

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

**15-49 YAŞ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA
KISA SEMPTOM ENVANTERİ İLE
RUHSAL DURUMUN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Nurten EKEMEN**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Ümit SEVİĞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Şubat 2006
KAYSERİ**

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

**15-49 YAŞ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA
KISA SEMPTOM ENVANTERİ İLE
RUHSAL DURUMUN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Nurten EKEMEN**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Ümit SEVİĞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Şubat 2006
KAYSERİ**

Prof.Dr.Ümit SEViğ danışmanlığında **Nurten EKEMEN** tarafından hazırlanan “**15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri ile Ruhsal Durumun Belirlenmesi**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

06/02/2006

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Ümit SEViğ

Üye : Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye : Yard. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmasının gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Ümit SEVİĞ çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş ve her aşamasında destek vermiştir.

Sayın Prof.Dr. Nimet KARATAŞ, Prof.Dr.Osman GÜNAY, Prof.Dr.Selma DOĞAN
Yrd. Doç.Dr.Sultan TAŞCI, Yard.Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER, Yard.Doç.Dr.Meral
BAYAT çalışma süresince,

Öğr.Gör.Mahmut KILIÇ istatistik testlerin uygulanmasında ve değerlendirilmesi
aşamasında destek vermişlerdir.

Tez çalışmamın her aşamasında eşim, ailem ve çalışma arkadaşlarım manevi
desteklerini eksik etmemişlerdir.

15-49 YAŞ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA KISA SEMPTOM ENVANTERİ İLE RUHSAL DURUMUN BELİRLENMESİ

ÖZET

Bu araştırma 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Yozgat il merkezinde, 1 ve 5 no'lu sağlık ocaklarına kayıtlı olan 15-49 yaş grubundaki 743 kadın ile yapılmıştır. Veriler, Kısa Semptom Envanteri ile araştırmacı tarafından geliştirilen ve demografik verileri içeren anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, Independent samples t testi, one-way ANOVA ve correlation testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlarda paranoid düşünce ($\bar{X}=1,25$), obsesif kompulsif bozukluk ($\bar{X}=1,13$), kişilerarası duyarlılık ($\bar{X}=1,18$), ek madde ($\bar{X}=1,14$) ruhsal belirti puan ortalamaları orta düzeye yakındır. Ruhsal belirtilerden semptom rahatsızlık indeksi ($\bar{X}=1,92$) ile belirti toplam indeksi ($\bar{X}=25,28$) puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük, aile içi şiddet gören kadınların tüm ruhsal belirti alanlarında aldıkları puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur ve gruplararası fark anlamlıdır. Uzun süre kırsal alanda yaşayan, medeni durumu dul olan, sorunları olduğunda destek kaynağının yeterli olmadığını belirten, çocuk sayısı 5 ve üzerinde olan kadınların da tüm ruhsal belirti alanlarında aldıkları puan ortalamaları orta düzeye yaklaşmıştır. Fakat gruplararası fark anlamlı değildir. Kadınların yaşları arttıkça, somatizasyon puan ortalaması artmaktadır ($p<0,05$). Ancak hostilete puan ortalaması ile psikotizm puan ortalaması hafif düzeyde azalmaktadır ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Kadın Sağlığı, Ruh sağlığı, Ruhsal belirtiler

**DETERMINATION OF BRIEF SYMPTOM INVENTORY AND MENTAL
HEALTH FOR WOMEN AT THE PERIOD AGE OF 15-49**

ABSTRACT

This study was performed as a description to determine the brief symptom inventory and psychological conditions of women in the period between ages 15-49.

This study was carried out with 743 women in the group of age 15-49 registered at clinic 1 and 5 in the centre of Yozgat. Data were collected with a brief symptom inventory and a survey sheet developed by the researcher, including demographic data. Independent sample T-test, one-way ANOVA and correlation tests were used to evaluate data statistically.

