



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN KADINLARIN RUH SAĞLIĞI
DURUMLARININ KARSILAŞTIRILMASI**

Beyza Nur GEMCİ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL

İSTANBUL – 2017

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN KADINLARIN RUH SAĞLIĞI
DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

BEYZA NUR GEMCİ

14101001

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. ALPER EVRENSEL

İstanbul – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144101001
Öğrenci Adı Soyadı	: Beyza GEMİCİ
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL
Tezin Başlığı	: Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 07.04.2017	Saati	: 17.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BIRLIGI <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BIRLIGI ile REDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ NPSYAN ETİLER POLİKLİNİĞİ Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dip.No: 71227/96759
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Mesut KARAHAN	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Beyza Nur GEMCİ
Ekim, 2016

ÖNSÖZ

Araştırmanın her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle cömertçe paylaşan, teşvik edici ve yönlendirici olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel hocama,

Yüksek lisans derslerime giren ve yol gösteren tüm hocalarıma,

Yoğun çalışma hayatında kısıtlı zamanlarında dahi, sorularıma samimiyetle yanıt veren ve tez aşamasındaki zorlukları atlatmama yardımcı olan Halil Utku Altın'a,

Başarılarım için her adımında dayanağım olan, beni cesaretlendiren, maddi ve manevi hiçbir desteğini eksik etmeyen aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Beyza Nur GEMCİ
Ekim, 2016

(GEMCİ, Beyza Nur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması

Özet

Kadınların toplumsal çerçevede, ücretli bir işte çalışmaya başlamasıyla birlikte aile, sosyal ve ekonomik alanlarda değişimler meydana geldiği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 400 milyondan fazla kişinin ruhsal sorun yaşadığını, kadınların erkeklere oranla daha fazla olumsuz ruhsal belirtiler sergilediklerini belirtmiştir. Toplum ruh sağlığını geliştirmek adına kadınlara yönelik uygulanacak ruh sağlığı politikaları üzerinde durulmalıdır. Buna bağlı olarak bu araştırma da ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruh sağlığı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırma örneklemini, tesadüfi küme örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırma örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan mavi ve beyaz yakalı 18 yaşından büyük 41 kadın ile İstanbul ilinde yaşayan ücretli bir işte çalışmayan 40 kadın oluşturmaktadır. Kadınların ruhsal belirtilerini saptaman amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan sözel onay alınmış ve veriler SPSS 21.00 programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular incelendiğinde, ortay yaş ve üzeri olan, boşanmış olan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, uzun süre kasaba ve köy de yaşayıp il merkezine göç eden, yalnız veya arkadaşları ile birlikte yaşayan, tanı konulmuş sağlık problemi olan, çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşayan, geçmişte veya halen psikiyatrik/psikolojik tedavi gören ve birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk olan kadınların olumsuz ruhsal belirti puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ücretli bir işte çalışan 46-55 yaş aralığındaki kadınların ve düşük maaşda çalışan kadınların olumsuz ruhsal belirtilerinin çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Arladaş veya akrabaları ile birlikte yaşayan, geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi gören, birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk saptanan çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre daha fazla olumsuz ruhsal belirti sergiledikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kadın Ruh Sağlığı, Ruhsal Belirtiler

(GEMCI, Beyza Nur, Master Degree, Istanbul, 2016)

Comparing Mental Health Situations of Employed and Unemployed Women

Abstract

It is known that, with the women start being wage worker in the social perspective, there have changes in family, social and economical fields. WHO (World Health Organization) has stated that, over 400 million people are suffering from sanity problems and women display more sanity signs than men. To develop social sanity, it must be discussed on the politics performed on women sanity. Therefore, this study is about the sanity comparison of the working women and non-working women

The set of study is determined by random cluster sampling method. The study set is consisting of 41 white and blue collar women over age 18 living in Istanbul and 40 non-working women living in Istanbul. For the purpose of detecting sanity problem signs on women, Short Symptom Inventory (SSI) and Sociodemographic Info Form are used. A verbal approval is asked to volunteer women who participate the study and results are evaluated through SPSS 21.00 programme.

Upon examining the results, women who are middle age and over middle age, divorced, low-income and low-educated, migrated to city centers after a long village life, alone or living with friends, having sickness with diagnosis, having parent loss on early ages, having psychiatric commitment present or in the past, having first degree relatives with sanity problems, are high scored in sanity signs. No significant relation between working and non-working women is detected. The sanity problem signs of working women between age 46-55 detected as to be higher than the non-working women. Non-working women who are living with friends or relatives, having psychiatric commitment present or in the past, having first degree relatives with sanity problems displays more negative sanity problem signs than working women.

Key words: Women Sanity, Sanity Signs

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	i
Önsöz	ii
Özet	iii
Summary	iv
İçindekiler	v
Simge ve Kısaltmalar Listesi	viii
Tablolar Listesi.....	ix
Ekler Listesi	xi
BİRİNCİ BÖLÜM- KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR... 1	
1.1. Ruh Sağlığı ve Tarihçesi	1
1.1.1.Ruhsal Hastalık	4
1.1.2.Ruhsal Bozukluk Etiyolojisi	5
1.1.3.Ruh Sağlığı Araştırmaları	6
1.1.4.Kişilik Kuramcılarına Göre Ruh Sağlığı	8
1.1.4.1.Sigmund Freud.....	8
1.1.4.2.Karen Horney	8
1.1.4.3.Alfred Adler	8
1.1.4.4.Harry Stack Sullivan.....	8
1.1.4.5.Eric Ericson.....	9
1.1.4.6.Erich Fromm	9
1.1.4.7.Abraham Maslow	9
1.1.5.Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması	9
1.1.6.Ruhsal Bozukluk Çeşitleri	10
1.1.6.1.Depresyon	10
1.1.6.2.Somatizasyon (Bedensel Belirti Bozukluğu).....	11
1.1.6.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	12
1.1.6.4.Kişilerarası Duyarlılık	14
1.1.6.5.Anksiyete Bozukluğu.....	14
1.1.6.6. Öfke ve Düşmanlık (Hostilite)	15

1.1.6.7. Fobik Anksiyete	15
1.1.6.8. Paranoid Düşünceler	16
1.6.6.9. Psicotizm	16
1.1.7. Ruh Sağlığı Hizmetleri	16
1.2. Araştırmanın Amacı	20
1.2.1.Problem Cümlesi	21
1.2.2.Araştırmanın Önemi	21
1.4.3.Araştırmanın Soruları	21
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM	23
2.1.Araştırma Yeri ve Örneklem Grubu	23
2.2.Araştırmanın Sınırlılıkları	23
2.3.Veri Toplama Araçları.....	23
2.3.1.Kişisel Bilgi Formu	23
2.3.2.Kısa Semptom Envanteri	24
2.4.Araştırma İşlemleri.....	25
2.5.Verilerin Analizi.....	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	26
3.1. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
3.2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri İlişkisi	32
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA	63
4.1. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kısa Semptom Envanterine Ait Puan Ortalamalarının İncelenmesi	63
4.2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri İlişkisinin İncelenmesi	65
BEŞİNCİ BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	81
5.1.Araştırma Sorularının Cevapları.....	81
5.2.Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler	87
KAYNAKÇA	90
EKLER	97
ÖZGEÇMİŞ	105

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistial for Social Sciences

KSE: Kısa Semptom Envanteri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	27
Tablo 2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 3. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Yaş Değişkenine Göre İncelenmesi	32
Tablo 4. Kadınların Yaş Dilimleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	34
Tablo 5. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre İncelenmesi	35
Tablo 6. Kadınların Medeni Durumları ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	37
Tablo 7. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre İncelenmesi	38
Tablo 8. Kadınların Eğitim Düzeyleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	39
Tablo 9. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Miktarı Değişkenine Göre İncelenmesi	40
Tablo 10. Kadınların Gelir Düzeyleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	42
Tablo 11. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Merkezi Değişkenine Göre İncelenmesi	43
Tablo 12. Kadınların Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Merkezi ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	45
Tablo 13. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Beraber Yaşadıkları Kişi Değişkenine Göre İncelenmesi.....	46
Tablo 14. Kadınların Birlikte Yaşadıkları Kişi Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	48
Tablo 15. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu Değişkenine Göre İncelenmesi	49
Tablo 16. Kadınların Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	51
Tablo 17. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Ebeveyn Kaybı Yaşama Değişkenine Göre İncelenmesi	52
Tablo 18. Kadınların Çocukluk veya Ergenlik Çağında Ebeveyn Kaybı Yaşama Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	53

Tablo 19. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkenine Göre İncelenmesi	54
Tablo 20. Kadınların Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	56
Tablo 21. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Halen Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkenine Göre İncelenmesi	57
Tablo 22. Kadınların Halen Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	58
Tablo 23. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Birinci Derece Akrabalarında Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Değişkenine Göre İncelenmesi	59
Tablo 24. Kadınların Birinci Derece Akrabalarında Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları ..	61

EKLER LİSTESİ

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

EK 3: Kısa Semptom Envanteri

EK 4: Etik Kurul Raporu

EK 5: Özgeçmiş

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Ruh Sağlığı ve Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıklı olmanın bedensel, ruhsal, sosyal ve manevi anlamda iyilik halinde olma olduğunu ve bu durumun temel hak, sosyal bir amaç olduğunu belirtmiştir (Karataş, 1998). Bedensel sağlığın tanımının yapılması daha kolayken ruh sağlığı tanımlarının farklılaştığı ve daha karmaşık olduğu görülmüştür. Normal ve anormal davranışların ayrımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişmektedir. Ruh sağlığı; “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanmıştır (Öztürk, 2004; akt. Yılmaz, 2007).

Ruh sağlığı tanımlarında ruh ifadesi, bilincin kendisini işaret etmektedir. Ruh; var olmanın, büyümenin, gelişmenin birleşiminden meydana gelen bütüncül bir sistem olarak ifade edilir. Psikolojik problemlerin varlığı, nesne ve olaylara yüklenmiş olan olumsuz anlamlarda başlamaktadır. Ruh sağlığı, bunun tam tersi olarak büyüyüp gelişmektedir. Bu anlamlandırma süreci içerisinde, içinde bulunulan koşullar ve neden sonuç ilişkileri olaylara verilen tepkileri etkilemektedir (Jaspers; akt. Ünalın, 2014).

Eski tanımlara göre “madde ve ruh” yeni ifadelere göre “fizyolojik ve psikolojik” kavramları kişiliğin iki yönünü tanımlamaktadır. Kişinin fizyolojik yönden rahatsızlıkları ve sağlıklı olması fiziksel sağlık, psikolojik yönden rahatsızlıklarının olması ruhsal problemler, iyi olma hali de ruh sağlığı olarak tanımlanır (Koç, 2002). Budak (2000) ruh sağlığını “kişinin kaygıdan, işlev kaybına neden olan semptomlardan uzak, yaşamış olduğu çevre ve topluma uyum sağlayıp kendisine yüklenen rolleri yerine getiren, günlük hayat içerisinde karşılaşılabileceği stresli durumlarla normal sınırlar içerisinde baş edebilme yeteneği ile tanımlanan ruhsal durum” olarak tanımlamıştır (Budak, 2000).

Günümüzde psiko-sosyal ve ruh sağlığı kavramları konusunda tartışmalar yaşanmaktadır. Bir bakıma, normal ile anormalin arasında bir sınırın olmadığı belirtilmektedir (Pınar, 2013). Bu yaklaşıma farklı görüşlerde eşlik etmektedir. Bu görüşlere göre, toplumsal kurallara uyup çevre ile uyumlu yaşamanın normal, bu toplumsal kurallardan farklı davranmanın anormal olduğu belirtilmiştir. Bir farklı görüş ise normallığın, bireyin duygu durum olarak kendisini iyi hissetmesi olduğunu belirtir. Bu bakış açılarına göre kişinin tutum ve davranışları toplum ve çevrenin yapısına uysa bile kişinin gelişimini ve iyilik halini olumsuz etkiliyorsa normal dışı kategorisinde değerlendirilebilir (Yapıcı, 2007).

İlkel çağlarda ruhsal problemler yaşayan bireylerin kötü ruhların etkisinde kalıp lanetlendiklerine inanılırdı. Bu kötü ruhların kendilerine bulaşmasından korkanlar, ruh sağlığı bozulmuş kişilere karşı olumsuz tutumlar sergilemişlerdir (Şirin, 2008). Eski çağlarda ruh hastalığının doğal sebepler sonucu ortaya çıktığı, Hipokrat, Eflatun, Aristo gibi bilginler tarafından ortaya konulmaya çalışılmıştır. Orta çağ da ruh sağlığı bozulmuş kişilerin şeytanla iş birliği yaptığı, kötü tanrıların temsilcileri oldukları belirtilerek toplumdan uzaklaştırılmış, zindanlara atılmış ya da diri diri yakılarak öldürülmüşlerdir. Türk ve İslam toplumlarında ruh sağlığına bakış açısı genellikle hoşgörü içermekteydi. Şifahaneler ve müzikle tedaviler ile ruh sağlığı bozulmuş bireyler toplum içerisinde tutulmaya devam edilmiştir (Şirin, 2008).

Kişilerin yaşamlarını, sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmeleri için ruhsal, bedensel ve sosyal olarak bir iyilik ve uyum içinde olması gerekir. Ruh sağlığı, kişinin kendi bilinciyle, çevresindeki kişilerle, toplumla; düzenli, dengeli ve uyumlu ilişki kurabilmesi için gerekli olan çabayı göstermesi olarak ifade edilir (Bahadır, 2009).

Batson, Schoenrade ve Ventis yapmış oldukları çalışmada ruh sağlığını yedi farklı biçimde tanımlayıp kavramsallaştırdıkları belirtilmiştir. Bunlar;

1. Psikiyatrik bir bozukluğun oluşması ya da oluşmaması (Klinik bakış açısı).
2. Toplum yapısına uygun tutum ve davranışlar (Davranışçı ve Sosyal Öğrenme bakış açısı)
3. Endişeli, suçluluk duygusu ve kaygıdan bağımsız olarak duygusal durum (Psikanaliz bakış açısı)

4. Yeterli ve özerk olmak, bazı kabul edilebilir sağlıklı bireysel özelliklerin var olması (Motivasyon Teorileri bakış açısı)
5. Kişinin kendisini olduğu gibi kabul edip gerçekleştirebilmesi (İnsancıl Bakış Açısı)
6. Kişilik bütünlüğü ve organizasyonu (Allportçu Bakış açısı)
7. Açık ve esnek fikirli olabilmek (Akılcı-Duygusal Yaklaşım) (Batson, Schoenrade ve Ventis, 1993; akt. Pınar, 2013)

Ruh sağlığı durağan ve değişmez değildir. Çevreden gelebilecek baskıların fazlalığı, kişinin bunları yorumlama şekli, ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun sonucunda kişi de yoğun üzüntü, kaygı, iç hesaplaşmalar ve davranışlarda bozukluklar meydana gelir. Ruh sağlığında meydana gelecek bozulma, kişinin tüm yaşamını olumsuz etkilemektedir. Kişi kendisinde meydana gelen olumsuz değişimleri fark etmedikçe karamsar, tedirgin ve güvensiz olmaya başlar. Bu değişimleri zamanla çevresine yansıtarak kişiler arası ilişkilerinde de bozulmalar yaşar (Yörükoğlu, 1996).

Ruhsal Sağlık kavramı yerine “normal” ve “uyumlu” ifadeleri de kullanılmaktadır. Offer ve Sabshin (1974) normallik kavramını dört başlık altında ele almışlardır.

Birinci görüş normalliğin sağlamlık olduğunu belirtir. Toplum içerisindeki bireylerin davranışları istatistiksel olarak ele alındığında çoğunluğa uyan davranışların normal, azınlıkların anormal olduğu belirtilir. Bu görüş normal kişiyi, normal dışı belirtileri olmayan kişilik olarak tanımlar

İkinci görüş, normallik diye bir kavramın olmadığını belirtir. Birey tüm kişilik yapısıyla denge ve uyum içerisinde işlevini sürdürüyorsa bu görüşe göre böyle bir şey olamaz. Freud “Normal bir ego, genel olarak normallik kavramı gibi, hayal ürünü bir beklentidir” demiştir.

Üçüncü görüş, Matematikteki çan eğrisi mantığı ile yaklaşır. Bir bakıma ortalamaya göre değerlendirmeyi kapsar. Orta derecede uyumlu olup çoğunluğa uyan yapılar normal kabul edilirken, çan eğrisinin iki ucuna dağılmalar normal dışı olarak tanımlanır.

Dördüncü görüş ise normalliğin bir süreç olduğunu, normal davranışın etkileşim sonucu ortaya çıktığını belirtir. Normalliğin, kişiliğin biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerin etkisi ile bir süreç içerisinde işlevine devam edebilmesi olarak tanımlanır (Geçtan, 2004; akt. Bilgin, 2007).

Bu tanımlara göre normal ve anormalin kesin bir tanımının yapılmasının zor olduğu, birçok faktörden etkilenebildiği söylenebilir. Bu tanımların toplumdan topluma, kültürden kültüre, kişiden kişiye değiştiği görülmüştür (Bostancı, 2000).

1.1.1. Ruhsal Hastalık

Ruhsal hastalık, kişinin düşüncelerinde, davranışlarında ve duygularında olağan dışı değişimlerin meydana gelmesidir. Ruhsal bozukluklar, insanların yaşamlarını olumsuz etkileyen en önemli sağlık problemlerinden birisidir. Ruhsal bozukluklar kişisel ve çevresel sebepler sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Kişisel sebepler, kişinin vücudundan kaynaklanan genetik ve metabolitik etkenlerdir. Çevresel sebepler, yaşanan ortamdan kaynaklanan fiziksel ve sosyal olaylardır. Bu bakımdan ruhsal problemlerin ortaya çıkmasında toplumsal, ekonomik ve politik birçok etken rol oynamaktadır (Akalm, 2006).

Ruhsal problemler biyolojik, psikolojik, toplumsal, ekonomik ve kültürel birçok nedenden dolayı oluşabilmektedir. Genetik faktörler, yaş, cinsiyet, epilepsi, gibi nedenler biyolojik faktörleri oluşturmaktadır. Aşırı koruyucu tutum ve davranışlar, dengesiz eğitim, kardeşler ile ilişkiler, karşı cins ile yaşanan olumsuz ilişkiler, anne ve babanın şiddet ve kavgalarına maruz kalmak, ölüm, boşanma gibi nedenler psikolojik faktörleri oluşturmaktadır. Savaş, göç, sınıfsal dengede bozukluklar, terör ve şiddete maruz kalmak, doğal afetler, okul yaşamında ki zorluklar, toplumsal değişime ayak uyduramama ve ekonomik krizler ruhsal problemlerin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Yoğurtçu, 2009).

