-R ölçeğidir.

Tanıtıcı bilgi formundan elde edilen bilgilere göre; öğretmenlerin %64.2'si kadın %35.8'i erkektir, tüm öğretmenlerin yaş ortalaması 37.96+-6.16'dır. Evlilik oranı %79.6, eğitim enstitüsü mezunlarının oranı %30.6'dır, %58.6'sının geliri gidere göre azdır.

Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı(Kuder Richardson-20) 0.83, test retest güvenilirlik katsayısı 0.996 ,tesi yarılama tekniği(Split Half) ile, 1.yarı alpha değeri 0.8810, 2.yarı alpha değeri 0.8439, SCL-90-R ölçeği ile olan Benzer Ölçek korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı korelasyon Katsayısı),0.80 olarak bulunmuştur. Bu veriler doğrultusunda somatizasyon ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak saptanmıştır.

Öğretmenlerin somatizasyon ölçeği toplam puan ortalaması 12.201±5.930'dur. Somatizasyon ölçeği puan ortalamalarını etkileyen tanıtıcı özelliklerin; öğretmenlerin göç etme durumları ve fiziksel hastalık bulunma durumu olduğu saptanmıştır

SUMMARY

This is a field study of analytical type which was performed in order to determine validity and reliability of the somatization scale on the teachers who are acting in primary education schools which are associated with İzmir Governor's Office The National Education Directorate of Bornova District

Total 1073 teachers as being 702 woman and 372 men who are acting in the 49 primary education schools which are associated with Izmir Governor's Office The National Education Directorate of Bornova District have been forming the scope of the study.

324 teachers have constituted the sampling of the study. The teachers were selected with random sampling method by utilising the simple random sampling chart.

Tree types of questionnaire forms were used to be able to collect the necessary data. These are the definitive information form which was developed by the researcher for determining the sociodemographic features of the teachers, The Somatization Scale and SCL-9-R scale.

According to the information having been obtained from the applied questionnaire form, 64.2% of the teachers are woman and 35.2% are men, the average of all the teachers is $37.96 \pm 6/16$. The rate of marriage is 79.6%, the proportion of the graduates from the education institutions is 30.6%, income of 58.6% are less compared to the expenses.

The reliability coefficient of internal consistency of the somatization scale (Kuder Richardson-20) is 0.83, test – retest reliability coefficient is 0.996. It was found by Split Half technique that, 1. Half alpha value is 0.8810 and 2. Half alpha value is 0.8439. The similar scale correlation (Pearson Multiplication of Moments correlation coefficient) with SCL-90-R was found 0.80. In result of these date, somatization scale was determined as valid and reliable scale.

The average point of the somatization scale of these teachers is 12.201 ± 5.930 , The sociodemographic features affecting the average points of the somatization scale were determined as the immigration situations and physically illness situation of the teachers.

KAYNAKÇA

- 1.Akbiyık,İ.,”Birinci Basamak Sağlık Birimlerinde Somatizasyon Bozukluğu”, Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(3): 208-214
- 2.Arsan,C.,Erdoğan,B.,Oğuz,A., “Somatizasyon ve Tıptaki Önemi”, Dirim Aylık Tıp Dergisi Sayı : 11 - 12,Kasım - Aralık, 1985 , 323 – 332
- 3.Arsan,C.,Erdoğan,B.,Oğuz,A.,“Somatizasyon,Önemli Bir Tıbbi Sorun”, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt: 2 Sayı :2 Temmuz, 1987 ,74 - 87
- 4.Bahar Z., Erefe İ., Argon G., Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Topluda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Prevalans Araştırması, E.Ü.Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No: Hem 001-90, İzmir,1993
- 5.Bass, C., Benjamin, S., “The Menagement of Chronic Somatization.”.Br., J. Psychiatry, 162:472.480,1993
- 6.Baştürk, M., Oğuz, A., Sofuoğlu, S.,Besim, T., Esendemir, C., “Somatizasyon Bozukluğu Vakalarında Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi”. I. Anksiyete Sempozyumu, 5 -7 Haziran 1992, Nevşehir, ss.217
- 7.Baştürk, M., Oğuz, A., Sofuoğlu, S., Besim, T., Esendemir, C., “Somatizasyon Bozukluğu Vakalarında Demografik ve Sosyo Kültürel Özellikleri”; I. Anksiyete Sempozyumu, 5 -7 Haziran 1992, Nevşehir, ss.217
- 8.Biridges KW, Goldberg DP,Evans B ve ark.(1991) Determinants of somatization in primary care. Psychol Med,21:473-483
- 9.Buckwalter, K.C.,Community Mental Health and Home Care, Psychiatric Mental Health Nursing, (Ed.) Mc. Forland G.K., Thomas, M.D., J.P. Lippincott Company. USA, 1991, 893-901
- 10.Butcher, J.N., MMPI-Research Developments and Clinical Applications. Mc. GrawHill Book Company, 1969
- 11.Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman ve ark.(1984) An adoption study of somatoform disorders. 2.İdentification of two discrete somatoform disorders. Arch Gen Psychiatry,41:863-871
- 12.Coşkun, B., “Türkiye ’de Ruh Sağlığı Hizmetleri İle İlgili Varolan Kaynaklar, Bu konudaki Güçlükler ve Çözüm Yolları”, Toplum ve Hekim. Türk Tabibler Birliği Yayın Organı Ekim, 1987 Sayı:5 ,11-19