Paranoid thought (1.25), Obsessive compulsive disorder (1.13), interpersonal sensitivity (1.18), additional clause (1.14) psychological symptoms were higher in women who took part in the research and these average point scores were closer to satisfactory level. Average points of symptom disorder index from psychological symptoms (1.92) and symptom total scores (25.28) were also determined higher. In terms of all psychological disorder field, average scores of women in the group with low educational and socio-economic level, who experience domestic family violence were determined higher than other groups and the differences between them are meaningful. In terms of all psychological disorder field, average scores of women who were living in countryside for a long time, who are widowed, who stated that they didn't have enough support when they had problems and who have 5 children or more, are nearer to middling quality, but the differences between the group are not meaningful. As the age of women increases, average somatization score also increases ($r= 0,2$ $p>0,05$). But average hostility score ($r= -0,10$ $p<0,05$) and average psychotization score slightly decline ($r= -0,06$ $p <0,05$). In terms of marital status, those who got the highest average points in hostility are single women.

Key Words: Women Health, Mental Health, Mental Symptoms

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KADIN RUH SAĞLIĞI.....	4
2.2. KADIN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	7
2.2.1. Cinsiyet	7
2.2.2. Sosyo-Ekonomik Durum.....	8
2.2.3. Kadının Statüsü.....	8
2.2.4. Şiddet.....	9
.....	
2.3. KADIN RUH SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	10
2.3.1. Hemşirenin Sorumlulukları.....	12
2.4. KADINLARDA EN ÇOK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR.....	13
2.4.1. Depresif Bozukluklar.....	13
2.4.2. Anksiyete bozuklukları.....	14

	<u>Sayfa No</u>
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	17
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	17
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLARI.....	18
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	18
3.6.2. Ön Uygulama.....	19
3.6.3. Verilerin Toplanma Aracının Uygulanması.....	20
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	52
6. KAYNAKLAR	61
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<u>no</u>	
Tablo 4.1.	Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı.....21
Tablo 4.2.	Kadınların şu anki aile özelliklerine göre dağılımı..... 23
Tablo 4.3.	Kadınların kendi aile özelliklerine göre dağılımı..... 24
Tablo 4.4.	Kadınların ruhsal belirtilerinin, genel puan ortalamalarına göre dağılımı.....25
Tablo 4.5.	Kadınların yaş gruplarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....26
Tablo 4.6.	Kadınların eğitim durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı..... 28
Tablo 4.7.	Kadınların en uzun yaşadığı yere göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı... 30
Tablo 4.8.	Kadınların sosyal güvence durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....32
Tablo 4.9.	Kadınların medeni durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı..... 34
Tablo 4.10.	Kadınların sorunları olduğunda destek alma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....36
Tablo 4.11.	Kadınların çocukluklarında etkilendikleri olay yaşama durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....38
Tablo 4.12.	Kadınların kendi ailelerinde ruhsal hastalık tanılı bir yakına sahip olma durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı..... 40
Tablo 4.13.	Kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....42
Tablo 4.14.	Kadınların çocuk sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı 44
Tablo 4.15.	Kadınların ailelerindeki şiddet durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı.....46
Tablo 4.16.	Kadınların kardeş sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı48
Tablo 4.17.	Kadınların kendi ailelerinin gelir düzeylerini değerlendirme durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı 50

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Bkz	: Bakınız
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
S	: Somatizasyon
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
KD	: Kişilerarası duyarlılık
D	: Depresyon
AB	: Anksiyete bozukluğu
H	: Hostilite
FA	: Fobik anksiyete
PD	: Paranoid düşünce
P	: Psikotizm
EM	: Ek maddeler
RCİ	: Rahatsızlık ciddiyet indeksi
BTİ	: Belirti toplam indeksi
SRI	: Semptom rahatsızlık indeksi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bütün dünyada yaşanan sosyal, ekonomik, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için bir hakır.

Sağlık, değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanımda ele alınan ve halen geçerli olan ruhsal yönden sağlıklı olma durumu, toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte "kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olması" anlamına gelmektedir. Ruhsal yönden sağlıklı olma bireyin kendisine ve çevresine verdiği değerle paralel gider. Ruhsal bozukluk ise bireyin duyu, düşünce dünyasında ve davranışlarında değişik derecede dengesizlik ya da tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk, yetersizlik olması durumudur.