Ruh sağlığının biyolojik ve çevresel birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir. İnsan ilişkilerinde ki kopukluklar, kentleşme, ekonomik problemler, işsizlik, kültürler arası farklılık, sağlık problemleri, sosyoekonomik düzeyde dalgalanmalar, şiddet, doğal afetler, kazalar, toplumsal olaylar, göçler, aile içi çatışmalar ve baskılar, beslenme bozuklukları, eğitim düzeyinin yetersizliği ve sağlık hizmetleri veren kurum ve

kuruluşların yetersizliği bireylerin ruh sağlığını olumsuz düzeyde etkileyebilmektedir (Öztürk, 2004; Kaptanoğlu, 2005; Dığrak, 2014).

Ruhsal yönden problem yaşayan bireylerin düşünce, duygu ve davranışlarında tutarsızlık gözlenmektedir. Bu tutarsız davranışların yorumlanması toplumsal ve içinde bulunulan çağa göre farklılık göstermektedir (Öztürk, 2004).

Kişinin bazı semptomları göstermesi, ruh sağlığının bozuk olduğunu belirtmez. Bu semptomların şiddeti, süresi, gerçek ile bağlantısı, dengesi ve uyumu bozup bozmadığı gibi birçok faktörde dikkate alınmalıdır (Ekşi, 2001).

Ruh sağlığı bakımından sorun yaşayan kişilerde duygu, düşünce ve davranışlarda değişimler, aşırı ve uygunsuz halleri ortaya çıkar. Ruh sağlığının olumsuz bir faktör olarak ele alınabilmesi için şu özellikleri taşıması gerekir;

- Sürekli ve ya tekrar edici olmalı
- Kişinin verimli çalışabilmesini etkilemeli
- Çevre ve toplumla ilişkisinde bozulmalar meydana gelmeli (Öztürk, 2004).

1.1.2. Ruhsal Bozukluk Etiyolojisi

Ruhsal bozuklukların meydana gelişi üç başlık altında incelenmektedir.

1. Biyolojik etkenler: Genetik, vücut yapısı, beslenme düzensizliği, fiziksel travmalar.
2. Psikolojik etkenler: Çocukluk ve yetişkinlik dönemi olarak iki başlık altında ele alınmaktadır.
 - a. Çocukluk çağında meydana gelen, yetersiz annelik, reddedilme, çocuğun aşırı korunması, bağımlılığın devam etmesi, aile yaşamındaki düzensizlik ve çatışmalar, anne ve babanın boşanması, aşırı ahlaki ve toplumsal kurallar, baskı, ebeveyn ölümü, nörotik anne-baba, eğitim olanaklarının kısıtlılığı vb.
 - b. Yetişkinlik döneminde karşılaşılan engellemeler, çatışmalar, iş yaşamında başarısızlıklar, gerçek ya da imgesel yitimler, çocukluk çağından kalma saplantılar, düzensiz yaşam şartları vb.
3. Toplumsal etkenler: Yaşanılan çevrenin eğitim düzeyinin düşük olması, azınlık olmak, belli bir ideolojik vb. gruplara aşırı bağlanıp kendini kaybetme, savaş,

işsizlik, cinsiyet ayrımcılığı, göç, ekonomik krizler, doğal afetler vd. (Öztürk, 2004).

1.1.3. Ruh Sağlığı Araştırmaları

Yakın geçmişte ruh sağlığı çalışmalarının sadece hastane ve kliniklerle sınırlı kalmayıp, toplumsal yaklaşımlar da öne çıkmaya başlamıştır. Toplumsal yaklaşımlar ve toplum tabanlı araştırmalar ile koruyucu ruh sağlığı çalışmaları önem kazanmaya başlayıp; kimin, neden, nasıl korunacağı, kimin ne kadar hasta olduğu, kimin ne kadar sağlıklı olduğunun belirlenmesi önemli bir konu haline gelmiştir (Geçtan, 2004).

Günümüzde ruhsal sorunlara yaklaşım ve tedavileri konusunda artan bir ruh sağlığı politikası izlenmektedir. Bunun sebepleri arasında sağlık konusunda yapılan bütüncül yaklaşımlar, ekonomik, sosyal gelişmelerin olduğu belirtilebilir. Ruhsal problemler her ırk, toplum ve kültürde büyük önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, her dört kişiden birisinin ruhsal problem yaşama ihtimalinin olduğunu belirtmiştir. Birçok ülke de yapılan taramalarda ruhsal problemlerin yaygın olduğu ve önemli bir sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir (Pektaş, Bilge ve Ersoy, 2006).

Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere oranla daha çok ruhsal bozukluk tanıları aldıkları saptanmıştır (Hovardaoğlu, 1997). Bunun sebebinin, kadınların tedavi görmek için sağlık kuruluşlarına daha sık başvurdukları bununda ruhsal sorun yaşayan vaka sayımlarında, kadınların yüzdesini arttırmış olabileceği düşünülmektedir (Dökmen, 2003).

Ruh sağlığı ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya göre, 4 farklı liseden 9. ve 11. Sınıflardan seçilen 4640 örneklemede; üzüntü, intihar fikirleri, madde kullanımı, arkadaş kaybı, uyumakta güçlük ve duygusal olarak zorlayıcı olaylara maruz kalma gibi deneyimler yaşayan kişilerin ruh sağlığında önemli ölçüde bozulmaların olduğu tespit edilmiştir (Amaral vd., 2010; akt. Ünalın, 2014).

Selçuk (2010), 18-65 yaş aralığında ki 200 kişi ile yapmış olduğu çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin algıladıkları sosyal destek ve ruh sağlığı düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizin popülasyonu incelendiğinde ruhsal sorunu olanların %20, tanı konulmuş ruhsal bir bozukluğu olanların oranı ise %5-10 oranında olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde 1998 yılında yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Çalışması” nda toplumumuzda %17.2 düzeyinde ruhsal hastalık olduğu tespit edilmiştir. Konulan tanılar; ağrı bozukluğu, depresyon, özgül fobi, sosyal fobi, kronik depresyon ve distimi olduğu belirtilmiştir (Erol vd., 2001).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar incelendiğinde;

1. Psikozun en çok kırsal bölgelerde yaşayanlarda ortaya çıktığı görülmektedir.
2. Klinik anlamda depresif belirti gösterenlerin oranı %10, çeşitli düzeyde depresif belirti gösterenlerin %20 oranında olduğu görülmüştür.
3. Ülkemiz de en sık görülen ruhsal rahatsızlıkların, nevroz, depresyon ve psikosomatik hastalıklar olduğu belirtilmiştir.
4. Kadınlar da nevrozlar, psikosomatik belirtiler, uyku bozuklukları, depresyon daha sık görülürken, erkeklerde genel olarak alkol ve madde kötüye kullanımı, kişilik bozukluklarının daha sık görüldüğü saptanmıştır.
5. Yaş dilimleri olarak incelendiğinde 40 yaş ve üzerinde depresyonun, 45 yaş ve üzerinde nevrozun, 65 yaş ve üzerinde organik problemlerin fazlaştığı görülmektedir.
6. Alkol ve madde kötüye kullanımının sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerde fazlaştığı görülmektedir (Koç, 2006).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamada Türkiye’ de %25 düzeyinde ruhsal bozukluğun olduğu, bunların %10-12’ sinin anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu ayrıca hastalık yükünün %15-20’ sini nevrozik ve strese bağlı sorunların oluşturduğu, kadınlarda depresif belirtilerin yaşam boyu görülme düzeyinin %20-26 olduğu bildirilmiştir (Dığrak, 2014).

Ruhsal sorunlar her ülkede, her kültür ve ırkta görülebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık kuruluşlarına başvuran her dört kişiden birisinin ruhsal ve davranışsal bozukluk yaşadığını her yıl 870.000 kişinin intihar ettiğini belirtmiştir. Tek başına kalan, çevresinden uzaklaştırılan ruhsal bozukluk yaşayan bireylerde yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Tüm bu verilere bağlı kalarak bütün ülkelerde ruhsal problemler, toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (akt. Dığrak, 2014).

1.1.4. Kişilik Kuramcılarına Göre Ruh Sağlığı

1.1.4.1. Sigmund Freud

Freud, psikoseksüel gelişim dönemlerinin sağlıklı bir şekilde yaşanması, id-ego ve süper ego arasında uyumun oluşması, sevme ve çalışma yeteneğine sahip olunması ile ruh sağlığının korunacağını ifade etmiştir (Bayram, 1999). Freud “İnsanın sağlığını koruyan iki faktör vardır. İşini sevmesi ve hayatını sevmesi” demiştir (Akt. Kale, 2007).

1.1.4.2. Karen Horney

Horney kişinin içinde bulunduğu ortamda sevgi, destek ve anlayış sağlanırsa ruhsal yönden sağlıklı olacağını ifade etmiştir. Boyun eğme, saldırganlık ve içe kapanmanın olduğu ortamlarda nevrotik bir yapının oluşacağını belirtmiştir. Bireyin kişilik yapısını koruyucu davranışlar içerisinde olması, ideal bir benlik yapısı yerine gerçek benliğini yaşaması ile ruh sağlığı korunur (Bayram, 1999).

1.1.4.3. Alfred Adler

Adler insanın davranışlarının güç, üstünlük ve vasatlık içgüdülerinden oluştuğunu bu içgüdülerin engellenmesi halinde kişinin kendisini yetersiz ve aşağılık göreceğini belirtmiştir. Kişi bu olumsuz duygularını üstünlük çabalarıyla dengeleyebilmesi ve toplum tarafından onaylanmış yaşam biçimini sürdürmesi ile ruh sağlığının korunacağı ifade edilmiştir. Ruhsal yönden sağlıklı olan bireylerin çevresindeki kişilere sevgi ve yakınlık gösteren, diğer insanların da çıkarlarını gözeten, yenilgiden ve kendisiyle ilgili olumsuzluklardan kaçmayan, özellikler taşıdığını ortaya koymuştur. (Bayram, 1999).

1.1.4.4. Harry Stack Sullivan

Kişinin diğer bireylerle iyi ilişkiler kurup devam ettirmesi, sağlıklı etkileşimler geliştirmesi kişilik oluşumu için önemlidir. Düşünme, hayal kurma, algılama, hatırlama ve diğer tüm ruhsal süreçler insan ilişkilerinin içerisinde yer almaktadır. Diğer insanlarla sağlıklı bir ilişki geliştiren bireylerin ruhsal yönden daha sağlıklı olduğu belirtilmiştir (Bayram, 1999).

1.1.4.5. Eric Ericson

Ericson bireyin kişilik yapısının 8 dönemden oluştuğunu belirtmiştir. Bunlar güven-güvensizlik, özerklik-utanç ve kararsızlık, girişim-suçluluk duygusu, beceri-aşağılık duygusu, ego kimliği-rol karmaşası, yakın ilişkiler-yalnızlık, üretkenlik-kısırlık, ego bütünleşimi-umutsuzluk yaşam dönemleridir. Kişinin yaşam dönemi içerisinde, sağlıklı nitelikler sağlıksız olanlardan fazlaysa ruh sağlığının olumlu olacağını belirtmiştir (Bayram, 1999).

1.1.4.6. Erich Fromm

From kişilerin beş temel gereksinimi olduğunu bunların; ilişki gereksinimi, yaratıcı olma, köklülük gereksinimi (dostluk duyguları geliştir), kimlik gereksinimi ve değer yargıları gereksinimi. Kişi, kişilik yapısını oluşturabilmek için çaresizlik ve yalnızlık duygularından kurtularak, kendi bireyselliğini kaybetmeden diğer insanlarla dayanışma, paylaşma ve sevgi bağlarıyla sağlıklı bir kişilik oluşturacağı belirtilmiştir (Bayram, 1999).

1.1.4.7. Abraham Maslow

Maslow, kendini, başkalarını ve doğayı kabul etmek, problemlerin çözümüne dönük olmak, otonomi sahibi olmak, derinliğine duygulanmak, insanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirmek, kişiler arası ilişkiler kurmak, demokratik karakter yapısına sahip olmak, amacı araçtan ayırmak, yaratıcı olmak, özel ve yalnız yaşamdan zevk almak, günlük yaşam içerisinde yenilikler bulabilmek, içinden geldiği gibi davranmak, olumlu ruh sağlığının belirleyicileridir (Bayram, 1999).

1.1.5. Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması

Dünya da ve ülkemizde, ruhsal rahatsızlıkların tedavisi için bir takım tanı ve sınıflandırma yöntemleri kullanılmaktadır.

Ülkemizde ICD (International Classification of Diseases) ve DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatiksel EL Kitabı- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ve sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Bazı görüşler sadece ölçeklere bağlı kalarak tanı ve sınıflandırma yapmanın ruh sağlığı ve bozuklukları

bilimini tamamen nozoloji (tanı bilimi) durumuna soktuğunu ve bununda bir takım yanlışları beraberinde getireceğini belirtmiştir (Yüksel, 2001).

Ruhsal problemler geniş bir alana yayılmıştır. Bu çalışmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri (KSE) ölçeğinde yer alan ruhsal belirtilerin tanımları aşağıda yer almıştır.

1.1.6. Ruhsal Bozukluk Çeşitleri

1.1.6.1. Depresyon

Duygulanımda çökkünlük, ilgisizlik, zevk alamama ve isteksizlik, bilişsel olarak karamsarlık, kendini değersiz görme, suçluluk ve pişmanlık düşünceleri, davranışlarda yavaşlama, uyku ve iştahta bozulma ile karakterize depresif bozukluklar ülkemizde ve dünyada önemli bir toplumsal sağlık sorunudur (Öztürk, 2004; akt. Yılmaz, 2007).

DSM-V tanı kriterlerine göre Majör Depresyon tanı kriterleri;

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
 3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (bir ay içerisinde ağırlığının %5' inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama.
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.6.2. Somatizasyon (Bedensel Belirti Bozukluğu)

Somatizasyon için yapılan tanımlarda “bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilerden yakınma hali” olarak ifade edilmiştir. Psikolojik ya da duygusal sorunların bedenselleştirilerek ifade edilmesi, bu bedensel rahatsızlıklardan dolayı tıbbi yardım arayışına girmek olarak da ifade edilmektedir (Şahin ve arkadaşları, 2001; akt, Şengül, 2007).

DSM-V tanı kriterlerine göre Somatizasyon (Bedensel Belirti Bozukluğu) tanı kriterleri;

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı büyük ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtilmelidir.

Ağrının baskın olması ile giden: Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

Devam eden sıradaki ağırlığı:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (Ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.6.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon (saplantı), kişinin kontrol etmekte zorlandığı, ısrarlı ve yineleyen, kişide kaygıya neden olan mantıksız ve anlamsız görünmesine rağmen bireyin zihninden uzaklaştıramadığı, benliğe yabancı, biranda ortaya çıkan takıntılı düşünce dürtü ya da imgelerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise, obsesyonları engellemek için yapılan tekrarlayıcı ve bireyin kendisini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar, zihinsel eylemlerdir (Özpoyraz, 2003; Güleç, 2006; Yılmaz, 2007).

Sık karşılaşılan obsesyonlar pislik, bedensel atıklar, miktoplar, bulaşma, kişinin kendisine ya da çevresine bir şey olacağı korkusu, düzen, dinsel düşünceler, yasak cinsel düşünceler, kesinlik gereksinimidir. Sık karşılaşılan kompulsiyonlar ise; aşırı derecede el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama, ritüel davranışlar, tekrar tekrar kapıları, kilitleri kontrol etme, düzenleme ve toplama, biriktirme, başkalarına zarar vermemek için önlemler alma olarak belirtilebilir (Yüksel, 2001; Yılmaz, 2007)

DSM - V tanı ölçütlerine göre obsesif-kompulsif bozukluk tanı kriterleri;

A. Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yerine getirme girişiminde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. El yıkama, düzenleme, denetleme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği (bir zorlantıyı yerine getirerek) ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. Günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşünmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.6.4. Kişilerarası Duyarlılık

Kişinin aşağılık duyguları, yetersizlik hissetmesi, kendisini başkalarıyla kıyaslama ile ilgili olumsuz duygular üzerinde durmasıdır. Kişi, diğer bireylerle ilişkilerinde kendisini değersiz ve işe yaramaz görüp bunun sonucunda huzursuzluk yaşamaktadır. (Konan, 1997).

1.1.6.5. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete (kaygı), bilinmeyen ve anlaşılamayan bir tehlikeyi beklemekte olmanın getirdiği huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak ifade edilir. Kişinin benlik ve bütünlüğüne tehdit algıladığında yaşamış olduğu rahatsız edici duygudur. Anksiyete de korkunun kaynağı belirsizdir. Ancak ortaya çıkan tepki, hissedilen tehditten bağımsız ve orantısızdır (Tokuçcu, 2006).

DSM - V tanı ölçütlerine göre yaygın kaygı bozukluğu tanı kriterleri;

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bir takım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha fazlası) eşlik eder (bazı belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmaktadır).

Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üstünde olma.
2. Kolay yorulma
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma
5. Kas gerginliği
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen uyku uyuma)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkenlerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.6.6. Öfke ve Düşmanlık (Hostilite)

Öfke ve düşmanlık, bireylerin sürekli devam eden bir kızgınlık ve öfke halinin varlığını ifade eder. Öfke ve düşmanlık kişilik özelliği olan bireylerin, güvensiz ve düşük benlik algısına sahip oldukları gözlenmiştir. Kronik olarak kızma, sinirlenme, saldırma, karşı koyma ve öfke hali gibi özellikler taşımaktadırlar (Şengül, 2007). Bu boyutta yer alan maddeler, agresyon, sinirlilik, aşırıya kaçan öfke ve küskünlük gibi duygu ve davranışları kapsar (Koç, Yıldırım ve Tutkun, 2002).

1.1.6.7. Fobik Anksiyete

Fobi, özgül bir nesne, eylem yada durumdan kaçmaya zorlayan yineleyen mantık dışı korkuları ifade etmektedir.

DSM - V tanı ölçütlerine göre özgül fobi tanı kriterleri;

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin korku ve kaygı duyma (yükseklik, hayvanlar, kan görme vb.)

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun süre sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye den olur.