- 13.Çermik, Ö., “Somatizasyon : Bir Derleme.” Türk Psikiyatri Dergisi, 3:(4), 1992, 281- 283
- 14.Çevik, A.”Psikosomatik Hastalıklarda Psikolojik Etioloji”, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi-I, İlkbahar, 1997, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları,19-30
- 15.Dağ, İ., “Belirti Tarama Listesi (SCL - 90 - R) ‘nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliği ve Geçerliği”. Türk Psikiyatri Dergisi 2(1), 1991.
- 16.Dahistrom, W.G., Welsh, G.S., Dahistrom, L.E., MMPI - Research Applications. 1976
17. Doğan, F., “Ruh Sağlığı Hizmetleri”. Ruh Sağlığı Bülteni, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müd., Ankara. 1993,14
- 18.Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G.,Kaya, B., Önder, Z., Özkürkçügil, A., Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, I. Baskı Dilek Matbaası, Sivas 1995
- 19.Doğan, O., Akyüz, G., Kaya, B. Ve ark., Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi II, Dilek Matbaası,Sivas, 1996
- 20.Erefe İ., Kocaman G., Bayık A. ve ark., İzmir Anakentinde Aile ve Toplum Sağlığı Öncelikleri, E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu Projesi, İzmir,1988.
- 21.Ergin. C., “ Bir İş Doyumu Ölçümü Olarak, İş Betimlemesi Ölçeği Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 1997, 12(39), 25-36
- 22.Escobar, J. I, Burnam, M.A., Korna, M., Ve Ork., “Somatization in the Community”. Arch. Gen. Psychiatry, 44:713-718, 1987
- 23.Fabrega J, Mezzich J,Jacob R ve ark.(1988) Somatoform disorders in a psychiatric setting. Systematic comparisons whit depression and anxiety disorders. J.Nerv Ment Dis, 176(7): 431-439
- 24.Ford CV(1986) The somatizing disorders.Psychosomatics,25(5): 327-337
- 25.Fortinash, K.M., Worret, P.A., Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby-Year Book İnc.,USA,1996, 712-725
- 26.Graham, C.R, MMPI Uygulama ve Yorumlama Rehberi Çeviren: Oya Sorias. E.Ü.ED.FAK. Yayınları No:82 E.Ü.Basımevi - Bornova, İzmir 1996