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

Ruhsal bozuklukların kadın ve erkeklerde görülme sıklığı ve klinik tablolarındaki farklılık, son dönemlerde çeşitli çalışmaların konusunu oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra sadece kadınların yaşadıkları ruhsal sorunlar, giderek daha fazla merak uyandırmakta ve bu konularda özellikle biyolojik araştırmaların sayısı hızla artmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin en büyük kullanıcıları toplumun yarısını oluşturan kadınlardır. Cinsiyet farklılıkları, psikiyatrik bozuklukların yalnızca yaşam boyu yaygınlığı değil, aynı zamanda klinik görünüm ya da hastalığın gidişi açısından da önem taşır. Bu durum kadınların buldukları konumdaki güçsüzlüklerinden kaynaklanmaktadır. Sosyal konumlarındaki güçsüzlük, kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmaları ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların ruh sağlığının daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır.

Ruh sağlıklarını tehdit edebilecek pek çok risk faktörü ile karşı karşıya kalan kadınların, karşılaştıkları olayları ele alış biçimine ilişkin çalışmalar oldukça az sayıdadır. Bu çalışmaların az olması, kadının ruh sağlığını değerlendirmenin ve yardım gereksinimini belirlemenin gerekli ve anlamlı olduğu düşüncesini doğurmaktadır. Ülkemiz gerçekleri, düşük sosyoekonomik düzeyde bulunma, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkar, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretilerinin kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz, çaresiz, kendini değersiz görme gibi duygular yaşamalarına neden olabileceğini düşündürmektedir. Kadınlar, duygularını ve düşüncelerini bastırma ve bedenselleştirmelerinden dolayı fiziksel yakınmalarla sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar.

1990 yılında DSÖ tarafından hazırlanan “Temel Sağlık Hizmetleri, Ruh Sağlığı Kitapçığında” kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri, üzerinde özellikle durulması ve iyileştirilmesi gereken bir konu olarak vurgulanmaktadır. Bir çok toplumda kadının rolüne dönük kültürel tavır nedeniyle sosyal ve eğitimle ilgili tam bir gelişme kaydedilmemiştir. DSÖ’nün 21. yüzyılda herkese sağlık hedefi içerisinde ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasada ruh sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili stratejiler yer almaktadır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanındaki hizmetlerin toplum içinde yaygınlaştırılması eğilimi ve ruh hastalıklarının önlenmesi yaklaşımları ile birlikte, psikiyatri hemşiresinin

toplumsal yöndeki görev alanları da genişlemiştir. Hemşirenin, ruh sağlığı merkezlerinde çalışması, ev ziyaretleri yapması, toplumdaki bireylerin ruh sağlığını etkileyebilecek gerçek ve olası sorunları değerlendirme ve bunları önleyebilme olanağı oluşturmaktadır. Hemşireler sağlık bakım ekibi içinde, bireylerle ilk ilişkiyi kuran kişiler oldukları için kaynakları harekete geçirebilmek ve nleme girişimlerini başlatabilmek açısından daha şanslıdırlar. Dolayısıyla hemşireler, kadında ruhsal problemlere neden olabilecek faktörleri değerlendirip, bu faktörleri kadınında görmesini sağlayarak destek olabilecek durumdadır.

Ülkemizde bölgelere göre yapılan değerlendirmelerde ruhsal hastalıklar Batı Anadolu'da binde 75 oranında görülürken, bu oran İç Anadolu bölgesinde binde 27, Kuzey Anadolu'da binde 14 oranında tespit edilmiştir.