G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştirilen belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesnelere ya da durumlar gibi (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayların anımsatıcıları gibi (örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.6.8. Paranoid Düşünceler

Paranoid düşünceleri olan bireylerde sistemli sınırlar mevcuttur. Şüphe duyma, düşmanlık, büyüklük, bencillik ve özgürlüğü yitirme korkuları görülmektedir. Paranoid düşüncelerin temel özelliği kişinin yansıtma ve inkâr savunma mekanizmalarını aşırı derecede kullanmasıdır (Demirtaş, 2006).

1.1.6.9. Psikotizm

Hezeyanlar, halüsinasyonlar, afektif donukluk, deorganize konuşma (konu dışı sapmalar), ileri seviyede deorganize ve katatonik davranış, sınırlar gibi belirtilere rastlanılmaktadır (Akalın, 2006).

1.1.7. Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruhsal hastalıklar, dünyada yaygın olarak görülme, kronikleşme eğilimi gösterip birçok bedensel hastalık kadar yeti yitimi ile sonuçlanmaları ve iş gücü kaybına neden olmalarından dolayı öncelikli olarak ele alınması gereken rahatsızlıklardır (Tabak ve Şarlak, 2008).

Ruh sağlı ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle u farklı amaca hizmet eder. İlki, kişinin yaşamış olduğu evre içerisinde uyumlu ve başarılı olmasını sağlamak. İkincisi, ruhsal bozuklukların, hastalıkların oluşmasını engellemektir. Uüncü olarak ruhsal yönden problem yaşayan kişilerin tedavi edilmesine yardımcı olup kendisine ve çevresine yeniden kazandırmaktır (Köknel, 1999).

Ruhsal problem yaşayan kişiler uluslararası hukuk ve kuruluşlara göre engelli kişiler olarak kabul edilmektedirler. Ulusal sosyal politika mevzuatları da ruhsal problem yaşayan bireylerin bir kısmını engelli statüsü içerisine dâhil ederek bu kişilere ilgili hak, ayrıcalık ve muafiyet sağlamaktadır. Ülkemizde de kronik ruhsal problemler yaşayan kişiler engelli statüsünde değerlendirilmektedirler (Yılmaz, 2012).

Toplum sağlığı açısından ruhsal problemler dört nedenle önem taşımaktadır;

1. Kişinin yaşamının niteliği ve kalitesi, kişinin ruh sağlığı ile doğru orantılıdır.
2. Birçok tıbbi rahatsızlık yaşayan ve bakıma ihtiyaç duyan kişilerde de ruhsal ve nörolojik bozukluklar meydana gelebilmektedir.
3. Birçok bedensel rahatsızlığın ardında önemli ruhsal sorunlar vardır.
4. Ruhsal problemler, bireyin yaşamına farklı boyutlarda olumsuzluklar getirmesinden dolayı erken ölümlere ya da kalıcı hasarlara yol açabilmektedir (elikkol, 2001).

Köknel (1998), ruh sağlığını korumak ve ruhsal bozuklukları önlemek için bazı kriterlerin olduğunu belirtmiştir.

- a. Kişinin çevresiyle ilişkilerinin sevgi, saygı ve güvene dayalı olması gerekir.
- b. evre, toplum, iş yaşamı, okul hayatı gibi içinde bulunan ortamlarda karşılaşacağı farklı kişi ve durumlara uyum sağlayabilecek esneklikte olmalıdır.
- c. Bireyin öz saygısı yerinde olup, kendi yetenek ve imkânlarını gerçekçi bir şekilde değerlendirebilmelidir.
- . Karşı cins ile sağlıklı bir ilişki yürütebilmelidir.
- d. Gelecekle ilgili hayalleri hedefleri olmalı, bunlara ulaşabilmek adına gerçekçi adımlar atmalıdır.

e. Hayatın getirmiş olduğu zorluklar, engeller hayal kırıklıkları sonucunda yılma ve kaçma davranışı göstermeden, kişi bu zorluklarla kendi imkânlarını bilerek mücadele etmelidir.

f. Kişi hatalarından, yanlışlarından ve başarısızlıklarından ders çıkartıp bunlardan tecrübe edinebilmelidir.

g. Önem verdiği değerleri ve inançları olmalı, diğer kişilerinde bu değer ve inançlara sahip olduğunu bilerek, diğerlerine karşı art niyetten uzak, ön yargısız ve esnek şekilde yaklaşmalıdır.

h. Birey yeniliğe açık olmalı, değişim ve gelişim gösterebilmelidir.

1. Kişi kendisine ve çevresine katkıda bulunacak, kendisini geliştirmesine yardımcı olacak uğraşlarla ilgilenmelidir (Köknel, 1998).

Dünya Sağlık Örgütü Ottawa Planı' nda ruh sağlığını korumak ve geliştirmek için beş farklı eylem planı yayımlamıştır. Bunlar;

1. Sağlık politikası oluşturmak
2. Destekleyici bir çevre yaratmak
3. Toplumsal eylemi güçlendirmek
4. Bireysel becerileri geliştirmek
5. Sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmektir (DSÖ, 2005).

Türkiye' de ruhsal problem yaşayan kişilerden sadece altıda birinin uzman tedavisi görmek için başvuruda bulunduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde ruh sağlığı politikası ve hizmetlerine göre yedi öneri getirilmiştir. Bunlar;

1. Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olup, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına entegre edilmesi,
2. Toplum bazında rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
3. Ruh sağlığı üzerine ayrılan bütçenin arttırılması,
4. Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması,
5. Ruh sağlığı konusunda gerekli yasalar üzerinde çalışılıp yeni yasaların çıkartılması,
6. Stigma (damgalama) konusunda hastaların haklarının korunup savunulması,

7. Ruh sağlığı konusunda eğitimlerin, insan g¼c¼ ve araştırmaların arttırılması (Yılmaz, 2012).

T¼rkiye' de ruh sağlığı hizmetlerinin tedavi edici boyutta kaldığı, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetlerinin yetersiz olduğu g¼r¼lm¼řt¼r. Sağlık Bakanlığı 2020 yılına kadar halkın ruhsal iyilik halini arttırmayı amaçlamaktadır. 2001 yılında "Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Toplum Ruh Sağlığını Korumaya Y¼nelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Projesi" başlatılmış ve birinci basamak sağlık merkezlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin başlatılması hedeflenmiştir. Bir başka projede "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Ruhsal Bozuklukların Tanı, Tedavi, İzleme ve Rehabilitasyonu Projesi" ile psikotik belirtiler g¼steren kişilerin bakım, topluma ve çevreye uyum, rehabilitasyon geçişinin sağlanması amaçlanmıştır (Ocaktan, ¼zdemir ve Akdur, 2004; Altinel, 2008).

D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼, 2001 yılında "Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı" hazırlamış ve bu çalışmada toplumdaki cinsiyet ve sağlık arasındaki ilişkiyi belirleyen etkenin kadının toplumdaki stat¼s¼ olduğu ve toplum sağlığını geliştirmek adına yapılacak çalışmalarda bu gerçeğin g¼z ardı edilmemesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada 2020 yılı itibariyle, toplum ruh sağlığını geliştirmek adına erişilebilir, ucuz ve kapsamlı hizmetlerin sunulması gerektiği yer almaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ¼nlenmesi ile kadınların ruh sağlığının iyileştirilebileceği bu eylem planında yer almaktadır (Akın, Esin ve elik, 2003).

D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ sağlığın korunup s¼rd¼r¼lebilmesi adına bazı gerekli ¼nkořulların sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

1. Çocukların ilgi g¼r¼p sevecekleri bir ortamda doğup b¼y¼meleri gereklidir. İstenmediğini, dışlandığını hisseden çocukların benlik saygıları ve kendilik değerleri olumsuz etkilenmektedir.

2. Kişilerin tercihleri ve seçimlerinin onaylandığı koşullarda eğitim almalıdırlar.

3. Birincil ihtiyaçların karşılanıp, güvenli konut, yeterli gıdaların bulunduğu ortamlarda yaşamaları gereklidir.

4. Savaş ve toplumsal suların olmadığı, barışın ve tatmin edici sosyal rollerin sağlandığı ortamlarda yaşanmalıdır.

5. Bireyin yeteneklerinin desteklenip geliştirildiği, güvenli yaşamaya olanak sağlayan yerlerde yaşlanmak kişilerin sağlıklı olmaları için gereklidir. Bunların sağlanamadığı koşullarda sağlıklı bir tutum beklenemez (Yılmaz, 2007).

1.2. Araştırmanın Amacı

Kadınların toplumsal çerçevede, ücretli bir işte çalışmaya başlamasıyla birlikte aile, sosyal ve ekonomik alanlarda değişimler meydana geldiği bilinmektedir. İçinde yaşamış olduğumuz toplum ele alındığında kadınlar ev işlerinden ve çocuk bakımından sorumlu tutulmaktadır. Bu sorumluluğa ilaveten kadının iş yaşamına atılması bireysel yükünü daha da arttırmaktadır (Çilli vd., 2004). Dünya Sağlık Örgütü yapmış olduğu çalışmada, 400 milyondan fazla kişinin ruhsal problemlerden dolayı yaşam standartlarında bozulmaların meydana geldiğini belirtmiştir. Bu çalışmaya dayanarak kadınlarda ve erkeklerde ruhsal bozuklukların görülme sıklığının farklılaştığı, kadınlara yönelik uygulanacak ruh sağlığı hizmetlerinin üzerinde özellikle durulması ve iyileştirme politikalarının geliştirilip devreye sokulması “Temel Sağlık Hizmetleri, Ruh Sağlığı Kitapçığında” belirtilmiştir (Ekemen, 2006). Ruh Sağlığı ve ruhsal bozuklukların nedenleri, sonuçları üzerinde durulup bu sorunların cinsiyetle ilişkisinin ortaya çıkartılması, toplum ruh sağlığı bakımından önem taşımaktadır. Bu neden ve sonuçlar ele alındığında kadınlara yönelik uygulanacak ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulmalıdır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011). Kadınlarda ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilecek birçok faktör vardır. Bunlar; ev işleri, çocuk bakımı, düşük ekonomik düzey, olumsuz yaşam koşulları, güçsüzlük, itaatkâr olma, işsizlik, ahlaki değer ve baskılar, eğitim yetersizliği, fiziksel ve cinsel istismar, şiddete maruz kalma ve tüm bunların yaratmış olduğu zorlanmalar. Bu yaşam olaylarına maruz kalma sonucunda kadınların olumsuz duygular geliştirip ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabileceği varsayılmaktadır. Bu araştırma, ücretli bir işte çalışmanın ve çalışmamanın, kadınların ruh sağlığı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalara dayanarak, ücretli bir işte çalışmanın kadın ruhsa sağlığı üzerinde koruyucu bir etkiye neden olduğu, çalışmayan kadınlarda depresif belirtilerin yükseldiği, çalışan kadınlarda yaşam doyumunun ve yaşamdan zevk almanın daha fazla olduğu görülmüştür (Çilli vd., 2004). Literatür incelendiğinde çalışan ve çalışmayan kadınların genel ruh sağlığı düzeylerini inceleyen

araştırmalara rastlanılmamış, yapılan araştırmaların semptom düzeyinde (Anksiyete Bozukluğu, Depresyon, Somatizasyon vd.) gerçekleştiği görülmüştür. Bütün bu bilgilere bağlı kalarak bu çalışmada, ücretli bir işte çalışan kadınların ruh sağlığı düzeylerini ücretli bir işte çalışmayan kadınlarla karşılaştırarak, elde edilen veriler ile literatür de eksikliği gözlenen bu alana katkı sağlamaya çalışılmış, diğer yandan araştırma bulgularına bağlı kalarak, çalışan ve çalışmayan kadınlarda ortaya çıkması muhtemel ruhsal sorunlara dikkat çekerek, ilgili kurumlara ve araştırmacılara önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

1.2.1.Problem Cümlesi

Ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların ruh sağlığı düzeyleri bazı sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır? Kadınların ruh sağlığı üzerinde, ücretli bir işte çalışmanın olumlu ya da olumsuz etkileri var mıdır?

1.2.2. Araştırmanın nemi

Ülkemizde cretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruh sağlığı düzeylerini inceleyen araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu araştırmada, kadınlarda meydana gelmesi muhtemel ruhsal problemler göz önüne alındığında, bu problemlerin ücretli bir işte çalışmayla ilişkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Literatürde eksikliği gözlenen bu alana katkıda bulunulmaya çalışılmış, ücretli bir işte çalışmanın ve çalışmamanın kadınlar üzerindeki etkisi gösterilmiştir. Bu araştırma sonuçlarına dayanarak ileride yapılacak araştırmalara ve ilgili kurumlara önerilerde bulunulup, bu alanda farkındalık yaratması bakımından önemlidir.

1.2.3.Araştırmanın Soruları

1. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruh sağlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, yaş değişkenine göre anlamlı bir Şekilde farklılaşmakta mıdır?
3. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, medeni durum değişkenine göre anlamlı bir Şekilde farklılaşmakta mıdır?

4. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

5. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, aylık gelir miktarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

6. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

7. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

8. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, tanı konulmuş sağlık sorunu değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

9. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

10. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

11. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, halen psikolojik tedavi görme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

12. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal belirti düzeyleri, birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilen toplanmasında izlenen yol ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan teknikler açıklanmaktadır.

2.1.Araştırma Yeri ve Örnekleme Grubu

Araştırma örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan mavi ve beyaz yakalı çalışanlardan oluşan 18 yaşından büyük 41 kadın ile İstanbul ilinde yaşayan ücretli bir işte çalışmayan 40 kadın oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme için rastgele seçilen 81 kişilik grup oluşturulmuştur. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara, Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu ve Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma grubu, İstanbul ilinde yaşayan 18 yaşından büyük, ücretli bir işte çalışan 41 kadın ile sınırlıdır. Kontrol grubu, İstanbul ilinde yaşayan, ücretli bir işte çalışmayan 40 kadından oluşmaktadır. Araştırmaya, görüşmeyi engelleyecek düzeyde mental kısıtlılığı olanlar, 18 yaşından küçük bireyler ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar dâhil edilmemiştir.

2.3.Veritoplama Araçları

Bu araştırmada Kısam Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik ve aile bilgilerini belirlemek amacıyla, “Kişisel Bilgi Formu” verilmiştir.

2.3.1.Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmaya dâhil edilen kadınların sosyodemografik ve aile bilgilerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Kişisel Bilgi Formunda; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir miktarı, uzun süre

yaşanılan yerleşim merkezi, halen beraber yaşanılan kişi, tanı konulmuş sağlık sorunu, çocuk ve ya ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşama, geçmişte psikolojik/psikiyatrik tedavi, halen psikolojik/psikiyatrik tedavi, birinci derece akrabalarda tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlık ile ilgili bilgi alıcı sorular bulunmaktadır.

2.3.2.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (KSE), psikiyatrik sorunları saptamak amacıyla kullanılan SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi) ölçeğinin maddeleri arasından seçilmiş 53 maddeden oluşmaktadır. Kısa Semptom Envanteri 5' li likert tipi bir ölçektir. Her madde "hiç yok/ biraz var/ orta derecede var/ epey var/ çok fazla var" seçeneklerine göre cevaplanır. Verilen cevaplara göre maddeler 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek hesaplanır. Kısa Semptom Envanteri 53 madde 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Ölçek, ergen ve yetişkin kişilere uygulanabilmektedir.

- Somatizasyon (S) 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddelerden
- Obsesif Kompulsif Semtom (OKS), 5, 15, 26, 27, 32, 36. maddelerden
- Kişiler Arası Duyarlılık (KD) 20, 21, 22, 42. maddelerden
- Depresyon (D) 9, 16, 17, 18, 35, 50. maddelerden
- Anksiyete (A) 1, 12, 19, 38, 45, 49. maddelerden
- Hostilite (H) 6, 13, 40, 41, 46. maddelerden
- Fobik Anksiyete (FA) 8, 28, 31, 43, 47. maddelerden
- Paranoid Düşünce (PD) 4, 10, 24, 48, 51. maddelerden
- Psikotizm (P) 3, 14, 34, 44, 53. maddelerden
- Ek Maddeler (EM) 11, 25, 39, 52. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçekten alınan puanların yüksekliği kişinin ruhsal belirtilerindeki artışı gösterir. Puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça ruhsal belirtilerdeki artışı, 0' a yaklaştıkça ruhsal belirtilerin azaldığını gösterir (Altınel, 2008).

Ölçeğin üç global indeksi;

Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ): Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, bireylerin ruhsal belirtilerinden duymuş oldukları sıkıntıyı ifade eder. Alt ölçeklerin toplamının 53' e bölünmesi yoluyla elde edilir. $S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM / 53$.

Belirti Toplam İndeksi (BTİ): Belirti toplam indeksi, bireylerin kendilerinde algılamış oldukları ruhsal belirtilerin çeşitliliğini ifade etmektedir. Sıfır işaretlenen maddeler haricindeki maddelerin 1 olarak kabul edilerek elde edilen toplam puandır.

Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ): Semptom rahatsızlık indeksi, bireyin kendisinde var olan belirtilerden duydukları sıkıntının ağırlık ortalamasını ifade eder. Alt ölçek toplamlarının belirti toplamına bölünerek elde edilen puandır. $S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM / \text{Belirti Puanı}$ (Dığrak, 2014).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması N.Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cron-Bach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.96 ve 0.95, alt ölçeklerin katsayıları ise 0.55 ile 0.86 arasında olduğu saptanmıştır (Ekemen, 2006).