- 27.Gökçe, B., Toplumsal Bilimlerde Araştırma. Savaş Yayınları- Ankara, 1992
- 28.Havadaroğlu, S.,Sezgin, N., (Çevirenler) Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları. Türk Psikologlar Derneği ve ÖSYM Yayını, 1998
- 29.Hayran,O.,“Ruh Hastalıklarını Birinci Basamakta Saptamaya İlişkin Yöntem”, Sağlık Dergisi (SSYB), 60, 2, 111 - 115, 1988
- 30.Hayran,O.,“Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sağlık Ocağı Düzeyinde İncelenmesi”. Sağlık Dergisi(SSYB), 60, 1, ss:123 -127, 1988
- 31.Hofling, C.K., Leininger, M., Hempirelikte Ana Psikiyatri Kavramlar. Çeviren: Aysel Kumral, 1981 – İstanbul
- 32.Hisli, N., “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği”, Türk Psikoloji Dergisi Haziran 1994, 9(31), 3-17
- 33.Hisli, N., Durak, A., “Kısa Semptom Envateri (Brief Symptom Inventory – BSİ) Türk Gençleri İçin Uyarlanması, Türk Psikoloji Dergisi, 1994, 9(31), 44-56
- 34.Işık, E., Nevrozlar. Başkent Matbaası, Ankara, 1996 ss.:285 – 297
- 35.İkiz, F., Püskülcü, H., Eren, Ş., İstatistiğe Giriş, 4. Baskı, Barış Yayınları
- 36.İpçi, M., “Somatoform - Psikosomatik - Psikofizyolojik Hastalıklar”. Dirim Aylık Tıp Dergisi, Mart – Nisan, Sayı:3 - 4, 1983
- 37.Kaplan, I.H.,Sadock , B.J.Comprehensive Textbook of Psychiatry / V, volume: 1 Fifth Edition 1989, ss.:1009 - 1012
- 38.Karaman, T., Büyükberber, Ç., “Psikomatik Hastalarda Aile Algısı ve Ruhsal Yapılanma.” Türk Psikiyatri Dergisi 2: (3) 1991, 183 - 187
- 39.Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, Kavramlar, İlkeler, Teknikler, I. Basım, 1995
- 40.Karasar, N., Araştırmalarda Rapor Hazırlama, 8. Basım, 1995
- 41.Kasatura İ.,Alkol ve Arkadaşları, Sistem Yayıncılık ve Mat.San. Tic. A.Ş.,İstanbul,1995
- 42.Katon, W., Ergan, K., Miller, D., “Chronic Pain : Lifetime Psychiatric Diagnoses and Family History.” AM.J.Psichiatri 142:1156 - 1160.1985
- 43.Kellner R, Sheffield BR(1983) The one week prevalence of symtoms in neurotic patients and normals. Am J Psychiatry,130: 102-105

44. Keltner, N.L., Schwecke, H.L., Bostram, E.C., Psychiatric Nursing. Second Edition, 1995
45. Keltner, L.N., Introduction to Psychiatric Nursing (Ed.). Keltner , N.L., Schwecke, L.H., Bostrom, C.E., Mosby- Year Book Inc., USA, 1995, 3-15
46. Kılıç, C., Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar , Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1997, 34-41
47. Kirmayer LJ, Robbins JM(1991) Three forms of somatization in primary care, Prevalence, co-occurrence, and sosyodemografic charecteristic. J Nerv Ment Dis,179:647-655
48. Kleinman A(1986) Depression, somatization and the new cross-culturel psychiatri. Soc. Sci Med, 11:3-10
49. Koptagel - İlal, G., Tıpsal Psikoloji 1984, İstanbul , 373 - 388
50. Koptagel-İlal, G., “Somatizasyon yada İmdat Çağrısı”. Türk Psikiyatri Dergisi 3:(3), 1992 ,199 - 204
51. Koptagel -İlal, G., “Günümüz Tıbbında Psikosomatığın Yeri”. II. Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu. 5 - 6 Kasım 1992, İstanbul ,191 - 197
52. Koptagel - İlal, G., Psikiyatri - Psikosomatik - Psikoterapi 3. Yinelenmiş ve Genişletilmiş Baskı, 1985
53. Köroğlu, E., Psikiyari DSM - III - R, Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1989
54. Kum,N. ve ark. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:13, 1996,132-158
55. Küey, L. ve Ark., “Türkiye ‘de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerinde Bir Gözden Geçirme Çalışması”. Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği Yayın Organı Eylül - 1987 Sayı: 44 ,16
56. Lancaster, J.,Bayer, D., Community Psychiatric Care, Principles and Practice of Psychiatric Nursing(Ed.), Stuart, G.W., Sudeen, S.J., Mosby-Year Book Inc.,USA, 1991,762-764
57. Lipowski, Z.J., Somatizion: The concept and Its Clinical Application.” Am. J. Psyhiatry 145(11) : 1358 - 1368.1988