İç Anadolu Bölgesinde bulunan Yozgat ilinde, geleneksel aile yapısı yaygın olarak görülmektedir. Bu bölgede sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük, sosyal imkanlar ile kadınların çalışma hayatına katılımları yetersiz, işsizlik oranı fazladır. İlimizde daha önce ne toplumun ruh sağlığına yönelik ne de kadın ruh sağlığına yönelik herhangi bir çalışma yapılmadığı belirlenmiştir. Bu bölgedeki kadınların ruh sağlığına ilişkin yapılabilecek çalışmalara temel oluşturması açısından, ilde yaşayan kadınların ruhsal belirti dağılımlarının saptanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma Yozgat il merkezinde yaşayan 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda Kısa Semptom Envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN SAĞLIĞI

Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Her ülke ve toplumda sosyo-kültürel, ekonomik, hukuki yapının ve çevre faktörlerinin kadın sağlığını nasıl etkilediğinin bilinmesi gerekir (1).

Ülkemiz nüfusunun %49.34'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Genel nüfus sayımı verilerine göre, 25 yaşından sonraki yaşlarda kadınların yaklaşık %55'inin ev kadını olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de kadınlarda doğurganlık hızı 20-24 ve 25-29 yaş gruplarına aittir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaş altı ve 35 yaş üstü yapılan doğumlar tüm doğumların %22'sini oluşturmaktadır. 1998'den bu yana %15 düzeyinde doğurganlık hızında azalma vardır (2). Doğurganlık çağına giren kadınlar arasında öğrenim düzeyi açısından sürekli bir artış olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna göre Türkiye'de okur yazarlığın kadınlar açısından, erkeklerde olduğundan daha ciddi biçimde, kentsel-kırsal yerleşim yerlerine, bölgelere ve yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir. Okuma-yazma bilen kadın ve erkek nüfus oranının sürekli artmasına karşın, bu oranın kadında %72, erkekte ise %88.8'e yükselmiş olması, cinsler arasındaki farklılığın sürdüğünü göstermektedir (3). 15-49 yaş arasındaki hiçbir eğitimi olmayan kadınların oranı %16.7'dir (3). Dünyadaki 900 milyon okuma-yazma bilmeyenler arasında kadınların oranı ise 2 kat daha fazladır

(4, 5). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün belirlemelerine göre, Türkiye'de ilk evlilik yaşı ile eğitim düzeyi arasında doğru orantı vardır. En az ortaokul mezunu olan kadınlarda ortalama ilk evlilik yaşı olan 23.5, eğitimi olmayan kadınların ortalama evlilik yaşından yaklaşık 6 yıl daha yüksektir. 25-49 yaşındaki kadınlar arasında eğitim düzeyi, ilk doğum yaşı konusunda yerleşim yeri ve bölge gibi değişkenlerle kıyaslandığında en büyük farklılığı oluşturmaktadır (3). Türkiye'de kadınların %21.8'i hiç okula gitmemiş veya ilkökul düzeyini tamamlamamıştır (2). Kadınlar erkeklere göre yeterince eğitim imkanlarından yararlanmamaktadırlar. Bunun sonucu olarak işgücüne ve siyasal yaşama katılımları azalmaktadır. Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, aile ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için yeterli imkanlara sahip olması gerekmektedir.

Kadınlar için majör sağlık problemi ruhsal sağlıktır. Ruh sağlığını genel anlamdaki sağlıktan ayırmak mümkün değildir. Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda kadınların erkeklerden daha çok yaşamalarına rağmen, daha fazla akut ve kronik hastalık bulgusu gösterdikleri ve sağlık kurumlarını daha çok kullandıkları gözlenmiştir.

Ruhsal sağlık problemlerinin yetişkin bireylerdeki boyutunu ölçebilmek oldukça zordur. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. ABD'de yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışması, nüfusun neredeyse yarısının hayatları boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirdiğini ortaya koymaktadır (6). İngiltere'de yapılan çalışmalarda, bir yıl boyunca popülasyonun %30'unun stres, anksiyete ve depresyondan etkilendiğini göstermektedir (7). DSÖ verilerine göre, 2003 yılında Türkiye'de ruhsal hastalık görülme sıklığı %17.2'dir. Bunu en çok %10-12 oranında anksiyete bozuklukları ve depresyon oluşturmaktadır. Özellikle kadınlarda bu bozukluklar erkeklere göre daha fazla görülmektedir (8).