2.4.Araştırma İşlemleri

Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalı olup, araştırmaya katılan kadınlardan sözel onay alındıktan sonra katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek anketler uygulanmıştır. Uygulama süresi ortalama 15 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılan kadınlardan Demografik Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanterinin cevaplanması istenmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Verinin istatistiksel analizi SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analizde araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenlerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma testleri uygulanmıştır. Kısa Semptom Envanteriyle elde edilen veriler kadınların yaş, eğitim düzeyi, aylık gelir miktarı vb. bağımsız değerşkenler ile çaprazlanmıştır. İstatistiksel hesaplamada parametrelerin ikiden fazla olduğu gruplarda tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ve aralarında anlamlı ilişki bulunan değerşkenler arasındaki farklılığa neden olan grubu saptamak amacıyla Tukey testi kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında t-testi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesi Pearson korelasyon analizi ile sağlanmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda araştırma problemlerine ilişkin verilerin istatistiksel işlemleri sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.1 Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Çalışan Kadınlar (n=41)	Çalışmayan Kadınlar (n=40)	P
Yaş			.662
18-25 Yaş	20 (%48.8)	19 (%47.5)	
26-35 Yaş	8 (%19.5)	6 (%15.0)	
36-45 Yaş	6 (%14.6)	4 (%10.0)	
46-55 Yaş	7 (%17.1)	11 (%27.5)	
Medeni Durum			.917
Bekar	15 (%36.6)	13 (%32.5)	
Evli	15 (%36.6)	15 (%37.5)	
Boşanmış	11 (%26.8)	12 (%30)	
Eğitim Durumu			.083
İlkokul Mezunlu	6 (%14.6)	12 (%30.0)	
Lise Mezunlu	11 (%26.8)	14 (%35.0)	
Yüksekokul ve Üniversite Mezunlu	24 (%58.5)	14 (%35.0)	
Aylık Gelir Miktarı			.001
0-999	6 (%14.6)	15 (%37.5)	
1000-1999	7 (%17.1)	15 (%37.5)	
2000-2999	9 (%22)	6 (%15.0)	
3000 ve üstü	19 (%46.3)	4 (%10.0)	
Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Yeri			.166
İl	21 (%51.2)	19 (%47.5)	
İlçe	16 (%39)	11 (%27.5)	
Kasaba ve Köy	4 (%9.8)	10 (%25.0)	
Beraber Yaşadığı Kişi			.977
Yalnız	13 (%31.7)	11 (%27.5)	
Anne ve/veya Baba	10 (%24.4)	11 (%27.5)	
Eş ve/veya Çocuklar	15 (%36.6)	15 (%37.5)	
Arkadaş/Diğer Akrabalar	3 (%7.3)	3 (%7.5)	

Tanı Konulmuş Sağlık Problemi			.404
Yok	24 (%58.5)	27 (%67.5)	
Var	17 (%41.5)	13 (%32.5)	
Çocuklukta veya Ergenlikte Ebeveyn Kaybı			.467
Yok	31 (%75.6)	27 (%67.5)	
Var	10 (%24.4)	13 (%32.5)	
Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi			.753
Hayır	27 (%65.9)	25 (%62.5)	
Evet	14 (%34.1)	15 (%37.5)	
Halen Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi			.432
Hayır	29 (%70.7)	25 (%62.5)	
Evet	12 (%29.3)	15 (%37.5)	
Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi			.393
Hayır	25 (%61.0)	28 (%70.0)	
Evet	16 (%39.0)	12 (%30.0)	

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1' de karşılaştırılmıştır.

Araştırma 81 kadın ile uygulanmıştır. Araştırma grubu olan kadınların 41' i ücretli bir işte çalışmakta, 40 kadın ise ücretli bir işte çalışmamaktadır.

Çalışan kadınların yaş değişkenlerine göre dağılımı; 20' si (%48.8) 18-25 yaş aralığında, 8' i (%19.5) 26-35 yaş aralığında, 6' sı (%14.6) 36-45 yaş aralığında, 7' si (%17.1) 46-55 yaş aralığında yer almaktadır.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların yaş değişkenine göre dağılımı; 19' u (%47.5) 18-25 yaş aralığında, 6' sı (%15) 26-35 yaş aralığında, 4' ü (%10) 36-45 yaş aralığında, 11' i (%27.5) 46-55 yaş aralığında yer almaktadır. Bu karşılaştırmaya göre grupların yaş dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.662$).

Çalışan kadınların medeni durumlarına göre dağılımı; 15' i (%36.6) bekâr, 15' i (%26.6) evli, 11' i (%26) boşanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların medeni durumlarına göre dağılımı; 13' ü (%32.5) bekar, 15' i (%37.5) evli, 12' si (%30) boşanmıştır. Bu karşılaştırmaya göre grupların medeni durum dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.917$).

Çalışan kadınların eğitim düzeylerine göre dağılımı; 6' sı (%14.6) ilkokul mezunu, 11' i (%26.8) lise mezunu, 24' ü (%58.5) yüksekokul ve üniversite mezunudur.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların eğitim düzeylerine göre dağılımı; 12' si (%30) ilkokul mezunu, 14' ü (%35) lise mezunu, 14' ü (%35) yüksekokul ve üniversite mezunudur. Bu karşılaştırmaya göre grupların eğitim düzeyi dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.083$).

Çalışan kadınların aylık gelir miktarına göre dağılımı; 6 kadının (%14,6) aylık gelir miktarı 0-999, 7 kadının (%17,1) aylık gelir miktarı 1000-1999 ve 9 kadının (%22) aylık gelir miktarı 2000-2999 ve 19 kadının (%46,3) aylık gelir miktarı 3000 ve üstü olduğu görülmektedir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların aylık gelir miktarına göre dağılımı; 15 kadının (%37,5) aylık gelir miktarı 0-999, 15 kadının (%37,5) aylık gelir miktarı 1000-1999 ve 6 kadının (%15) aylık gelir miktarı 2000-2999 ve 4 kadının (%10) aylık gelir miktarı 3000 ve üstü olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırmaya göre çalışan kadınların aylık gelir miktarının, çalışmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=.001$).

Çalışan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezine göre dağılımı; 19 kadının (%51.2) il merkezinde, 16 kadının (%39) ilçe merkezinde ve 4 kadının (%9.8) kasaba ve köy merkezinde yaşamış oldukları görülmektedir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezine göre dağılımı; 19 kadının (%47.5) il merkezinde, 11 kadının (%27.5) ilçe merkezinde ve 10 kadının (%25) kasaba ve köy merkezinde yaşamış oldukları görülmektedir. Bu karşılaştırmaya göre grupların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.166$).

Çalışan kadınların halen beraber yaşadıkları kişi dağılımı incelendiğinde; 13 kadının (%31.7) yalnız, 10 kadının (%24.4) anne ve/veya baba, 15 kadının (%36.6) eş ve/veya çocuklar ve 3 kadının (%7.3) arkadaş/diğer akrabalar ile yaşadıkları görülmektedir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların halen beraber yaşadıkları kişi dağılımı incelendiğinde; 11 kadının (%27.5) yalnız, 11 kadının (%27.5) anne ve/veya baba, 15 kadının (%37.5) eş ve/veya çocuklar ve 3 kadının (%7.3) arkadaş/diğer akrabalar ile yaşadıkları görülmektedir. Bu karşılaştırmaya göre grupların halen beraber yaşadıkları kişi dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.977$).

Çalışan kadınların tanı konulmuş sağlık problemine göre dağılımı; 24' ü (%58.5) sağlık problemi olmadığını 17' si (%41.5) tanı konulmuş sağlık problemi olduğunu belirtmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların tanı konulmuş sağlık problemine göre dağılımı; 27' si (%61.5) sağlık problemi olmadığını 13' ü (%32.5) tanı konulmuş sağlık problemi olduğunu belirtmiştir. Bu karşılaştırmaya göre grupların tanı konulmuş sağlık problemi dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.404$).

Çalışan kadınların çocuklukta veya ergenlikte ebeveyn kaybı yaşama dağılımı incelendiğinde 31' i (%75.6) ebeveyn kaybı yaşamadığını, 10' u (%24.4) ebeveyn kaybı yaşadığını belirtmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların çocuklukta veya ergenlikte ebeveyn kaybı yaşama dağılımı incelendiğinde 27' si (%67.5) ebeveyn kaybı yaşamadığını, 13' ü (%32.5) ebeveyn kaybı yaşadığını belirtmiştir. Bu karşılaştırmaya göre grupların çocuklukta veya ergenlikte ebeveyn kaybı yaşama dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.467$).

Çalışan kadınların geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 27' si (%65.9) geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görmediğini, 14' ü (%34.1) geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi gördüğünü belirtmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 25' i (%62.5) geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görmediğini, 15' i (%37.4) geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bu karşılaştırmaya göre grupların geçmişinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.753$).

Çalışan kadınların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 29' u (%70.7) psikiyatrik/psikolojik tedavi görmediğini, 12' si (%29.3) halen psikiyatrik/psikolojik tedavi gördüğünü belirtmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 25' i (%62.5) psikiyatrik/psikolojik tedavi görmediğini, 15' i (%37.5) psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam ettiğini belirtmiştir. Bu karşılaştırmaya göre grupların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.432$).

Çalışan kadınların birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 25' i (%61) birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi gören kişinin olmadığını, 16' sı (%39) birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi gören kişi olduğunu belirtmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan çalışmayan kadınların birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımı incelendiğinde 28' i (%70) birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi gören kişi olmadığını, 12' si (%30) birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi gören kişi olduğunu belirtmiştir. Bu karşılaştırmaya göre grupların birinci derece akrabalarında psikiyatrik/psikolojik tedavi görme dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=.393$).

Tablo 2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ruhsal Belirtiler	Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SD$		Beklenen Değerler		Test ve p değeri
	Çalışan	Çalışmayan	Minimum	Maksimum	
Somatizasyon	0.60 ± 0.83	0.88 ± 0.90	0	4	t= -1.429 p= .157
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.004 ± 0.88	1.22 ± 0.95	0	4	t= -1.102 p= .274
Kişilerarası Duyarlılık	0.82 ± 0.69	1.13 ± 0.80	0	4	t= -1.846 p= .069
Depresyon	0.63 ± 0.85	0.88 ± 0.77	0	4	t= -1.399 p= .166
Anksiyete Bozukluğu	0.63 ± 0.84	0.82 ± 0.79	0	4	t= -1.069 p= .288
Hostilite	0.55 ± 0.81	0.69 ± 0.81	0	4	t= -.740 p= .461
Fobik Anksiyete	0.52 ± 0.68	0.44 ± 0.53	0	4	t= -.598 p= .551
Paranoid Düşünce	0.76 ± 0.72	1.01 ± 1.08	0	4	t= -1.278 p= .205
Psikotizm	0.31 ± 0.51	0.61 ± 0.07	0	4	t= -1.847 p= .069
Ek Maddeler	1.10 ± 0.83	1.2 ± 0.75	0	4	t= -1.073 p= .287
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.68 ± 0.63	0.89 ± 0.68	0	4	t= -1.407 p= .163
Belirti Toplam İndeksi	18.41 ± 15.35	21.60 ± 14.51	0	53	t= -.959 p= .341
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.699 ± 0.74	1.93 ± 0.69	0	4	t= -1.485 p= .141

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları tablo 2’ de incelenmiştir. Tabloya göre çalışan kadınlar da en sık görülen psikopatolojik belirtilerin sırasıyla; Ek maddeler (1.10 ± 0.83), obsesif-kompulsif bozukluk (1.004 ± 0.8), Kişilerarası duyarlılık (0.82 ± 0.69), paranoid düşünce (0.76 ± 0.72), anksiyete bozukluğu (0.63 ± 0.84), depresyon (0.63 ± 0.85), Somatizasyon (0.60 ± 0.83), hostilite (0.55 ± 0.81), fobik anksiyete (0.52 ± 0.68) ve psikotizm (0.31 ± 0.51) olduğu görülmüştür. Çalışmayan kadınların psikopatolojik belirti ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; Ek maddeler (1.29 ± 0.75), obsesif kompulsif bozukluk (1.22 ± 0.95), kişilerarası duyarlılık (1.13 ± 0.80), paranoid düşünce (1.01 ± 1.08), somatizasyon (0.88 ± 0.90), depresyon (0.88 ± 0.77), anksiyete bozukluğu (0.82 ± 0.79), hostilite (0.69 ± 0.81), psikotizm (0.61 ± 0.07) ve fobik anksiyete (0.44 ± 0.53) olduğu görülmüştür.

Çalışan ve çalışmayan kadınların ölçeğin alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması (0.68 ± 0.63), belirti toplam indeksi puan ortalaması (18.41 ± 15.35) ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması (1.69 ± 0.74) olarak bulunmuştur. Çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması (0.89 ± 0.68), belirti toplam indeksi puan ortalaması (21.60 ± 14.51) ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması (1.93 ± 0.69) olarak bulunmuştur.

3.2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri İlişkisi

Tablo 3. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Yaş Değişkenine Göre İncelenmesi

Yaş	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
18-25 Yaş	39	0.54 ± 0.68	39	14.20 ± 14.92	39	1.68 ± 0.68
26-35 Yaş	14	0.68 ± 0.65	14	18.85 ± 15.22	14	1.47 ± 0.91
36-45 Yaş	10	1.26 ± 0.60	10	31.10 ± 10.81	10	2.14 ± 0.64
46-55 Yaş	18	1.12 ± 0.48	18	27.22 ± 10.36	18	2.19 ± 0.46
F değeri	F= 6.170 p= .001		F= 6.254 p= .001		F= 4.281 p= .008	

Tablo 3' de Çalışmaya katılan kadınların yaş değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

18-25 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.54, 26-35 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.68, 36-45 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.26, 46-55 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.12 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların yaş değişkenine göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,001<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Belirti toplam indeksine göre; 18-25 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanı 14.20, 26-35 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanı 18.85, 36-45 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanı 31.10, 46-55 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanı 27.22 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların yaş değişkenine göre belirti toplam indeksi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,001<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanının 18-25 aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre 18-25 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.68, 26-35 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.47, 36-45 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.14, 46-55 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.19 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların yaş değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,008<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre 46-55 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının 18-25 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların Yaş Dilimleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Yaş	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
18-25 Yaş	0.39 ± 0.43	0.70 ± 0.78	11.60 ± 12.24	16.94 ± 17.22	1.62 ± 0.55	1.73 ± 0.80
F Değeri	T=-1.516	p=.138	T=-1.122	P=.269	T=-.500	P=.620
26-35 Yaş	0.30 ± 0.34	1.19 ± 0.64	10.37 ± 12.18	30.16 ± 11.23	1.09 ± 0.97	1.97 ± 0.55
F Değeri	T=-3.350	P=.006	T=-3.106	P=.009	T=-1.950	P=.075
36-45 Yaş	1.31 ± 0.59	1.20 ± 0.71	32.83 ± 11.97	28.50 ± 9.84	2.19 ± 0.65	2.08 ± 0.72
F Değeri	T=.270	P=.794	T=.598	P=.566	T=.232	P=.822
46-55 Yaş	1.41 ± 0.41	0.94 ± 0.44	34.71 ± 6.75	22.45 ± 9.54	2.17 ± 0.47	2.20 ± 0.48
F Değeri	T=2.249	P=.039	T=2.947	P=.009	T=-.150	P=.882

Tablo 4' de çalışmaya katılan kadınların yaş dilimleri ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların yaş dilimleri ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; 18-25 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=.138 > 0.05$). 26-35 yaş aralığındaki çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.006 < 0.05$). 36-45 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=.794 > 0.05$). 46-55 yaş aralığındaki çalışan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları çalışmayan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.039 < 0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların yaş dilimleri ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; 18-25 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeks puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır

($p=.269>0.05$). 26-35 yaş aralığındaki çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.009<0.05$). 36-45 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.566>0.05$). 46-55 yaş aralığındaki çalışan kadınların belirti toplam indeksi puanları çalışmayan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.009<0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların yaş dilimleri ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; 18-25 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.620>0.05$). 26-35 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.075>0.05$). 36-45 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.882>0.05$). 46-55 yaş aralığındaki çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.882>0.05$).

Tablo 5. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre İncelenmesi

Medeni Durum	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Bekar	28	0.80 ± 0.59	28	21.64 ± 13.80	28	1.94 ± 0.44
Evli	30	0.32 ± 0.46	30	9.33 ± 11.21	30	1.35 ± 0.82
Boşanmış	23	1.36 ± 0.53	23	31.86 ± 10.31	23	2.26 ± 0.49
F değeri	F= 25.880 p= .000		F= 23.580 p= .000		F= 14.870 p= .000	

Tablo 5' de çalışmaya katılan kadınların medeni durum değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Bekar kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.80, evli kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.32, boşanmış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.36, hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların medeni durum değişkenine göre

rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre boşanmış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının bekâr ve evli kadınlardan, bekâr kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının evli kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Belirti toplam indeksine göre; evli kadınların belirti toplam indeksi puanı 21.64, evli kadınların belirti toplam indeksi puanı 9.33, boşanmış kadınların belirti toplam indeksi puanı 31.86 hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların medeni durum değişkenine göre belirti toplam indeksi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre boşanmış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının bekâr ve evli kadınlardan, bekâr kadınların belirti toplam indeksi puanlarının evli kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre evli kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.94, evli kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.35, boşanmış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.26 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların medeni durum değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre evli kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının bekar ve boşanmış kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Kadınların Medeni Durumları ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Medeni Durum	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Bekar	0.60 ± 0.42	1.04 ± 0.68	18.33 ± 12.95	25.46 ± 14.25	1.81 ± 0.37	2.09 ± 0.48
F Değeri	T= -2,053 p= .046		T= -1.386 P= .177		T= -1.742 P= .093	
Evli	0.26 ± 0.40	0.39 ± 0.46	8.13 ± 11.96	10.53 ± 10.68	1.19 ± 0.86	1.50 ± 0.77
F Değeri	T= -.800 P= .430		T= -.579 P= .567		T= -1.028 P= .313	
Boşanmış	1.37 ± 0.57	1.36 ± 0.51	32.54 ± 11.37	31.25 ± 9.69	2.22 ± 0.50	2.30 ± 0.51
F Değeri	T= .076 P= .940		T= .295 P= .771		T= -.347 P= .732	

Tablo 6' da çalışmaya katılan kadınların medeni durumları ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumları ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; bekar çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.046<0.05$). evli çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.430>0.05$). Boşanmış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.940>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumları ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; bekar çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.177>0.05$) Evli çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.567>0.05$). evli çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.771>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumları ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; bekar çalışan kadınlar ile çalışmayan

kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.093>0.05$). Evli çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.313>0.05$). Evli çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.732>0.05$).