58. Oğuz, A., "Anksiyete ve Somatizasyon" I. Anksiyete Sempozyumu 5 - 7 Haziran, 1992, Nevşehir, 145
59. Oxman, T.E., Rosenberg, S.D., Schnurman, P.P., ve Ork., "Lingustic Dimensions Of Affcet and Thought in Somatization Disarders" Am.J. Psychiary 142:1150 - 1155; 1985
60. Öner, N., Güvenirliği ve/ veya Geçerliği Sınanmış Psikolojik Testler, Türk Psikoloji Dergisi, 1994, 9(33), 9-18
61. Öner, N., Türkiye de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Matbaası, 1996, Mayıs -592-594
62. Özcebe, H., Vargel, İ., Yurdakul, M., Yurdakul, S., Hemşireleri İçin Psikiyatri, 1989
63. Özen R. Ve ark., "Hekimlerde Ruhsal Belirti Dağılımı Üzerine Bir Çalışma", Toplum ve Hekim, Şubat 1994, 6-12.
64. Özgüven, İ.E., Psikolojik Testler, Yeni Doğu Matbaası, Ankara, 1994
65. Özkan, S., Psikiyatrik- Psikososyal Tıp-Konsültasyon- Liyezon Psikiyatri Bülteni, İ.Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D. Liyezon Psikiyatri Birimi, 1993
66. Öztekin, Z., Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 1992
67. Öztürk, M.O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 1995
68. Rezaki, M., ve ark. "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması", Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1): 9-11
69. Ruiz, M.J., Community Mental Health, Psychiatric Mental Health Nursing (Ed.) Johnson B.S., J.B. Lippincott Company, USA, 1993 748-755
70. Sağduyu, A., "Somatizasyon Nedir?" Türk Psikiyatri Dergisi 5:(4), 1994, 257 - 264
71. Sağduyu, A., "Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Somatizasyon." Türk Psikiyatri Dergisi 6:(1), 1995, 21 - 29
72. Sağduyu, A., Özmen, E., "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar: Pratisyen Doktor Tanıları, Veriler, Tedaviler, Eğitimin Etkisi", Türk Psikiyatri Dergisi, 1996, 7(3), 176-184
73. Sartorius, N., "21. Yüzyılda Ruh Sağlığı Politika ve Programları.", Çev: Üstün, B., Toplum ve Hekim, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Kasım 1987 Sayı 46, 31
74. Savaşır, I., "Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları". Türk Psikoloji Dergisi, Özel sayı, Psikolojik Testler I, Cilt:9 Sayı:33, Aralık, 1994

- 75.Scully, J.H., Psikiyatri Çevirenler: Erhan Bayraktar, Erol Özmen. 1990 İzmir
- 76.Sevgi, C., Kentleşme Sürecinde İzmir ve Gecekondular Aralık. 1988, İzmir
- 77.Seyfioğlu, E.U., “Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) İçerik Ölçeklerinin Psikiyatrik Örnekleme Uyarlanması.” E.Ü. Psikoloji Böl. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi Ekim - 1994 – İzmir
- 78.Shore, J.H., Community Psikiyatri, Comprehensive Text Book of Psychiatry/V, (Ed.), Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Williams&Wilkins, USA,1989, 2063-2070
- 79.Sorias,S.,Sorias,O.,“Psikiyatrik Hastaların MMPI Alt test Özelliklerinin AraştırılmasıI.Geçerlilik Alt Testleri”,E.Ü.T.F.Dergisi,Cilt:23Sayı:4,1984 ,1429 - 1435
- 80.Sorias, O., “MMPI Testi ile DSM -III - Ruhsal Bozuklukları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” E.Ü.T.F. Dergisi Cilt 27 Sayı:1, 1988 ,31 - 43
- 81.Stacwel, F., “Holistic Nursing”. Nursing Time, April - 1989 ,62
- 82.Staphone, M., Lancaster, J., community Health Nursing The C.V. Mosby Company 1988, USA ,6630 - 6647
- 83.Sümbüloğlu,K.,Sümbüloğlu,V.,Biyostatistik,5.Baskı,ÖzdemirYayıncılık, 1994
- 84.Swartz M,Landerman R, Blazer D ve ark.(1989) Somatization Disorders in community population. Am J Psychiatry,143: 1403-1408
- 85.Şahin, N., “Psikoloji Araştırmalarında Ölçek Kullanımı”. Türk Psikoloji Dergisi, Özel sayı, Psikolojik Testler I. Cilt:9, Sayı:33, Aralık 1994
- 86.Şimşek, İ, “Psikomatik Sindirim Sistemi Hastalıkları”. Dirim Aylık Tıp Dergisi, Sayı:5 - 6, Mayıs - Haziran 1987
- 87.Taylor, C.M., Essential of Psychiatric Nursing. Thirteenth Ed. 1990,281– 297
- 88.Topsever, Y., Psikolojide Araştırma , Deney ve Analiz, Ege Ü. Basımevi, İzmir, E.Ü. Edebiyat Fak. Yayınları, No:60, 1991
89. Ünal,M.,“Stres vePsikomatikTıp”,TürkPsikiyatriDergisi 1:(3)1990,190 – 196