Son yıllarda yapılan çalışmaların çoğu ruhsal bozukluğu olan insanların arttığını göstermektedir. İşsizlik, yaşam pahalılığı, göçler, ait olunan toplumsal kökten kopma, çarpık kentleşme, sanayileşme gibi etmenler sonucu pek çok insan ruhsal sorunlar yaşamaktadır (9). Kadınlar bu grup içerisinde ayrı bir öneme sahiptirler. Öktem'in yaptığı çalışmada, kadınlarda ruhsal hastalık belirtisi görülme sıklığı %28, ileri derecede yardım gerektirecek düzeyde ruhsal hastalık belirtisi görülme sıklığı ise %1.9 olarak bulunmuştur. Bu belirtiler uyku ve yeme bozuklukları, paranoid düşünceler, somatizasyon ve hostilite olarak saptanmıştır (10). Karabilgin'in yaptığı çalışmada 15-

49 yaş grubu kadınlarda depresyon belirti prevalansı %51.3, depresyon prevalansı ise %25.8 olarak bulunmuştur (11). Araştırmalarda görüldüğü gibi kadınlarda yüksek oranda ruhsal hastalık belirtileri görülmektedir. Kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulması gereken bir konudur. Birçok toplumda kadının toplumdaki rolüne yönelik kültürel tavır nedeni ile, tam bir sosyal veya eğitimle ilgili gelişme gerçekleştirilememiştir. Kadın ruh sağlığının daha etkili geliştirilmesine katkıda bulunmak için bununla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Kadının bireysel olarak değiştirebileceği faktörler ile onun kontrolü dışındaki faktörler birbirinden ayrılmalıdır. Kadınların kendi yaşantılarına yükledikleri anlamlar ve kendi görüşleri, araştırmacılar, sağlık hizmeti sunanlar ve karar vericiler tarafından dikkate alınmalıdır. Bu yapılmadan sunulan hizmet, kadınların önceliklerine ve ihtiyaçlarına cevap veremez. Bu bağlamda ruhsal bozukluklarla ilgili verilecek hizmetlerin kadınların ihtiyaçlarına göre belirlenmesi, yine bu bozuklukların ele alınıp gerekli bakım ve tedavinin yapılması öngörülmektedir (9, 12).

2.2. KADIN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.2.1. Cinsiyet

Genetik, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin karışımına ek olarak toplumsal cinsiyet, kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (4). Yapılan birçok çalışma, kadınların ruhsal sağlık problemlerinden daha çok etkilendiklerini ve kadınların hassaslıklarının, toplum içindeki rolleri, işleri ve evlilikleri ile yakın ilişkili olduğunu göstermiştir (12). 1990 yılında Russo'nun yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada majör depresyon, agorafobi, basit fobi, distimi, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozuklukları ve panik bozukluk, kadınlarda erkeklerden daha çok görülmüştür (13). Erkeklerde ise antisosyal kişilik, alkol yada madde bağımlılığı daha fazladır. Batılı toplumlarda kadının rolünü araştıran bir çalışmada ise kadınların erkeklerden daha fazla emosyonel problemlerinin olduğu saptanmıştır. Stresli yaşam olaylarının sosyal etkileri, menstruel siklus, premenstruel sendrom, gebelik, postpartum psikolojik bozukluklar, menopoza gibi biyolojik faktörler, yaşlanma, kadının toplumdaki rolünün ağırlığı, ruhsal hastalıkların oluşumunda etkili olmaktadır. Normal bir kadının, menstrual siklus döneminde strese karşı hassas olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Gebelik durumu da kadın için bir stres faktörüdür. Hamilelik sırasında ve doğum sonrası kadının anneliğe adaptasyonu stresin asıl kaynağıdır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, kadın yaşamındaki ruhsal hastalık riskinin doğumdan sonra 12 ay boyunca en yüksek olduğunu göstermektedir (14, 15).

Sağlık alanındaki toplumsal cinsiyet analizindeki farklılıkların anlaşılması için, risk faktörleri ve bunlara maruz kalma, sağlık sonuçları, hastalıkların ortaya çıkması, şiddetin sıklığı, sağlığı korumak ve geliştirmek için kaynaklara ulaşabilme, hastalıklara verilen sosyal ve kültürel tepkilerin ortaya konması gibi çalışmaların yapılması gerekmektedir (15).