Tablo 7. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre İncelenmesi

Eğitim Düzeyi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
İlkokul Mezunu	18	1.42 ± 0.46	18	32.72 ± 9.68	18	2.35 ± 0.43
Lise Mezunu	25	0.88 ± 0.64	25	23.16 ± 14.45	25	1.91 ± 0.55
Yüksekokul+Üniversite Mezunu	38	0.42 ± 0.49	38	11.86 ± 12.27	38	1.49 ± 0.77
F değeri	F= 21.953 p= .000		F= 18.168 p= .000		F= 11.188 p= .000	

Tablo 7' de çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyi değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

İlkokul mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.42, lise mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.88, yüksekokul ve üniversite mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.42 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların eğitim düzeyi değişkenine göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=.000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre ilkokul mezunu ve lise mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Belirti toplam indeksine göre; ilkokul mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanı 32.72, lise mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanı 23.16, yüksekokul ve üniversite mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanı 11.86 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların eğitim düzeyi değişkenine göre belirti toplam indeksi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı

görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre ilkokul ve lise mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanlarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre ilkokul mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.35, lise mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.91, yüksekokul ve üniversite mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.49 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların eğitim düzeyi değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre ilkokul ve lise mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Kadınların Eğitim Düzeyleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Eğitim Düzeyi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
İlkokul Mezunu	1.63 ± 0.41	1.32 ± 0.469	38.33 ± 6.59	29.91 ± 9.97	2.26 ± 0.41	2.39 ± 0.45
F Değeri	T= 1.392 p= .183		T= 1.859 P= .082		T= -.582 P= .569	
Lise Mezunu	0.83 ± 0.45	0.93 ± 0.77	24.90 ± 13.17	21.78 ± 15.73	1.87 ± 0.52	1.95 ± 0.58
F Değeri	T= -.375 P= .711		T= .528 P= .602		T= -.348 P= .731	
Yüksekokul +Üniversite Mezunu	0.38 ± 0.48	0.48 ± 0.51	10.45 ± 11.63	14.28 ± 13.38	1.47 ± 0.80	1.52 ± 0.73
F Değeri	T= -.630 P= .533		T= -.926 P= .361		T= -.188 P= .852	

Tablo 8' de çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; ilkokul mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir

farklılık bulunamamıştır ($p=.183>0.05$). Lise mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.711>0.05$). Yüksekokul ve üniversite mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.533>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; ilkokul mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.082>0.05$) Lise mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.602>0.05$). Yüksekokul ve üniversite mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.361>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; ilkokul mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.569>0.05$). Lise mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.731>0.05$). Yüksekokul ve üniversite mezunu çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.852>0.05$).

Tablo 9. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Miktarı Değişkenine Göre İncelenmesi

Gelir Miktarı	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
0-999	21	1.00 ± 0.70	21	23.76 ± 16.07	21	1.98 ± 0.69
1000-1999	22	0.82 ± 0.70	22	20.59 ± 14.37	22	1.89 ± 0.69
2000-2999	15	0.72 ± 0.47	15	21.53 ± 13.01	15	1.78 ± 0.48
3000 ve üstü	23	0.59 ± 0.67	23	14.95 ± 15.16	23	1.61 ± 0.88
F değeri	F= 1.500 p= .221		F=1.402 p= .249		F= 1.092 p= .358	

Tablo 9' da çalışmaya katılan kadınların aylık gelir düzeyi değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

0-999 gelir miktarına sahip kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.00, 1000-1999 gelir miktarına sahip kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.82, 2000-2999 gelir miktarına sahip kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.72 olarak hesaplanmıştır. 3000 ve üstü gelir miktarına sahip kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.59 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=.221>0.05$).

Belirti toplam indeksine göre; 0-999 gelir miktarına sahip kadınların belirti toplam indeksi puanı 23.76, 1000-1999 gelir miktarına sahip kadınların belirti toplam indeksi puanı 20.59, 2000-2999 gelir miktarına sahip kadınların belirti toplam indeksi puanı 21.53 olarak hesaplanmıştır. 3000 ve üstü gelir miktarına sahip kadınların belirti toplam indeksi puanı 14.95 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık görülemediği ($p=.249>0.05$).

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre 0-999 gelir miktarına sahip kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.98, 1000-1999 gelir miktarına sahip kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.89, 2000-2999 gelir miktarına sahip kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.78, 3000 ve üzeri gelir miktarına sahip kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.61 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülemediği ($p=.358>0.05$).

Tablo 10. Kadınların Gelir Düzeyleri ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Gelir Düzeyi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
0-999	1.63 ± 0.41	0.75 ± 0.64	38.33 ± 6.59	17.93 ± 15.04	2.26 ± 0.41	1.87 ± .075
F Değeri	T= 3.098 p= .006		T= 3.164 P= .005		T= 1.194 P= .247	
1000-1999	0.59 ± 0.44	0.93 ± 0.78	16.14 ± 12.52	22.66 ± 15.10	1.92 ± 0.59	1.87 ± 0.76
F Değeri	T= -1.081 P= .293		T= -0.991 P= .333		T= .138 P= .892	
2000-2999	0.61 ± 0.43	0.89 ± 0.50	19.44 ± 13.70	24.66 ± 12.40	1.66 ± 0.41	1.96 ± 0.56
F Değeri	T= -1.163 P= .266		T= -.750 P= .467		T= -1.196 P=.253	
3000 ve üstü	0.45 ± 0.57	1.24 ± 0.77	12.47 ± 14.28	26.75 ± 15.37	1.45 ± 0.89	2.35 ± 0.26
F Değeri	T= -2.350 P= .029		T= -1.796 P= .087		T= -1,966 P=.063	

Tablo 10' da çalışmaya katılan kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; 0-999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları çalışmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.006<0.05$). 1000-1999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.293>0.05$). 2000-2999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.266>0.05$). 3000 ve üstü gelir düzeyine sahip çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.029<0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; 0-999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınların belirti toplam indeksi puanları çalışmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur

($p=.005<0.05$). 1000-1999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.333>0.05$). 2000-2999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.467>0.05$). 3000 ve üstü gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.087>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; 0-999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.247>0.05$). 1000-1999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.138>0.05$). 2000-2999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.253>0.05$). 3000 ve üstü gelir düzeyine sahip çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.063>0.05$).

Tablo 11. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Merkezi Değişkenine Göre İncelenmesi

Uzun Süre Yaşanılan Yer	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
İl	40	0.41 ± 0.52	40	11.05 ± 12.43	40	1.52 ± 0.80
İlçe	27	1.11 ± 0.61	27	28.74 ± 12.47	27	2.00 ± 0.45
Köy ve Kasaba	14	1.23 ± 0.53	14	28.64 ± 10.64	14	2.28 ± 0.56
F değeri	F= 18.200 p= .000		F= 21.322 p= .000		F= 8.389 p= .001	

Tablo 11' de çalışmaya katılan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Uzun süre il merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.41, ilçe merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan

ortalaması 1.11, Köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.23 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi değişkenine göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre uzun süre il merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının ilçe ve köy, kasaba merkezinde yaşayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Belirti toplam indeksine göre; il merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 11.05, ilçe merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 28.74, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 28.64 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezine göre belirti toplam indeksi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre uzun süre ilçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre il merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.52, ilçe merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.00, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.28 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,001<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre uzun süre ilçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. Kadınların Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Merkezi ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Uzun Süre Yaşanılan Yer	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
İl	0.26 ± 0.38	0.57 ± 0.60	7.47 ± 9.33	15.00 ± 14.37	1.38 ± 0.80	1.68 ± 0.79
F Değeri	T= -1.998 p= .053		T= -1.982 P= .055		T= -1.175 P= .247	
İlçe	1.17 ± 0.59	1.02 ± 0.66	31.06 ± 12.29	25.36 ± 12.52	2.00 ± 0.47	2.01 ± 0.44
F Değeri	T= .639 P= .529		T= 1.175 P= .251		T= -.058 P= .955	
Köy ve Kasaba	0.94 ± 0.018	1.34 ± 0.59	25.25 ± 7.41	30.00 ± 11.75	2.14 ± 0.70	2.34 ± 0.54
F Değeri	T= -1.298 P= .219		T= -.741 P= .473		T= -.569 P= .580	

Tablo 12' de çalışmaya katılan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; uzun süre il merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.053>0.05$). İlçe merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.529>0.05$). Köy ve kasaba merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.219>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; Uzun süre il merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.055>0.05$). İlçe merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir

farklılık bulunamamıştır ($p=.251>0.05$). Köy ve kasaba merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.473>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; uzun süre il merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.247>0.05$). İlçe merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.955>0.05$). Köy ve kasaba merkezinde yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.580>0.05$).

Tablo 13. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Beraber Yaşadıkları Kişi Değişkenine Göre İncelenmesi

Beraber Yaşanılan Kişi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Yalnız	24	1.20 ± .503	24	29.37 ± 10.47	24	2.18 ± .531
Anne ve/veya baba	21	.71 ± .546	21	19.52 ± 13.24	21	1.91 ± .431
Eş ve/veya çocuk	30	.32 ± .43	30	9.33 ± 11.21	30	1.35 ± .82
Arkadaş/Diğer Akrabalar	6	1.6 ± .741	6	37.333 ± 13.017	6	2.31 ± .388
F değeri	F=.19.597 p=.000		F= 17.86 p=.000		F= 9.637 p=.000	

Tablo 13' de çalışmaya katılan kadınların beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Yalnız yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.20, anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.71, eş ve/veya çocukları ile yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.32, arkadaş ya da diğer akrabaları ile yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.66 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların beraber yaşadıkları kişi değişkenine

göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre yalnız, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Belirti toplam indeksine göre; yalnız yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 29.37, anne ve/veya baba ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 19.52, eş ve/veya çocuk ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 9.33, arkadaş ya da diğer akrabaları ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 37.33 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların birlikte yaşadıkları kişi değişkenine göre belirti toplam indeksi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,000<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre yalnız, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre yalnız yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.18, anne ve/veya baba ile yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.91, eş ve/veya çocuk ile yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.35, arkadaş ya da diğer akrabaları ile yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.31 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda araştırma kapsamına giren kadınların birlikte yaşadıkları kişi değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p=,001<0.05$). Yapılan Tukey testi sonucuna göre eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yalnız, anne ve/veya baba, arkadaş ya da diğer akrabalar ile yaşayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. Kadınların Birlikte Yaşadıkları Kişi Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Birlikte Yaşadığı Kişi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Yalnız	1.15 ± 0.57	1.27 ± 0.42	29.07 ± 12.22	29.72 ± 8.53	2.11 ± 0.54	2.27 ± 0.52
F Değeri	T= -.573 p= .572		T= -.148 P= .883		T= -.734 P= .471	
Anne ve/veya Baba	0.59 ± 0.59	0.83 ± 0.50	16.80 ± 14.17	22.00 ± 12.48	1.81 ± 0.38	2.00 ± 0.46
F Değeri	T= -1.002 P= .329		T= -.894 P= .383		T= -1.007 P= .327	
Eş ve/veya Çocuk	0.26 ± 0.40	0.39 ± 0.46	8.13 ± 11.96	10.53 ± 10.68	1.19 ± 0.86	1.50 ± 0.77
F Değeri	T= -.800 P= .430		T= -.579 P= .567		T= -1.028 P= .313	
Arkadaş/ Diğer akrabalar	1.10 ± 0.60	2.23 ± 0.17	29.00 ± 14.10	45.66 ± 4.04	2.02 ± 0.35	2.60 ± 0.02
F Değeri	T= -3.109 P= .036		T= -1.967 P= .121		T= -2.819 P= .048	

Tablo 14' de çalışmaya katılan kadınların birlikte yaşadıkları kişi dağılımı ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların birlikte yaşadıkları kişi dağılımı ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; Yalnız yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.572>0.05$). Anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.329>0.05$). Eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.430>0.05$). Arkadaş veya diğer akrabaları ile birlikte yaşayan çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.036<0.05$)

Çalışmaya katılan kadınların birlikte yaşadıkları kişi dağılımı ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; Yalnız yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.883>0.05$). Anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.383>0.05$). Eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.567>0.05$). Arkadaş ya da diğer akrabaları ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.121>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların birlikte yaşadıkları kişi dağılımı ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; Yalnız yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.471>0.05$). Anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.327>0.05$). Eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.313>0.05$). Arkadaş veya diğer akrabaları ile birlikte yaşayan çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.048<0.05$).

Tablo 15. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu Değişkenine Göre İncelenmesi

Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Yok	51	0.50 ± 0.50	51	14.50 ± 13.44	51	1.55 ± 0.71
Var	30	1.27 ± 0.62	30	29.30 ± 12.71	30	2.25 ± 0.49
F değeri	F= -6.111 p= .000		F= -4.876 p= .000		F= -4.699 p= .000	

Tablo 15' de çalışmaya katılan kadınların tanı konulmuş sağlık problemi değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.50, tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.27 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlar ile tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Belirti toplam indeksine göre; Tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 14.50, tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların belirti toplam indeksi puanı 29.30 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlar ile tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.55, tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.25 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlar ile tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. Kadınların Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Tanı Konulmuş Sağlık Sorunu	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Yok	0.34 ± 0.33	0.64 ± 0.59	11.50 ± 12.38	17.18 ± 14.00	1.39 ± 0.74	1.70 ± 0.67
F Değeri	T= -2.160 p= .036		T= -1.527 P= .133		T= -1.577 P= .121	
Var	1.16 ± 0.65	1.41 ± 0.57	28.17 ± 13.99	30.76 ± 11.18	2.13 ± 0.49	2.41 ± 0.44
F Değeri	T= -1.089 P= .285		T= -.547 P= .589		T= -1.612 P= .118	

Tablo 16' da çalışmaya katılan kadınların tanı konulmuş sağlık problemi değişkeni ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların tanı konulmuş sağlık problemi değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; tanı konulmuş sağlık problemi olmayan çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.036<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.285>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların tanı konulmuş sağlık problemi değişkeni ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; tanı konulmuş sağlık problemi olmayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.133>0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.589>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların tanı konulmuş sağlık problemi değişkeni ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; tanı konulmuş sağlık problemi olmayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.121>0.05$).

Tanı konulmuş sağlık problemi olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.118>0.05$).

Tablo 17. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Ebeveyn Kaybı Yaşama Değişkenine Göre İncelenmesi

Çocuklukta veya Ergenlikte Ebeveyn Kaybı	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Yok	58	0.55 ± 0.59	58	15.06 ± 14.05	58	1.63 ± 0.72
Var	23	1.37 ± 0.44	23	32.39 ± 8.66	23	2.28 ± 0.46
F değeri	F= -6.023 p= .000		F= -5.498 p= .000		F= -9.994 p= .000	

Tablo 17' de çalışmaya katılan kadınların çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.55, ebeveyn kaybı yaşamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.27 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınlar ile ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.000<0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Belirti toplam indeksine göre; çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların belirti toplam indeksi puanı 15.06, ebeveyn kaybı yaşamış kadınların belirti toplam indeksi puanı 32.39 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınlar ile ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.000<0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı

yaşamış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.63, ebeveyn kaybı yaşamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.28 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınlar ile ebeveyn kaybı yaşamamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 18. Kadınların Çocukluk veya Ergenlik Çağında Ebeveyn Kaybı Yaşama Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Çocukluk ya da Ergenlikte Ebeveyn Kaybı	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Yok	0.46 ± 0.52	0.65 ± 0.66	13.67 ± 13.88	16.66 ± 14.34	1.53 ± 0.73	1.74 ± 0.71
F Değeri	T= -1.197 p= .236		T= -.805 P= .424		T= -1.107 P= .273	
Var	1.36 ± 0.47	1.38 ± 0.43	33.10 ± 9.38	31.84 ± 8.41	2.21 ± 0.51	2.33 ± 0.43
F Değeri	T= -.141 P= .889		T= .337 P= .739		T= -.605 P= .551	

Tablo 18' de çalışmaya katılan kadınların çocukluk ve veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların çocukluk ve veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.236>0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık

ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.889>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların çocukluk ve veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.424>0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.739>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların çocukluk ve veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.273>0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.551>0.05$).

Tablo 19. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkenine Göre İncelenmesi

Geçmişte Psikiyatri/Psikoloji Tedavi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Hayır	52	0.48 ± 0.48	52	14.15 ± 13.39	52	1.54 ± 0.71
Evet	29	1.33 ± 0.59	29	30.44 ± 11.59	29	2.29 ± 0.43
F değeri	F= -6.964 p= .000		F= -5.499 p= .000		F= -5.125 p= .000	

Tablo 19' da çalışmaya katılan kadınların geçmişlerinde Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görme değişkenine Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.48, geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmüş kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 1.33 olarak hesaplanmıştır. Yapılan

istatistiksel analiz sonucunda geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınlar ile tedavi görmemiş kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Belirti toplam indeksine göre; geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş kadınların belirti toplam indeksi puanı 14.15, geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların belirti toplam indeksi puanı 30.44 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınlar ile tedavi görmemiş kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.54, geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.29 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınlar ile tedavi görmemiş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Kadınların Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Geçmişte Psikiyatri /Psikoloji Tedavi Görme	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Hayır	0.35 ± 0.36	0.62 ± 0.56	11.33 ± 12.07	17.20 ± 14.30	1.43 ± 0.72	1.66 ± 0.69
F Değeri	T= -2.064 p= .044		T= -1.602 P= .115		T= -1.166 P= .249	
Evet	1.32 ± 0.556	1.34 ± 0.65	32.07 ± 11.36	28.93 ± 12.00	2.20 ± 0.46	2.38 ± 0.40
F Değeri	T= -.071 P= .944		T= .722 P= .477		T= -1.111 P= .276	

Tablo 20' de çalışmaya katılan kadınların geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görme değişkeni ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.044<0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.944>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkeni ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.115>0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.477>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkeni ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde;

geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p = .249 > 0.05$). Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p = .276 > 0.05$).

Tablo 21. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Halen Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkenine Göre İncelenmesi

Halen Psikiyatri/Psikoloji Tedavi	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Hayır	54	0.44 ± 0.44	54	13.09 ± 12.13	54	1.56 ± 0.71
Evet	27	1.46 ± 0.49	27	33.77 ± 9.50	27	2.31 ± 0.43
F değeri	F= -9.412 p= .000		F= -7.740 p= .000		F= -4.993 p= .000	

Tablo 21' de çalışmaya katılan kadınların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeyen kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalaması 0.44, psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalaması 1.46 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınlar ile tedavi görmeyen kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .000 < 0.05$). psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Belirti toplam indeksine göre; psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen kadınların belirti toplam indeksi puanı 13.09, psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların belirti toplam indeksi puanı 33.77 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınlar ile tedavi görmeyen kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .000 < 0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre; psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.56, Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.31 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınlar ile tedavi görmeyen kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Kadınların Halen Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Görme Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Halen Psikiyatri /Psikoloji Tedavi Görme	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Hayır	0.36 ± 0.35	0.54 ± 0.51	11.62 ± 11.77	14.80 ± 12.57	1.47 ± 0.72	1.67 ± 0.70
F Değeri	T= -2.06 p= .149		T= -1.602 P= .342		T= -1.166 P= .319	
Evet	1.45 ± 0.48	1.47 ± 0.52	34.83 ± 9.42	32.93 ± 9.80	2.23 ± 0.46	2.37 ± 0.40
F Değeri	T= -.071 P= .911		T= .337 P= .615		T= -.605 P= .417	

Tablo 22' de çalışmaya katılan kadınların halen Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görme değişkeni ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam etme değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.149>0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden

çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.911>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam etme değişkeni ve çalışma durumuna göre Belirti Toplam İndeksi incelendiğinde; psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.342>0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.615>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların halen Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam etme değişkeni ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.319>0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.417>0.05$).