**EK I - ÖĞRETMENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ
TANITICI BİLGİ FORMU****TANITICI BİLGİ FORMU**

Denek No :

Adı - Soyadı :

Adresi :

Tel :

1. Yaşı :

2. Cinsiyeti : 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Durumu :

1- Bekar 2 - Evli 3 - Boşanmış 4 - Dul 5 - Ayrı Yaşıyor

4. Eğitim Durumu :

1-Okur - Yazar

2-İlkokul Mezunu

3-Ortaokul veya Lise Mezunu

4-Yüksekokul veya Fakülte Mezunu

5. Ne iş yapıyorsunuz ? :

.....

6. Aileniz kaç kişiden ve kimlerden oluşuyor ? :

.....

Aile Tipi :

1 - Çekirdek

2- Ataerkil geniş Aile

3- Geçici Geniş Aile

4- Parçalanmış Aile

7. Kaç yıldır İzmir 'de oturuyorsunuz ? :

1- Bir yıldan az 3 - 6-10 yıl

2- 1-5 yıl 4 - 10 yıl ve Üstü

8. İzmir 'e başka bir şehirden mi göç ettiniz ? :

1- Evet 2 - Hayır

9. Evet ise buraya hangi şehirden geldiniz ? :

1- Büyükşehir Bölge :

2- Şehir İl :

3- Kasaba / İlçe

4- Köy

10.Şu anda gelir durumunuz nasıldır ? :

1- Gelir - Gidere göre yüksektir

2- Gelir ve Giderler dengelidir

3- Gelir - Gidere göre daha azdır

11.Hangi nedenle Sağlık Ocağı 'na geldiniz ? :

.....

12.Sizin tedavi gerektiren fiziksel bir hastalığınız var mı ? :

1- Evet 2 - Hayır

13.Sizin tedavi gerektiren ruhsal bir hastalığınız var mı ?:

1 - Evet 2 - Hayır

14.Ailenizde tedavi gerektiren ruhsal bir hastalığı olan var mı ? :

1- Evet ise nedir ? :

Kimdir ? :

EK II –SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Tarih:

Denek No:

Yaş:

SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre **DOĞRU** yada **YANLIŞ** olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın.

Bazı sorular birbirinin aynısı yada tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

1- Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2- İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3-Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4-Ayda bir iki defa ishal olurum	Doğru	Yanlış
5-Midemden oldukça rahatsızım.	Doğru	Yanlış
6-Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7-Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8-Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9-Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok.	Doğru	Yanlış
10-Bazen başımda sızı hissederim.	Doğru	Yanlış
11-Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12-Sağlığım birçok arkadaşımın ki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13-Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14-Ensemde nadiren ağrı hissederim.	Doğru	Yanlış
15-Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16-Çabucak yorulmam.	Doğru	Yanlış
17-Pek az başım döner yada hiç dönmez.	Doğru	Yanlış
18-Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.	Doğru	Yanlış
19-Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20-Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	Doğru	Yanlış
21-Hemen hergün mide ağrılarından rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış

22-Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir	Doğru	Yanlış
23-Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım	Doğru	Yanlış
24-Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.	Doğru	Yanlış
25-Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım	Doğru	Yanlış
26-Çoğu zaman bana kafam şişmiş yada burnum tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış
27-Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.	Doğru	Yanlış
28-Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	Doğru	Yanlış
29-Hayatımda hiç bir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.	Doğru	Yanlış
30-Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.	Doğru	Yanlış
31-Hiç felç geçirmediğim yada kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	Doğru	Yanlış
32-Ortada hiçbir neden yokken haftada bir yada daha sık biredenbire her yanıma ateş basar.	Doğru	Yanlış
33- Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma , gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissederim.	Doğru	Yanlış

TEŞEKKÜRLER

EK III - RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL - 90 - R)

RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL - 90 - R)

Aşağıda herkeste olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen herbir soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun bugün de dahil son bir ay içinde sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini gözönüne alarak yan taraftaki karenin içini çarpılayın. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisi okunaklı bir biçimde yazın.

Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

Örnek :

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
1.Baş Ağrısı			x		

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
1.Baş Ağrısı					
2.Sinirlilik yada İçinde titreme hissi					
3.Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoş gitmeyen düşünceler					
4.Baygınlık yada baş dönmesi					
5.Cinsel istek ve ilginin azalması					
6.Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7.Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8.Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
9.Olayları hatırlamada zorluk					
10.Dikkatsizlik yada sakarlıkla ilgili endişeler					
11.Kolayca gücenip rahatsız olma hissi					
12.Göğüs yada Kalp bölgesinde ağrılar					
13.Caddelerde yada açık alanlarda korku hissi					
14.Enerjinizde azalma yada yavaşlama hali					
15.Hayata son verme düşünceleri					
16.Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak					
17.Titreme					
18.Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi					
19.İştah azalması					
20.Kolayca ağlama					
21.Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22.Tuzağa düşürülmüş yada yakalanmış hissetmek					
23.Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24.Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					
25.Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu					
26.Olanlar için kendini suçlama					
27.Bel ve sırtta ağrılar					

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
28.İşlerin yapılmasını erteleme duygusu					
29.Yalnızlık hissi					
30.Karamsarlık hissi					
31.Herşey için çok fazla endişe duyma					
32.Herşeye karşı ilgisizlik hali					
33.Korku hissi					
34.Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35.Diğer insanların sizin özel düşüncülerinizin farkında olması					
36.Başkalarının sizi anlamadığı yada dikkate almadıkları hissi					
37.Başkalarının sizi sevmediği yada dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38.İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39.Kalbin çok hızlı çarpması yada kalp çarpıntısının artması					
40.Bulantı yada midede rahatsızlık hissi					
41.Kendilerini başkalarından aşağı görme duygusu					
42.Adale(Kas) ağrıları					
43.Başkalarının sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu hissi					
44.Uykuya dalmada güçlük					
45.Yaptığınız işleri bir yada birkaç kez kontrol etme					
46.Karar vermede güçlük					

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
47.Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu					
48.Nefes almada güçlük					
49.Sıcak-soğuk basmaları					
50.Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ve durumlardan kaçınma hissi					
51.Hiç bir şey düşünmeme hali					
52.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma					
53.Boğazınıza bir yumruk tıkanması					
54.Gelecek konusunda tümitsizlik hali					
55.Düşüncelerinizi toparlamada güçlük					
56.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57.Gerginlik yada coşku hissi					
58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59.Ölüm yada ölmeyi düşünme					
60.Aşırı yemek yeme					
61.İnsanlar size baktığı yada hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma					
62.Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63.Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği					
64.Sabahları çok erken saatte uyanma					
65.Yıkanma, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama hali					
66.Uykuda huzursuzluk yada rahatsızlık					

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu					
69.Başkalarının yanında kendinizi çok sıkılgan hissetme					
70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi					
72.Dehşet ve panik nöbetleri					
73.Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi					
74.Sık sık münakaşa etme					
75.Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76.Başkalarının sizi başarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77.Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi					
78.Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma					
79.Kendinizi değersiz hissetme duygusu					
80.Size kötü bir şey olacaktı duygusu					
81.Bağırma yada eşyaları fırlatma					
82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83.Eğer fırsat verirsiniz insanların sizden yararlanacağı duygusu					

	Hiç Yok	Çok Az Var	Orta Derecede Var	Fazla Var	Aşırı Derecede Var
84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma					
85.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri					
86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89.Suçluluk duygusu					
90.Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi					

ÖZGEÇMİŞ

1971 Yılında İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini tamamladıktan sonra, 1988-1992 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda eğitim alarak mezun oldu. 1992-1994 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde Yoğun Bakım hemşiresi olarak çalıştı. Bu arada 1993 yılında Psikiyatri Hemşireliği dalında yüksek lisans sınavını kazandı. 1994 yılında hastaneden ayrılarak Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlayan araştırmacı,halen aynı kurumda görev yapmaktadır. Evli ve bir kız çocuğu annesidir.



TC. YEREL YETKİLİ
YERLİ İNTERNETİSİYON