UNICEF'in Asya, Afrika ve Orta Doğu'da yapmış olduğu çeşitli araştırmalarda sağlık yönünden cinsiyetler arası taraflı davranmaların olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların eğitim, yoksulluk, yetersiz sağlık hizmeti alımı ve şiddete maruz kalma gibi durumlardan kaynaklandığı bildirilmiştir (16).

2.2.2. Sosyo-ekonomik Durum

Geçen yüzyılda kazanılan pek çok gelişmeye rağmen, yoksulluk büyümeye devam etmiştir ve zengin-fakir arasındaki fark artmıştır. Son zamanlarda yoksulluğun erkek ve kadınları farklı şekillerde etkilediği ve aynı müdahaleleri gerektirmeyeceği anlayışı artmaktadır. Özellikle yaşlı veya eşi olmayan çocuklu kadınlar yoksulluktan daha çok etkilenmektedir. Dünyada yoksullukla yaşayan 1,2 milyar kişinin %70'i kadınlardır. 20 yıl içinde 41 gelişmekte olan ülkede kırsal kesimde yaşayan yoksul kadınların sayısındaki artışın, yoksul erkeklerden %17 daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların küçük bir grubu gerçek anlamda ekonomik ve politik güce sahiptir. Gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla ruhsal bozukluklar görülmektedir. Sonuç olarak cinsiyet ve düşük sosyoekonomik durum, birlikte ruh sağlığının bozulmasında kritik belirleyicilerdir (4) .

2.2.3. Kadının Statüsü

Statü, toplumdaki diğer bireyler ile ilişkilerdeki durum ve ölçüdür. Toplumdaki kararlara katılımı, toplumsal hizmetlerden eşit düzeyde yararlanmayı, toplumsal davranışları statü belirlemektedir. Günümüzde kadınların ev ve aile ile ilgili işlerinin yanı sıra çalışma yaşamına ilişkin sorumlulukları gerçekleştirmeleri için olağanüstü bir çaba göstermeleri beklenmektedir. Bunun nedeni kadının geleneksel olarak ev işleri ve çocuk bakımı gibi işleri üstlenmesi ve erkeğin dışarıda çalışarak ailenin geçimini sağlama rolü ile özdeşleştirilmesi, kadın-erkek arasında cinsiyet rollerinin kalıplaştırılarak benimsenmesidir. Kadının toplumsal cinsiyet rolleri üreme ve üretme olarak iki şekilde açıklanabilir. Birçok toplumda kadınlara genellikle üreme rolünden dolayı daha çok saygı gösterilmekte, böylece kadının statüsü yükseltilmektedir. Özellikle erkek çocuklarına verilen değer ve erkek çocuk tercihi kadının toplumsal statüsünü belirleyen diğer bir faktördür (17).

Bazı toplumlarda ise kadınların kentte çalışma yaşamına katılması, kırsal alanda tarımsal üretimi gerçekleştirme, hasta olan aile bireylerine bakma, ev işlerini sürdürme, çocuk yetiştirme gibi üretici rolleri yeterince kabul görmemektedir. Kadının çalışma yaşamı ile aile yaşamındaki rollerinin gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirmeye çalışırken çaba, zaman, ilgi ve enerjisinin bölünmesi, aşırı rol yüküne, rol çatışmasına ve bunun sonucu olarak kendini

ifade edememesine neden olmaktadır. Kadının eş zamanlı bir çok rolü yüklenmesi ile özellikle stresi artabilmekte ve sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (12, 15, 18).

Ailede kadının rolü kavramının evli kadınlar ve erkekler açısından karşılaştırmalı analizini yapan Bayraktar'ın çalışmasında, kadınların ve erkeklerin ortak görüşü, kadın için evlilik ve aile rollerinin birinci planda olmasıdır. Öte yandan erkekler, kadının çalışmasında hem söz sahibi olmak, hem de evde ekonomik üstünlüklerini sürdürmek istemektedirler. Aynı araştırmada, ailenin gelir ve eğitim düzeyinin artması durumunda ve kadının çalışma durumu ile ilgili olarak kadın ve erkeğin karar vermede eşit olduğu görülmüştür (19).