Tablo 23. Araştırma Katılan Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Birinci Derece Akrabalarında Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Değişkenine Göre İncelenmesi

Birinci Derece Akraba Psikiyatrik Bozukluk	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$
Hayır	53	0.52 ± 0.48	53	14.47 ± 12.78	53	1.65 ± 0.77
Evet	28	1.28 ± 0.69	28	30.42 ± 13.18	28	2.11 ± 0.49
F değeri	F= -5.737 p= .000		F= -5.285 p= .000		F= -2.808 p= .006	

Tablo 23' de çalışmaya katılan kadınların birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkenine göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması 0.52, birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan

ortalaması 1.28 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınlar ile birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları aile üyelerinde tanı konmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Belirti toplam indeksine göre; Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınların belirti toplam indeksi puanı 14.47, birinci derece akrabalarında tanı konmuş belirti toplam indeksi puanı 30.42 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınlar ile birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Semptom Rahatsızlık İndeksi' ne göre; Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 1.65, birinci derece akrabalarında tanı konmuş semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 2.11 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınlar ile birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 24. Kadınların Birinci Derece Akrabalarında Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Değişkeni ve Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Birinci Derece Akraaba Psikiyatri Bozukluk	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi		Belirti Toplam İndeksi		Semptom Rahatsızlık İndeksi	
	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$	Çalışan $\bar{X} \pm SD$	Çalışmayan $\bar{X} \pm SD$
Hayır	0.35 ± 0.36	0.68 ± 0.52	10.80 ± 11.82	17.75 ± 12.92	1.48 ± 0.78	1.81 ± 0.75
F Değeri	T= -2.638 p= .011		T= -2.034 P= .047		T= -1.530 P= .132	
Evet	1.20 ± 0.62	1.38 ± 0.78	30.31 ± 12.54	30.58 ± 14.55	2.03 ± 0.54	2.22 ± 0.40
F Değeri	T= -.648 P= .523		T= -.053 P= .958		T= -1.052 P= .302	

Tablo 24' de çalışmaya katılan kadınların birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkeni ve çalışma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.011<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=.911>0.05$).

Çalışmaya katılan birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkeni ve çalışma durumuna göre Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi incelendiğinde; birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.047<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olan çalışan kadınlar ile çalışmayan

kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.958>0.05$).

Çalışmaya katılan birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkeni ve çalışma durumuna göre Semptom Rahatsızlık İndeksi incelendiğinde; birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.132>0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=.302>0.05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruh sağlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların demografik bilgilerine bağlı kalarak ruhsal belirtileri karşılaştırılmıştır. Literatür incelendiğinde ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruh sağlığını karşılaştıran araştırmalara rastlanmamıştır. Bu araştırmada kadınların ruhsal belirtileri incelenip ileride yapılacak araştırmalara ve toplum ruh sağlığı çalışmalarına katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Yapılan araştırmada elde edilen bulgulara göre; ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların yaş dağılımlarının, medeni durumlarının, eğitim düzeylerinin, uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezinin, beraber yaşadıkları kişi dağılımının, tanı konulmuş sağlık problemlerinin, çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamının, geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmenin, halen psikiyatrik/psikolojik tedaviye devam etmenin ve birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk varlığı dağılımlarının benzer olduğu görülmektedir. Diğer yandan ücretli bir işte çalışan kadınların aylık gelir miktarlarının çalışmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=.001<0.05$).

4.1. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kısa Semptom Envanterine Ait Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların ruh sağlığına ilişkin veriler incelenmiş ve çalışan kadınlar da en sık görülen psikopatolojik belirtilerin sırasıyla; Ek maddeler (yeme içme bozuklukları, uyku bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) (1.10 ± 0.83), obsesif-kompulsif bozukluk (1.004 ± 0.8), kişilerarası duyarlılık (0.82 ± 0.69), paranoid düşünce (0.76 ± 0.72), anksiyete bozukluğu (0.63 ± 0.84), depresyon (0.63 ± 0.85), somatizasyon (0.60 ± 0.83), hostilite (0.55 ± 0.81), fobik anksiyete (0.52 ± 0.68) ve psikotizm (0.31 ± 0.51) olduğu görülmüştür. Çalışmayan kadınlarda ise psikopatolojik belirti ortalamaları; Ek maddeler (1.29 ± 0.75), obsesif kompulsif bozukluk (1.22 ± 0.95), kişilerarası duyarlılık (1.13 ± 0.80), paranoid düşünce (1.01 ± 1.08), somatizasyon (0.88 ± 0.90), depresyon (0.88 ± 0.77), anksiyete bozukluğu

(0.82 ± 0.79), hostilite (0.69 ± 0.81), psikotizm (0.61 ± 0.07) ve fobik anksiyete (0.44 ± 0.53) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklılaşmadı, gruplar arası bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$). Ekemen (2006), kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında, kadınların en çok paranoid düşünce, kişiler arası duyarlılık ve OKB belirtileri gösterdiklerini belirtmiştir. Ökdem (1997), SCL-90-R kullanarak yapmış olduğu araştırmasında kadınlarda depresyon, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık ve anksiyete alt gruplarının meydana geldiğini bulmuştur. Altınel (2008), Edirne ilinde yaşayan 15-49 yaş aralığındaki kadınların ruhsal durumlarını incelediği araştırmasında, kadınların sırasıyla paranoid düşünce, obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete, depresyon ve kişiler arası duyarlılığın meydana geldiğini belirtmiştir. Çilli ve arkadaşları (2004) yapmış oldukları çalışmada psikolojik belirti ciddiyetinin çalışmayan, ev kadınlarında daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamalarının ücretli bir işte çalışan kadınlarda 0.68 ± 0.63 ve ücretli bir işte çalışmayan kadınlarda 0.89 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Kısa Semptom Envanterinden tespit edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanında ki artış, kişilerdeki ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışı ifade etmektedir (Dığrak, 2014). Bu çalışmadaki değerler göz önüne alındığında ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların ruhsal belirtilerden duydukları rahatsızlığın benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanlarının ücretli bir işte çalışan kadınlarda 18.41 ± 15.35 ve ücretli bir işte çalışmayan kadınlarda 21.60 ± 14.51 olarak bulunmuştur. Kısa Semptom Envanterinden tespit edilen Belirti Toplam İndeksi, kişilerin kendilerinde algılamış oldukları ruhsal belirtilerin çeşitliliği hakkı bilgi vermektedir (Dığrak, 2014). Bu çalışmadaki değerler göz önüne alındığında ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamalarının ücretli bir işte çalışan kadınlarda 1.699 ± 0.74 ve ücretli bir işte

çalışmayan kadınlarda 1.93 ± 0.69 olarak bulunmuştur. Kısa Semptom Envanterinden tespit edilen Semptom Rahatsızlık İndeksi, kişilerin kendilerinde var olan belirtilerden duymuş oldukları sıkıntının ağırlıklı ortalamasını ifade etmektedir (Dığrak, 2014). Bu araştırmadaki değerler göz önüne alındığında ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların Semptom Rahatsızlık İndeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ücretli bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların benzer şekilde ruhsal belirti çeşitliliği gösterdiği söylenebilir.

Ücretli bir işte çalışma ile ruhsal bozukluğun etkilerini inceleyen araştırmalarda çalışmaya kadınların, çalışan kadınlara göre daha fazla ruhsal bozukluk belirtileri gösterdikleri, anksiyete bozukluğunun çalışmayan ev kadınlarında daha fazla olduğu görülmüştür (Nalbantoğlu, 2011).

Çilli ve arkadaşlarının (2004), 68 ev kadını ve 76 çalışan evli kadınların psikolojik belirtilerini karşılaştırdıkları araştırmalarında ev kadınlarının ruhsal belirti şiddetlerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Çetin ve arkadaşları (1999), yapmış oldukları araştırmada ev kadınlarının daha fazla depresyon belirtisi gösterdiklerini saptamışlardır.

Yapılan bazı araştırmalarda kişinin işini kaybetmesi ve işsizliğin ekonomik olarak gerilim yaratması sonucunda anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu, ücretli bir işte çalışmayan kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının iki ile üç kat daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Nalbantoğlu, 2011).

Yılmaz (2010), intihar girişiminde bulunan kişilerin psikopatolojik özelliklerini incelediği araştırmasında ev kadını ve bir işi olmayan kişilerde intihar oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatür incelendiğinde ücretli bir işte çalışmayan kişilerde intihar oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Welch, 2001).

4.2. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları yaş değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde

edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması yaş değişkenine göre incelendiğinde 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamalarının 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları yaş değişkenine göre incelendiğinde 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanının 18-25 aralığında ki kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde 46-55 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının 18-25 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri'ne göre gruplar arası yaş değişkeni karşılaştırılmıştır ve 26-35 yaş aralığında ki ücretli bir işte çalışmayan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamalarının çalışan kadınlardan yüksek olduğu, 46-55 yaş aralığında ki çalışan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamalarının çalışmayan kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. 18-25 yaş ve 26-45 yaş aralığındaki çalışan ve çalışmayan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları yaş değişkenine göre incelendiğinde 26-35 yaş aralığında ki ücretli bir işte çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları çalışan kadınlardan yüksek olduğu, 46-55 yaş aralığında ki çalışan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları çalışmayan kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. 18-25 yaş ve 26-45 yaş aralığındaki çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları arasında bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları yaş değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Yaş değişkeni ile olumsuz ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Savaş (2003), 15-49 yaş arası kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada yaş değişkeni ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Baykan ve arkadaşlarının (2001) Ankara ilinde yapmış oldukları çalışmada ruhsal bozukluk tanısı konan kadınların sıklıkla 55-64 yaş aralığında

olduklarını saptamışlardır. İlhan (2009), 170 ev kadını ile yapmış olduğu araştırmada kadınların yaşları ilerledikçe ruhsal problemler yaşama risklerinin arttığını belirtmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, ruhsal belirti çeşitliliğinin ileri yaşlarda daha fazla gördüğü saptanmıştır. Ayrıca ücretli bir işte çalışan 46-55 yaş aralığındaki kadınların çalışmayan kadınlara göre daha fazla ruhsal belirti çeşitliliği gösterdiği saptanmıştır. Bunun sebebi olarak çalışan kadınların yaşları ilerledikçe duygusal ve mesleki olarak tükenmişlik içerisine girmelerinden kaynaklandığı söylenebilir. Ancak literatürde bu önermeyi destekleyen ve reddeden araştırmalar mevcuttur. Avşaroğlu ve arkadaşlarının (2005), yapmış oldukları çalışmada 41-50 yaş aralığındaki öğretmenlerin 21-30 yaş aralığındaki öğretmenlere göre daha fazla duygusal ve mesleki tükenmişlik sergilediklerini belirtmişlerdir. Ağaoğlu ve arkadaşları (2004), araştırma görevlileri ile yapmış oldukları çalışmada ileri yaşlardaki araştırma görevlilerinin gençlere göre daha fazla tükenmişlik sergilediklerini belirtmişlerdir. Kırılmaz, Çelen ve Sarp (2003), yaş ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirtmişlerdir. Ücretli bir işte çalışan kadınlarda daha fazla ruhsal belirti çeşitliliğinin ortaya çıkma sebebinin inceleyecek kapsamlı araştırmalar ile literatürde eksikliği gözlenen bu alana katkıda bulunulabilir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması medeni durum değişkenine göre incelendiğinde boşanmış kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamalarının bekar ve evli kadınlardan, bekar kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamalarının evli kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde boşanmış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının bekar ve evli kadınlardan, bekar kadınların belirti toplam indeksi puanlarının evli kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde evli kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının bekar ve boşanmış kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası medeni durum değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve

çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre gruplar arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Medeni durum değişkeni ile ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı profiline göre boşanmış veya eşit vefat etmiş kadınlarda ruhsal bozukluklarının görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (Kılıç vd., 1998). Kelleci ve arkadaşlarının (2003), kadınların ruhsal durumlarını inceledikleri araştırmada bekar ve dul olan kadınların evli kadınlara göre daha fazla ruhsal belirti gösterdiklerini belirtmişlerdir. Ekemen (2006), 15-49 yaş aralığında ki kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada eşit vefat etmiş ya da boşanmış kadınların ruhsal belirti puanlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Kadınların boşanmaları ya da eşlerinin vefat etmesinin duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olduğu, özellikle eşin vefat etmesinin depresyon açısından risk oluşturduğunu ayrıca mutsuz evliliklerinde depresyon üzerinde etkili olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Nalbantoğlu, 2011). Kelleci ve arkadaşları (2003), yapmış oldukları araştırmada bekâr ve eşit vefat etmiş kadınların evlilere göre daha fazla ruhsal belirti gösterdiklerini saptamışlardır. Şahin ve arkadaşlarının (2016), Denizli ilinde 110 çalışan kadın ve 110 ev kadınının ruh sağlığını karşılaştırdıkları araştırmalarında bekâr kadınların ruhsal bozukluk yaşama risklerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Welch (2001) yapmış olduğu çalışmada bekar ve boşanmış kişilerin daha fazla intihara meyilli olduklarını, bekar ve boşanmış kişilerde intihar vakalarının daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, ruhsal belirti çeşitliliği ve ağırlığının bekar ve eşinden boşanmış bireylerde daha sık görüldüğü söylenebilir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları eğitim düzeyi değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde ilkokul mezunu ve lise mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının yüksek okul ve üniversite mezunu kadınlardan, lise mezunu kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının yüksek okul ve üniversite mezunu kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom

Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde ilkokul ve lise mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanlarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde ilkokul ve lise mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası eğitim düzeyi değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, eğitim düzeyi değişkenine göre gruplar arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Eğitim seviyesi ile ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dönmez ve arkadaşları (2000) eğitim seviyesi düşük kadınlarda anksiyete ve somatoform bozukluğunun görülme ihtimalinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Savaş (2003), 15-49 yaş arası kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada ilkokul mezunu olan, eğitim düzeyi düşük kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranının daha fazla olduğunu saptamıştır. Türkiye Ruh Sağlığı profiline göre eğitim seviyesi düştükçe ruhsal bozuklukların görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Ekemen (2006), eğitim seviyesi düşük kadınların ruhsal belirti puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Buzlu ve arkadaşları (2006), 18-74 yaş aralığında ki 218 kadını yapmış oldukları çalışmada, okuryazar olmayan, eğitim seviyesi düşük kadınlarda ruhsal belirtilerin daha fazla saptandığını belirtmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2016), Denizli ilinde 110 çalışan kadın ve 110 ev kadınının ruh sağlığını karşılaştırdıkları araştırmalarında ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların ruhsal bozukluk yaşama risklerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Yılmaz (2010), intihar girişiminde bulunan kişilerle yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi düşük kişilerin intihara teşebbüs etme oranlarının yüksek olduğunu, eğitim seviyesi düşük kişilerin karşılaştıkları sorunları çözmek konusunda yetersiz kalabildiklerini bunun sonucunda intihara teşebbüs oranlarında artış gösterdiğini belirtmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sorunlarına çözüm bulmak konusunda yetersiz kaldıkları, yüksek eğitim

seviyesinin ruh sağlığını koruyucu bir etkisinin olduğu, üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip kadınların alanlarında uzmanlaştıkları, benlik saygılarının arttığı bunu sonucunda ruh sağlığına olumlu katkıda bulunduğu söylenebilir. Gezici ve Güvenç (2003), çalışan ve ev kadınlarıyla yapmış oldukları çalışmalarında alanında uzman olan, alanında yüksek eğitim almış kadınların, ev kadınları ve vasıfsız işlerde çalışan kadınlara göre öz saygılarının yüksek olduğunu, bunun da bireysel sağlık ve yeterlilik duygularına katkı sağladığını belirtmişlerdir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları aylık gelir miktarı değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması aylık gelir miktarı değişkenine göre araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları aylık gelir miktarı değişkenine göre incelendiğinde araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası aylık gelir miktarı değişkeni karşılaştırılmıştır ve 0-999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları çalışmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu, 3000 ve üstü gelir düzeyine sahip çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyyet indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1000-1999 ve 2000-2999 gelir düzeyine sahip çalışan ve çalışmayan kadınların Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puanları aylık gelir miktarı değişkenine göre incelendiğinde 0-999 gelir düzeyine sahip çalışan kadınların belirti toplam indeksi puanları çalışmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1000-1999, 2000-2999 ve 3000 üstü gelir düzeyine sahip çalışan ve çalışmayan kadınların

Belirti Toplam İndeksi puanları arasında bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları aylık gelir miktarı değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların gelir düzeyine göre ruhsal belirtilerinde farklılaşma olmadığı ve elde edilen verilerin literatür ile çeliştiği saptanmıştır. Ancak düşük gelir düzeyine sahip çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre daha fazla olumsuz ruhsal belirti göstermeleri literatürü destekler niteliktedir. Ekemen (2006), 15-49 yaş aralığındaki kadınlarla yapmış olduğu çalışmada düşük ekonomik düzeye sahip kadınların ruhsal belirti puanlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Buzlu ve arkadaşları (2006), 18-74 yaş aralığındaki 218 kadınla yapmış oldukları çalışmada, ekonomik gelir düzeyi düşük ve yetersiz olan kadınlarda ruhsal belirtilerin görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. İlhan (2009), 170 ev kadını ile yapmış olduğu araştırmada gelir düzeyi düşük olan kadınların ruhsal belirtiler gösterme riskinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Karasu (2007), Eskişehir ilinde yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyinin ruhsal bozukluk üzerinde etkisinin olduğunu, gelir düzeyi düştükçe ruhsal belirtilerin arttığını belirtmiştir. Dığrak (2014), meslek edindirme kursuna katılan ve katılmayan 360 kişi ile yapmış olduğu araştırmasında 2500 TL ve üzerinde gelire sahip kadınların Rahatsızlık ciddiyet indeksi puanlarının düşük olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmanın sonuçları ile literatür karşılaştırıldığında düşük gelir düzeyine sahip kadınların olumsuz ruhsal belirtilerinin daha fazla olması, çalışma ve emeklerinin karşılığını yeterince alamadıklarını düşünmelerinden, ekonomik sıkıntı yaşamalarından, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Kale (2007), çalışmasında düşük gelir düzeyine sahip kişilerin daha fazla olumsuz ruhsal belirti sergilediklerini ortaya koyarak araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkenine göre incelendiğinde uzun süre il merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının ilçe ve köy, kasaba merkezinde yaşayan kadınlara göre düşük olduğu

tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkenine göre incelendiğinde uzun süre ilçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde uzun süre ilçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri'ne göre gruplar arası uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Uzun süre yaşanan yerleşim merkezi değişkeni ile ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ekemen (2006), 15-49 yaş aralığındaki kadınlarla yapmış olduğu çalışmada köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların ruhsal belirti puanlarının il ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. İlhan (2009), 170 ev kadını ile yapmış olduğu çalışmada uzun süre yaşanan yerleşim merkezine göre depresyon düzeyi ve ruhsal belirti puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirtmiştir. Yaşar (2007), köy ve kasaba gibi küçük yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların sürekli birbirleriyle iletişim ve destek halinde olduklarını, şehir merkezinde yaşayan kadınlar ise daha çok tek başlarına kalıp destek görmediklerini, sürekli iletişim imkânlarının olmadığını bunun sonucunda ruhsal problemlerin meydana gelebileceğini belirtmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, uzun süre köy ve kasaba da yaşayıp il merkezine yerleşen kadınların ruhsal belirti çeşitliliği ve ağırlığının daha fazla olduğu söylenebilir. Özellikle kadınların yeni bir yerleşim yerinde yaşamaya başlamalarının stres yaratan bir durum olduğu, kişinin yeni çevresine uyum sağlamak konusunda zorlandığı bu uyumsuzluk ve stresin ruhsal problemler yaşanmasına neden olduğu söylenebilir. Tuzcu ve Ilgaz (2015), göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında alışık olunan yaşam şeklinin büyük şehirlere göç ile

değişmeye başladığını, yeni kültüre uyum problemleri, sosyal ve maddi desteğin azlığı gibi etkenlerin ruhsal problemlerin ortaya çıkmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre incelendiğinde uzun süre yalnız, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre incelendiğinde, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yalnız, anne ve/veya baba, arkadaş ya da diğer akrabalar ile yaşayan kadınlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası birlikte yaşadıkları kişi değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, birlikte yaşadıkları kişi değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Literatür incelendiğinde kadınların birlikte yaşadıkları kişi değişkeni ile ruhsal belirtilerini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Yalnız yaşayan kadınların belirtilerinin daha yüksek olması; sosyal ilişkilerden kopuk, yalnız yaşayan kadınların yeterli sosyal destek algılamama sonucunda sorunlarını çözme ve yardım alma konusunda yetersiz kaldıkları, bunun sonucunda olumsuz ruhsal belirtilerinde artış olabileceği söylenebilir. İmamaoğlu (1998) kadınların kuracakları yakın ilişkiler ve algılayacakları destek ile kendilerine güvenlerinin ve duygusal bütünleşmenin gelişmesine katkıda bulunacağını belirtmişlerdir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması tanı konulmuş sağlık problemi değişkenine göre incelendiğinde tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların rahatsızlık ciddiye t indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi değişkenine göre incelendiğinde, tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası tanı konulmuş sağlık problemi değişkeni karşılaştırılmıştır ve tanı konulmuş sağlık problemi olmayan çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye t indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tanı konulmuş sağlık problemi olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye t indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tanı konulmuş sağlık sorunu değişkeni ile ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Nalbantoğlu (2011) Denizli ilinde yaşı an kadınların genel ruh sağlığı durumlarını incelediği araştırmasında kronik sağlık problemi olan kadınların olmayanlara göre daha fazla ruhsal belirti gösterdiklerini saptamıştır. Karasu (2007), bedensel hastalığı sahip kişilerin ruhsal bozukluk riskini önemli ölçüde arttırdığını belirtmiştir. Özyurt ve arkadaşları (2011), depresif belirtilerin kronik hastalığı olanlarda 2.76 daha fazla görüldüğünü belirtmiştir.

Literatürde tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlarda ruhsal belirtilerin daha yüksek olduğunu gösteren bir çok araştırma bulunmaktadır (Kayahan vd., 2003; Üçok, 1995; Rezaki, 1995). Buzlu ve arkadaşları (2006), 18-74 yaş aralığında ki 218 kadınla yapmış oldukları çalışmada, tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların ruhsal problem yaşama risklerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, ruhsal belirti çeşitliliği ve ağırlığının tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlarda daha fazla olduğu, ücretli bir işte çalışmayan sağlık problemi olan kadınlarda ruhsal belirtilerden duyulan rahatsızlığın anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilir. Tanı konulmuş sağlık sorunu varlığı ve bu problemin şiddetine bağlı olarak kişilerin yaşam kalitesi, tedavi süresi ve giderleri, hastalığın gidişi, hastalığın iyileşme ve düzelme durumu gibi birçok etkenin kadınların ruh sağlığını olumsuz etkilediği söylenebilir. Ayrıca yapılan bir araştırmada psikiyatrik bozukluk tanısı alan bireylerin çoğunun uzun süre somatik yakınmalarla temel sağlık hizmetlerine başvurdukları ortaya konmuştur (Ekemen, 2006). Çermik (1992) yapmış olduğu araştırmada somatizasyonun düşük sosyokültürel, eğitim ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Araştırmamızda ücretli bir işte çalışmayan tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlarda daha fazla ruhsal belirtilerin görülmesi literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre incelendiğinde Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre incelendiğinde, Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan

ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Çocukluk veya ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Tuğrul (2000), çocuk ve ergenlerle yapmış olduğu araştırmada, anne veya babanın tekrar evlenmesi, ebeveyn kaybı, ebeveynlerin boşanması, ailede ağır hastalık gibi olumsuz yaşam olaylarının depresyon ve ruhsal problemlerin artmasına neden olduğu belirtmiştir. Literatür incelendiğinde yetişkin kadınların çocuk ve ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşama değişkeni ile ruhsal belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre çocukluk ve ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşamış kadınların ruhsal belirti çeşitliliği ve ağırlığının daha fazla olduğu görülmüştür. Bilişsel ve duygusal gelişimin en önemli evresi olan çocukluk ve ergenlik çağında meydana gelen ebeveyn kaybı bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Okul başarısında düşüş, üvey anne ya da baba, üvey kardeşler, yetiştirme yurdunda kalmaya başlama vb. yaşam değişimleri kişilerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu sonuca bağlı olarak çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan ebeveyn kaybının yetişkinlik döneminde de ruh sağlığını olumsuz etkilediği söylenebilir. Genelleme yapabilmek adına örneklem sayısının çoğaltılması, çocukluk ve ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşamış bireylerle boylamsal araştırmaların (izleme) yapılması, kişilerin zaman içerisinde ki ruh sağlığı düzeylerinin belli aralıklarla tekrar incelenmesi önerilir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları geçmişlerinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması geçmişlerinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre

incelendiğinde; geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları geçmişlerinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelendiğinde, geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmüş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri'ne göre gruplar arası geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkeni karşılaştırılmıştır ve geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmüş çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri'ne göre puan ortalamaları halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelendiğinde psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların rahatsızlık ciddiye indeks puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görme değişkenine göre incelendiğinde, toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Altınel (2008), Edirne ilinde yaşayan 15-49 yaş aralığındaki kadınların ruhsal durumlarını incelediği araştırmasında ruhsal bozukluk tanısı alan kadınların ruhsal belirtilerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Hayran (1982), ruhsal hastalık tanısı olan bireylerde ruhsal sıkıntuların görülmenin daha fazla olduğunu belirtmiştir. İlhan (2009), 170 ev kadını ile yapmış olduğu araştırmada psikolojik problem yaşayan kadınların depresyon düzeylerinin, yaşamayanlardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam etme değişkeni karşılaştırılmıştır. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Belirti Toplam İndeksi puan ortalamaları, Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puanları ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları, halen psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam etme değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Çalışmaya dâhil olan kadınların, Kısa Semptom Envanteri' ne göre puan ortalamaları birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkenine göre incelenmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi puan ortalaması birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkenine göre incelendiğinde Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları aile üyelerinde tanı konmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri' nden elde edilen belirti toplam indeksi puan ortalamaları birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkenine göre incelendiğinde, Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları incelendiğinde Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri' ne göre gruplar arası geçmişte birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk değişkeni karşılaştırılmıştır ve birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olmayan çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puan ortalamaları çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olan çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik tanı varlığı ile olumsuz ruhsal belirtilerin arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. İlhan (2009), 170 ev kadını ile yapmış olduğu araştırmada ailesinde tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olan kadınların depresyon düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ruhsal problemi olan kişilerin birinci derece akrabaları ile yapılan araştırmalar da ailelerin stres, utanç, suçluluk, endişe, çaresizlik gibi durumları yaşadıkları ortaya konulmuştur (Kızılırmak, 2014). Psikiyatrik tedavi gören, ruhsal sıkıntılar yaşayan aile üyesi ile birlikte yaşamının süregelen bir stres etmeni olarak kişide ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (Gülseren vd., 2010; Kızılırmak, 2014; Sherwood vd., 2005). Gülseren ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada ailesinde psikiyatrik bozukluk olan kişilerin, hasta birey tarafından şiddete maruz kalma potansiyelleri olduğunu bu durumun güvenlik hissini tehdit eden ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olmasından dolayı kişilerde duygusal yönden travma yaşanmasına sebep verebileceğini belirtmişlerdir (Kızılırmak, 2014). Yılmaz (2010), intihar girişiminde bulunan kişilerle yapmış olduğu çalışmasında ailesinde ruhsal bozukluk tanısı olan kişilerde intihara teşebbüs oranlarının arttığını

ayrıca intihara girişiminde bulunan kişilerin anne ve babalarında da psikopatoloji sıklığının yüksek olduğunu belirtmiştir. Kızılırmak (2014), yapmış olduğu araştırmada ailesinde tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olan kişilerin ruhsal problem yaşamaları bakımından “yüksek risk” grubunda yer alacaklarını belirtmiştir. Ücretli bir işte çalışmayan kişilerin psikiyatrik bozukluk yaşayan kişiyle sürekli birlikte olmaları, kendilerine zaman ayırmamalarından dolayı sosyal hayatlarında bozulmaların meydana gelebileceği bunun sonucunda bu kişilerin ruh sağlıklarında bozulmalar yaşayabilecekleri belirtilmiştir (Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Bu araştırmada elde edilen bulgular ve literatür karşılaştırıldığında birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk tanısı olan kadınların ücretli bir işte çalışma değişkeninden bağımsız olarak olumsuz ruhsal belirtilerinin yüksek olduğu, aile de psikiyatrik bozukluk olması, kişide benzer rahatsızlığın ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen verilere bağlı olarak sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

5.1. Araştırma Sorularının Cevapları

1. Araştırmaya dahil edilen ücretli bir işte çalışan kadınlar da en sık görülen psikopatolojik belirtilerin sırasıyla; Ek maddeler, obsesif-kompulsif bozukluk, Kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, anksiyete bozukluğu, depresyon, Somatizasyon, hostilete, fobik anksiyete ve psikotizm olduğu bulunmuştur.
2. Ücretli bir işte çalışmayan kadınlar da en sık görülen psikopatolojik belirtilerin sırasıyla; Ek maddeler, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, somatizasyon, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilete, psikotizm ve fobik anksiyete olduğu bulunmuştur.
3. 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığında ki kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamalarının 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p=,001<0.05$). 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki kadınların belirti toplam indeksi puanının 18-25 aralığında ki kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur($p=,001<0.05$). 46-55 yaş aralığındaki kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının 18-25 yaş aralığındaki kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p=,008<0.05$).
4. 18-25 yaş aralığındaki ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 26-35 yaş aralığındaki çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi ve belirti toplam indeksi puanları çalışan kadınlara göre yüksek bulunurken semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 36-45 yaş aralığındaki ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiye indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 46-55 yaş aralığındaki çalışan

kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puanları çalışmayan kadınlara göre yüksek bulunurken semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

5. Boşanmış ve bekar kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının evli kadınlara göre yüksek olduğu görülmüştür ($p=,000<0.05$). Boşanmış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının bekar ve evli kadınlardan, bekar kadınların belirti toplam indeksi puanlarının evli kadınlara göre yüksek olduğu görülmüştür ($p=,000<0.05$). Evli kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının bekar ve boşanmış kadınlara göre düşük olduğu görülmüştür ($p=,000<0.05$).
6. Bekar ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Evli ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Boşanmış ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
7. Araştırmaya dahil edilen tüm kadınlardan ilkokul mezunu ve lise mezunu olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının yüksekokul ve üniversite mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). İlkokul ve lise mezunu kadınların belirti toplam indeksi puanlarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). İlkokul ve lise mezunu kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yüksekokul ve üniversite mezunu kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$).
8. İlkokul mezunu ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Lise mezunu ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin

olmadığı görülmüştür. Yüksekokul/ üniversite mezunu ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

9. Araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir ($p=,358>0.05$). Araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir ($p=,249>0.05$). Araştırma kapsamına giren kadınların gelir miktarı değişkenine göre rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=,221>0.05$).
10. 0-999 gelir miktarına sahip çalışan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puanları çalışmayan kadınlara göre yüksek bulunurken semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 1000-1999 gelir miktarına sahip ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 2000-2999 gelir miktarına sahip ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. 3000 ve üstü gelir miktarına sahip çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puanları çalışmayan kadınlara göre yüksek bulunurken belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
11. İl merkezinde yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının ilçe ve köy, kasaba merkezinde yaşayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). İlçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). Uzun süre ilçe, köy ve kasaba merkezinde yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan

ortalamalarının il merkezinde yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,001<0.05$).

12. İl merkezinde yaşayan, çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. İlçe merkezinde yaşayan, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Uzun süre köy ve kasaba merkezinde yaşayan, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
13. Yalnız, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamalarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). Yalnız, arkadaş veya diğer akrabalar ile yaşayan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının anne ve/veya baba, eş ve/veya çocuklar ile yaşayan kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=,000<0.05$). Eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamalarının yalnız, anne ve/veya baba, arkadaş ya da diğer akrabalar ile yaşayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p=,001<0.05$).
14. Yalnız yaşayan, çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Anne ve/veya babası ile birlikte yaşayan, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşayan, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Arkadaş ya da diğer akrabalar ile yaşayan, çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları çalışmayan kadınlara göre yüksek bulunurken belirti toplam indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

15. Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların belirti toplam indeksi puanlarının tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tanı konulmuş sağlık problemi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$).
16. Tanı konulmuş sağlık problemi olmayan, çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi çalışan kadınlara göre yüksek bulunurken belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Tanı konulmuş sağlık problemi olan ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
17. Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların belirti toplam indeksi puanlarının ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları ebeveyn kaybı yaşamamış kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$).
18. Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamamış ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Çocukluk ya da ergenlik çağında ebeveyn kaybı yaşamış ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

19. Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmüş kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmüş kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmüş kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmemiş kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$).
20. Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi görmemiş çalışmayan kadınların çalışan rahatsızlık ciddiyet indeksi puanları çalışmayan kadınlara göre yüksek bulunurken belirti toplam indeksi puanları ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Geçmişte psikiyatrik/psikolojik tedavi gören ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
21. Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Psikiyatrik/Psikolojik tedavi görmeye devam eden kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur($p=,000<0.05$).
22. Psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeyen ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Halen Psikiyatrik/psikolojik tedavi görmeye devam eden ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.
23. Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları aile üyelerinde tanı konmuş

Psikiyatrik bozukluk olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların belirti toplam indeksi puanları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$). Birinci derece akrabalarında tanı konmuş Psikiyatrik bozukluğu olan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları tedavi görmeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=,000<0.05$).

24. Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olmayan ücretli bir işte çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi puanları çalışan kadınlara göre yüksek bulunurken semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Birinci derece akrabalarında tanı konulmuş Psikiyatrik bozukluk olan ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Bu araştırma ile ücretli bir işte çalışma ve çalışmama sonucunda ortaya çıkması muhtemel ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin belirlenip toplum ruh sağlığını arttırmaya yönelik faaliyetlere destek oluşturacağı, ayrıca aşağıda yer alan önerilerin değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler

Araştırmamızda yer alan kadınlardan ücretli bir işte çalışma ya da çalışmama durumuna bakmaksızın eğitim seviyesi düşük kadınlar da olumsuz ruhsal belirti görülme olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca bağlı olarak toplum ruh sağlığını koruma çalışmaları yapılırken kadınların eğitim düzeylerini arttırmak, eğitim olanaklarına ulaşımı kolaylaştırma konusunda çalışmaların yapılması önerilir.

Araştırmamızda yer alan boşanmış ve bekar kadınlar da olumsuz ruhsal belirtilerin yüksek olduğu ve boşanmanın ücretli bir işte çalışma durumundan bağımsız olarak tüm kadınları ruhsal yönden etkilediği saptanmıştır. Boşanma sonrasında kişiler arası problem, aile düzeninin bozulması, ekonomik olarak yetersizlikler, çocuk bakımının tek ebeveyne yüklenmesi, boşanma öncesi ve sonrasında yaşanan stresli

dönem vs. bir çok etken ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarda yüksek sosyal destek ve ekonomik durumun boşanmadan sonraki sürece uyum sağlamayı kolaylaştırdığı görülmüştür. Buna bağlı olarak özellikle çalışmayan boşanmış ve eşi vefat etmiş kadınlara yönelik halk sağlığı merkezlerinde psikolojik destek programlarının oluşturulması, sosyal desteği arttırmak amacıyla halk eğitim merkezlerinde düzenlenen eğitim ve kurslara katılmaya teşvik edilmesi, ülkemizde eşi vefat etmiş çalışmayan kadınlara uygulanan “Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Sosyal Yardım Programı” na boşanmış çalışmayan kadınlarında dahil edilmesi önerilir.