İmamoğlu'nun aile içinde kadın erkek rollerini belirlemek için yaptığı çalışmasında aile gelirinin çoğunluğunu erkeklerin kazandığı, önemli kararları daha sıklıkla erkeklerin verdiği, ev işlerinin çoğunluğunu ise kadınların yaptığı saptanmıştır. Bu evliliklerden kadınların, eşlerine kıyasla daha az memnun oldukları, belirtilmektedir. Kadınlar, kendilerini yalnız ve mutsuz hissetmekte, sağlıklarını olumsuz değerlendirirken yaşamdaki rollerinden hoşnut olmadıklarını ifade etmektedirler. Yapılan çalışmalarda en iyi ruhsal sağlık evli ve işi olan erkeklerde izlenirken, en kötü ruhsal sağlık evli ev kadınlarında görülmektedir. Kadının zaman içinde erkeğe göre zayıf bir konuma düşmesi, büyük ölçüde ekonomik rolünün değişmesi ile ilgilidir. Demek ki burada görüldüğü gibi kadının çalışma hayatına girmesi ve aile gelirine katkıda bulunması, eğitim düzeyinin artması, kadının statüsünü artırmıştır. Sonuçta kadın sağlığı, kadının toplumsal statüsünden, kadına verilen değerden ve toplumsal yargılardan etkilenmektedir (18, 20, 21).

2.2.4. Şiddet

Kadınlara ve kızlara karşı uygulanan şiddet önemli bir sağlık ve insan hakları konusudur. Kadınların fiziksel ve ruhsal istismarı hayatları boyu sürmektedir (4).

Güvenilir ve geniş kapsamlı çalışmaların yapıldığı her ülkede çalışma sonuçları, %10-%50 arasındaki kadının yaşamı boyunca bir yakını tarafından fiziksel istismara uğradığını göstermektedir. Topluma dayanan çalışmalar, %12 ile %25 kadının yaşamlarında bazı zamanlar zorla tam ya da tam olmayan cinsel ilişkiye girmek zorunda

bırakıldıklarını ortaya koymaktadır. Dünyada 15-49 yaş grubu kadınların, 1998 yılında onuncu sıradaki ölüm nedeni kişilerarası şiddettir (4).

Kadına karşı şiddet üzerine yapılan çalışmalarda, kadına karşı şiddet uygulayanların neredeyse tamamının erkekler olduğu ve bunların aile içinde yada yakın tanıdıkları arasında olduğu belirtilmektedir (15).

Kadına karşı şiddetin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerine önemli etkileri vardır. İstismar edilmiş kadınlar, depresyon, sıkıntı, psikosomatik şikayetler, yeme problemleri ve seksüel disfonksiyondan daha çok yakınmaktadırlar (17).

ABD ve Nikaragua’da yapılan çalışmalar, fiziksel veya cinsel şiddet gören kadınların sağlık kuruluşlarını böyle bir öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla kullandıklarını göstermektedir (4).

2.3. KADIN RUH SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan insanların dörtte biri yaşamlarının bir döneminde önlenebilen, ortaya çıktığında da başarılı bir şekilde tedavi edilebilen ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadır. Ruh sağlığı sorunları biyolojik ve çevresel çok çeşitli faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı alanında yapılacak çalışmalarda diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin korunmasında ve geliştirilmesinde koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının, erken teşhis ve tedavinin büyük önemi olduğu kabul edilmektedir. Bu bağlamda kamuoyu oluşturmak üzere son birkaç yıldır 10 Ekim günü “Dünya Ruh Sağlığı Günü” olarak anılmakta ve bugün içinde çeşitli kuruluşlar tarafından etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Burada ele alınan konular arasında ruhsal bozuklukların çeşitli toplumlardaki görülüş sıklığı ve etkileyici faktörler, ruhsal bozuklukların korunması ve tedavi edilmesi yönünde yapılacak hizmetlerin planlanması yer almaktadır (22, 23)