Araştırmamızda uzun süre köy ve kasabalarda yaşayıp il merkezine göç eden kadınlar da olumsuz ruhsal belirtilerin yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun da alışmış oldukları düzenin bozulması, yeni yerleşim yerine uyum sağlayamama, sosyal yönden gerekli destekden mahrum kalma vb. nedenlerden etkilenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak özellikle göç eden kadınlara yönelik topluma uyum sağlama kurs ve etkinliklerinin düzenlenmesi, iş imkanlarının sağlanması, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması, göç eden diğer kadınlarla bir araya gelebilecekleri etkinliklerin düzenlenmesi toplum ruh sağlığını korumak amacıyla önerilebilir. Bunun sonucunda araştırmamız verilerine dayanarak göç eden kadınların psikososyal sorunlarıyla daha kolay baş edebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamız da tanı konulmuş sağlık problemi olan kadınlar da olumsuz ruhsal belirtilerin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda birinci basamak sağlık kuruluşların da görev alan hemşirelerin ruhsal bozuklukları tanıma oranlarının düşük olduğu ortaya konulmuştur (Yılmaz, 2007). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliğin kolay olmasından dolayı bu kurumlarda görev alan doktor ve hemşirelere koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri hakkında eğitimler verilmesi önerilir. Böylece birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kronik hastalığı olan kadınların ruh sağlığı hakkında destekleyici olunup gerekli görülen kişilerin psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmeleri sağlanacaktır.

Araştırmamızda birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olan kadınların olumsuz ruhsal belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca bağlı olarak birinci derece akrabalarında tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk

olan kişilerin de hastalığa yönelik ruhsal öykülerinin alınması, tedavi ve bakım süreçlerine dahil edilmeleri gerektiği önerilir.

Yapılan bir araştırmada meslek edindirme ve hobi kurslarına katılan kadınların, bu kurslara katılmayan kadınlara daha az olumsuz ruhsal belirti sergiledikleri saptanmıştır (Dığrak, 2014). Bu bilgilerle birlikte ücretli bir işte çalışmayan kadınlara yönelik meslek edindirme ve hobi kurslarının arttırılarak katılımın teşvik edilmesi, kadınların toplumda ki statülerinin yükseltimesi ile toplum ruh sağlığı sorunları üzerine önemli bir adım atılacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak ortay yaş ve üzeri olan, boşanmış olan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, uzun süre kasaba ve köy de yaşayıp il merkezine göç eden, yalnız veya arkadaşları ile birlikte yaşayan, tanı konulmuş sağlık problemi olan, çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveyn kaybı yaşayan, geçmişte veya halen psikiyatrik/psikolojik tedavi gören ve birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk olan kadınların olumsuz ruhsal belirti puanlarının yüksek olmasından dolayı bu kadınlara yönelik ruh sağlığını koruma ve desteklenmesi yönünde çalışmaların yapılması, benzer şartları taşıyan kadınların bir araya gelebilecekleri destek gruplarının kurulması, bu gruplara yönelik uzman desteğinin verilmesi önerilir.

Bu araştırmada saptanan sonuçların genellenebilmesi adına ileride yapılacak benzer çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle toplumun her kesimini kapsayacak örneklem çeşitliliğinin oluşturulması gerekmektedir. Bu araştırma da ücretli bir işte çalışan kadınlara ulaşmanın uygun olmasından dolayı eğitim, sağlık ve finans sektöründe çalışan kadınlar dahil edilmiştir. İleride yapılacak araştırmalar da farklı sektörlerde de görev alan kadınların da çalışmalara dahil edilmesi önerilir.

Sonuç olarak kadınlar da ortaya çıkması muhtemel ruhsal problemlerin ücretli bir işte çalışma durumuyla birlikte, geçmişte yaşanan farklı travmatik yaşantıların etkisinde göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Bu araştırmanın sosyodemografik ve psikososyal özellikler ile kadınlardaki ruhsal belirtilerin çalışma durumu ile ilişkisi hakkında literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ağaoğlu, E., Ceylan, M. Kasım, E. vd., 2004, "Araştırma Görevlilerinin Kendi Tükenmişlik Düzeylerine İlişkin Görüşleri" XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya.
- Akalan, N., 2006 "Okulöncesi Eğitimi Öğretmenlerinin Denetim Odakları Stresla Başa Çıkma Yöntemleri ve Ruh Sağlığı Düzeyleri" Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Niğde.
- Akın, A., Esin, Ç. ve Çelik, K., Kadın Sağlığı Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı, (Ed. Akın A), Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara, 2003,17-32.
- Altınel, T., 2008, "Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler" Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM 5), (Çev. Koroğlu, E.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Amaral, G., Geiserstranger, S.i Soleimanspour, S. et, all., 2010, "Mental Health Characteristics and Health-Seeking Behaviors of Adolescent School-Based Health Center Users and Nonusers" Journal of School Health, 81(3):138-145.
- Ankay, A., Ruh Sağlığı ve Davranış Bozuklukları, Turhan Kitabevi, Ankara, 1992.
- Arguvanlı, S. ve Taşcı, S., 2013 "Bipolar Bozuklukda Bakım Verenlerin Sorunları" Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1):21-30.
- Avşaroğlu, S., Deniz, M.E. ve Kahraman, A., 2014, "Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi" Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14:115-129.
- Bahadır, E., 2009, "Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyleri" Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Baykan, Z., Özkan, S., Maral, I, vd., 2001 "Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Ruhsal Durumlarının Genel Sağlık Anket 12 Kullanılarak Değerlendirilmesi" Dicle Tıp Dergisi.
- Bayram, D., 1999 "Bir Grup Gençte Ruhsal Belirti ile Sosyal Destek İlişkisi" Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Bilgin, B., 2007, "Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin Görüşleri" Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bostancı, N., 2000 "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin Araştırılması" Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Budak, S., Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000.

Buzlu, S., Bostancı, N., Özbaş, D. vd., 2006, "İstanbul' da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi" Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(9):134-8

Çelikkol, A., Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı, Alfa/Aktüel Kitabevi, 1. Baskı, Bursa, 2001.

Çermik, Ö., 1992, "Somatizasyon" Türk Psikiyatri Dergisi, 3(4):281-287.

Çilli, A.S., Kaya, N., Bodur, S. vd., 2004, "Ev Kadınlarında ve çalışan Evli kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması" Genel Tıp Dergisi, 14(1):1-5.

Çetin, İ., Bilici, M., Bekaroğlu, M. vd., 1999, "Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi" 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon, 2(2): 92-97.

Demirtaş, Ç.P., 2006, "İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Ruh Sağlığı ve Denetim Odağıнын Yönü" Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.

Dığrak, E., 2014, "Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması" Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

Dökmen, Z.Y., 2003, "Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadınlarda Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnancı ve Cinsiyet Rolü" Türk Psikoloji Dergisi, 18(51): 111-124.

Dönmez, L., Dedeoğlu, N. ve Özcan, E. 2000, "Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar" Türk Psikiyatri Dergisi, 11(3):198-203.

Ekemen, N., 2006, "15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri ile Ruhsal Durumun Belirlenmesi" Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

- Ekşi, H., 2001 "Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma" Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Şimsek Z., Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eksen Tanıtım, Ankara, 2001, ss: 34-42.
- Geçtan, E., Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, Ankara, 2004, ss: 11-45.
- Gezici, M. ve Güvenç, G., 2003, "Çalışan Kadınların ve Ev Kadınlarının Benlik Algısı ve Benlik Kurgusu Açısından Karşılaştırılması" Türk Psikoloji Dergisi, 18(51):1-14.
- Güleç, C., Psikiyatrinin A-B-C' si: Ruhsal Bozukluklar, Tanısı ve Tedavisi, Say Yayınları, İstanbul, 2006.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B. vd., 2010, "Şizofrenide Aile Yükünü Etkileyen Etmenler" Türk Psikiyatri Dergisi, 21:203-212.
- Hayran, O., 1982 "Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Ruhsal Sorunlara İlişkin Vaka Kontrol Araştırması" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Hovardaoğlu, S., 1997, "Stres belirtileri ile Durumsal ve Sürekli Kaygının Yordanması" Kriz Dergisi, 5(2):127-134.
- İlhan, Ç., 2009, "Ev Kadınlarında Sosyokültürel Özelliklere Bağlı Olarak Depresyon Düzeyi ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi, T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İmamoğlu, E.O., 1998, "Individualism and Collectivism in a Model and Scale of Balanced Differentiation and Integration. The Journal of Psychology, 122(1):95-105.
- Kale, N.K., 2007, "Banka Çalışanlarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Ruh Sağlığı Düzeyleri (T.C. Ziraat Bankası A.Ş. Örneği)" Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Niğde.
- Kaptanoğlu, C., 2005 "Türkiye' de Psikiyatri: "Yapamadıklarımız"" Çocuk ve Gençli Ruh Sağlığı Dergisi, 12:43-45.
- Karasu, U., 2007, "Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi" Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Karataş, N., Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul, 1998, 97-104.

- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S. vd., 2003, "On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti ile Risk Faktörleri Arasındaki İlişki" Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:208-219
- Kelleci, M., Aştı, N. ve Küçük, L., 2003, "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları" Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, 7(2).
- Kılıç, C., Erol, N., Ulusoy, M. vd., 1998, "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Kırılmaz, A.Y., Çelen, Ü. ve Sarp, N., 2003, "İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen grubunda "Tükenmişlik Durumu" Araştırması" İlköğretim Online, 2(1):2-9.
- Kızılırmak, B., 2014, "Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Ruhsal Sağlık Durumu" Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Koç, M., Yıldırım, A. ve Tutkun, Ö.F., 2002, "Psikopatolojik Özellikleri Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Kavramlara Atfettikleri Anlamlar" Niğde Üniversitesi Eğitim ve Bilim Dergisi, 1(1): 1-12.
- Koç, M., 2006, "Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri" Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Konan, M., 1997, "Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde Lisans Öğrenimi Gören Öğrencilerin Ruhsal Durumlarıyla Gelecek Beklentisi Arasındaki İlişki" Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.
- Koyun, A., Taşkın, L. Ve Terzioğlu, F., 2011, "Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 3:67-69.
- Köknel, Özcan, Kötü Ruhtan Ruh Sağlığına, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 1998.
- Köknel, Özcan, Günlük Hayatta Ruh Sağlığı, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 1999.
- Nalbantoğlu, D., 2011, "Denizli İL Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları ve Etkileyen Faktörler" Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Ocaktan, M.E., Özdemir, O. ve Akdur, R., 2004, "Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri" Kriz Dergisi, 12(2):63-73.

Ökdem, Ş., 1997, "Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Kadınların Karşılaştıkları Krize Neden Olabilecek Yaşam Olaylarının Saptanması ve Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özpoyraz, N., Anksiyete Bozuklukları, Çukurova Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, Adana, 2003.

Öztürk M.O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2004.

Özyurt C.B. ve Deveci, A., 2011 "Manisa' da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi" Türk Psikiyatri Dergisi 22(1):10-6.

Pektaş, İ, Bilge, A. ve Ersoy, M.A.İ, "Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşirelerinin Rolü" Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(1):43-8.

Pınar, Z., 2013, "Duanın Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri (Sivas/Şarkışla İlçesi Örneği)" Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı, Erciyes.

Rezaki, M., 1995 "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon" Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):13-20.

Savaş, N., 2003, "Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Ruh Sağlığı ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Açısından Değerlendirilmesi Üzerine Bir Çalışma" Uzmanlık Tezi, T.C. Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Selçuk, A., 2010, "Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri" Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Sherwood P.R., Given, C.W., Given, B.A. et. all., 2005, "Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Snalysis of Common outcomes in Caregivers of Elderly Patients" J Aging Healt, 17:125-147.

Şahin, E., Şenyurt, M., Babaoğlu, B. vd., 2016, "Denizli İli Honaz İlçesinde Yaşayan Mavi Yakalı Kadınlar ile Ev Kadınlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi" Pumukkale Tıp Dergisi, 9(1):29-37.

Şirin, B., 2008, "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Şengül, F., 2007, "Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi" Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

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

Tokuşcu, T., 2006 “Özel eğitim Merkezi ile Çocuk Yuvalarında çalışan Çocuk Eğiticilerinin Anksiyete Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması ve Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Tespiti” Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tuğrul, C.D., 2000, “Stres ve Depresyon” Psikiyatri Dünyası, 4:12-17.

Tuzcu, A. ve Ilgaz, A., 2015, “Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1):56-67.

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

Ünalın, E., 2014, “Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler” Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Welch, S.S., A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population, Psychiatr Servs, 52 (3):368–375, 2001.

World Health Organization, 2005, Promoting Mental Health, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Yapıcı, A., Ruh Sağlığı ve Din, Karahan Kitabevi, Adana, 2007.

Yaşar, M.R., 2007, “Depresyonun Kadınlaşması” Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(2): 251-581.

Yılmaz, G., 2007, “Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmetleri ve Kadınlarda Sık Görülen Ruhsal Bozuklukları Tanıma Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Yılmaz, N., 2010, “Sivas İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikopatoloji ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi” Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas.

Yılmaz, V., İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’ de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği), Karika, İstanbul, 2012.

Yoğurtçu, F., 2009 “Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı” Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Yörükoğlu, A., Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, 20. Basım, İstanbul, 1996.

Yüksel, N., Ruhsal Hastalıklar, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Ruhsal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Bu araştırmanın amacı ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri ile ruhsal belirtilerinin taranması ve elde edilen verilerin, istatistiksel olarak değerlendirilmesidir. Kısa Semptom Envanteri kişilerin ruhsal durumunu belirlemek amacıyla 53 maddeden oluşan bir ölçektir. Kadınların, ruhsal sağlığını etkileyebilecek birçok risk durumu ile karşı karşıya kaldıkları, düşük ekonomik düzeye sahip olma, olumsuz yaşam koşulları, ev işleri, çocuk bakımı, güçsüzlük, itaatkar olma gibi tutumların kadınların olumsuz duygular yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma ile ücretli bir işte çalışma ve çalışmamanın kadın üzerindeki ruhsal sorunları ne düzeyde etkilediğinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde ve yabancı ülkelerde yapılan birçok araştırmada ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınlarda farklı düzeyde ruhsal problemler yaşanabileceği belirtilmiştir. Bu araştırma ile çalışan kadınların ruhsal belirtilerinin çalışmayan kadınlarla karşılaştırarak elde edilen veriler ile literatürde eksikliği gözlenen bu alana katkıda bulunulmaya çalışılacak, araştırma bulgularına bağlı olarak çalışan kadınlarda ve çalışmayan kadınlarda ortaya çıkması muhtemel ruhsal belirtilere dikkat çekerek ilgili kurumlara ve gelecekte yapılacak çalışmalara katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşülerek, Sosyo Demografik Veri Formu ve Kısa Semptom Envanteri Uygulanacaktır. Çalışma yaklaşık 15-20 dakika olarak planlanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanızın olası yararları kişisel bilgiler kullanılmadan ve bireysel değerlendirme olmaksızın; toplanmış olan veriler ile daha önce yapılmış araştırmalar ışığında, ücretli bir işte çalışan ve çalışmayan kadınların ruhsal sağlık düzeylerinin saptanmasına olanak sağlayacaktır. Aynı zamanda araştırma sonucuna bağlı kalarak topluma ve ileride yapılacak olan araştırmalara önerilerde bulunulması hedeflenmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Beyza Nur GEMCİ b.gemci@hotmail.com
0545 934 7499

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		
Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Kişisel Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, yüksek lisans bitirme çalışması kapsamında yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız durumunda, vereceğiniz bilgiler bireysel değerlendirme amacıyla kullanılmayacağı için kimlik bilgileriniz istenilmeyecektir. Doldurmanız istenen ölçek ve formların başlarında verilen yönergeleri dikkatlice okuyup ölçekleri ve formları eksiksiz bir biçimde doldurmanız gerekmektedir. Cevapladığınız ölçeklerde doğru ya da yanlış cevaplar bulunmamaktadır. Bu nedenle sorulan sorularla ilgili samimi yanıtlar vermeniz ve soruların tümünü cevaplamanız araştırmanın doğruluğu açısından oldukça önemlidir.

Vereceğiniz bilgiler ve yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak, yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecektir ve araştırma haricinde başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya katkılarınız için teşekkür ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Beyza Nur GEMCİ
Üsküdar Üniversitesi
Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....

2. Medeni Durumunuz?

Bekar Evli Boşanmış Eş vefat

3. Eğitim Durumunuz Nedir?

Okur Yazar Değil Okur Yazar İlköğretim Mezunu
 Lise Mezunu Yüksekokul Mezunu Üniversite ve Üstü

4. İş Durumunuz Nedir?

Çalışıyorum Çalışmıyorum

5. Aylık Gelir Miktarımız?

- 0-999 1000-1999 2000-2999 3000 ve üstü

6. En Uzun Süre Yaşadığımız Yerleşim Yeri Neresidir?

- İl İlçe Kasaba Köy

7. Kiminle Beraber Yaşıyorsunuz?

- Yalnız Anne ve/veya Baba Eş ve/veya Çocuklar
 Eş, çocuklar ve büyük ebeveynler Arkadaş/Akraba
 Diğer (Belirtiniz).....

8. Herhangi bir fiziksel hastalığımız var mı?

- Yok Kalp damar hastalıkları (Hipertansiyon vs.)
 Diabet Solunum Sistemi Hastalıkları (Astım, Bronşit, KOAH)
 İskelet Sistemi Hastalıkları (Artrit, Osteoporoz, Romatizma hast.)
 Diğer (belirtiniz)

9. Çocuklukta veya Ergenlikte Ebeveyn Kaybı Var mı?

- Yok Anne Kaybı Baba Kaybı
 Anne-Baba Kaybı

10. İntihar Girişiminiz Var mı?

- Hayır Evet

11. Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Tedavi Gördünüz mü?

- Hayır Evet (Belirtiniz).....

12. Halen Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Görüyor musunuz?

- Hayır Evet(Belirtiniz).....

13. Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik/Psikolojik Hastalık/Tedavi Var mı?

- Hayır Evet(Belirtiniz)

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere "SON BİR HAFTA" içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanı işaretleyiniz. Anlamadığımız bir cümle ile karşılaştığımızda uygulayan kişiye danışınız.

	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Oldukça Fazla	İleri Derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp, öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (Kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetme	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Kendini ağlamaklı hissetme	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, size kötü davrandığına inanma	0	1	2	3	4
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4

28. Otobüs, tren, metro gibi vasıtalarla seyahatlerden korkma	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırmak, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme	0	1	2	3	4
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görme duygusu	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4