DSÖ dünyadaki ülkelerin ruh sağlığı kaynakları hakkındaki son verileri toplamak üzere “Atlas Projesi” adı altında bir proje çalışması başlatılmıştır. Bu veriler dünya üzerinde bu konuyla ilgili gereksinim duyulan verileri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Elde edilen ilk sonuçlar, tüm dünya üzerindeki hastalık yükünün %12.3’ünü ruhsal, nörolojik ve davranışsal bozuklukların oluşturduğunu ortaya çıkarmıştır (8).

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri çoğunlukla tedavi ağırlıklı yürütülmektedir. Koruyucu ve rehabilite edici hizmetler ülke genelinde henüz istenilen düzeyde değildir. Bu durumun nedenleri arasında ruh sağlığı alanında koruyucu yaklaşımların son yıllarda gelişmeye başlaması, beden sağlığının gözle görülür somut niteliklerinin bulunmasına karşın ruh sağlığının daha soyut düzeyde kalması, ruh sağlığı ekibini oluşturan sağlık çalışanlarının sayısının az olması, sağlık personelinin koruyucu ruh sağlığı alanında mesleki eğitim ve hizmetiçi eğitimlerinin yetersizliği ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta yürütülemeyecek kadar üst düzey bir ihtisas dalı olarak görülmesi sayılmaktadır (24).

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde şimdiye kadar ruh sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesini sağlamak amacıyla üniversitelerin ve DSÖ'nün işbirliği ile araştırmalar ve projeler uygulanmıştır. Bunların başında "Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması" yer almaktadır. Bu araştırmada, her 100 kadından 20-21'inde depresif bozukluklar görülürken, 8-9'unda ise anksiyetenin ortaya çıktığı görülmüştür (8). Türkiye'nin 1985 yılından bu yana üyesi olduğu Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesinin (CEDAW) 18. maddesi uyarınca taraf devletlerin her dört yılda bir kadınlara ilişkin sağladıkları ilerleme ve karşılaşılan engelleri CEDAW komitesine sunmaları yükümlülüğü bulunmaktadır. Sözleşme, uluslararası insan hakları uygulamaları açısından bakıldığında, kadınların insan haklarını ve cinsiyete dayalı ayrımcılık kavramını yalnız yasal değil, somut düzeyde de tartışmaya açmasıyla ayrıcalıklı bir yere sahiptir. Sözleşmede ayrımcılık kavramı, cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılık, dışlanma ve kısıtlama olarak kabul edilmekte, kadına yönelik ayrımcılığın devam ettiği ve bu durumun hak eşitliği ilkesine aykırı olduğu ifade edilmektedir. CEDAW kadın-erkek eşitliğine yönelik çalışmalara temel ilke olarak kadınlara yönelik her türlü ayrımcılığın önlenmesini öngörmektedir. Madde 12'de kadın ve erkeğin aile planlaması dahil sağlık hizmetlerinden eşit yararlanabilmesi için taraf devletler kadınlara karşı ayrımcılığı önlemeye çağrılmaktadır. Sözleşmede tam bir kadın-erkek eşitliğine ulaşabilmek için kadın ve erkeğin toplum ve aile içindeki geleneksel rollerinin değişmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında CEDAW, üye ülkelerin sağlık bakımı ve aile planlaması da dahil olmak üzere sivil, siyasi, sosyal ve kültürel alanlarda kadına karşı ayrımcılığın önlenmesini yasal sorumluluk olarak kabul ettiği ilk uluslar arası sözleşmedir. Kadınlardaki ruhsal sorunları ortaya koymak

için ayrıca ülkemizde ilk Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi 2005 yılında düzenlenmiştir (23).

2.3.1. Hemşirelerin Sorumlulukları

Toplumda hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde, fiziksel ve sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Aynı zamanda hastalık ve rehabilitasyon sırasında bakımın planlanması ve yerine ulaştırılmasını da kapsayan hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık, özürülük ve ölüm olaylarını etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilidir. Hemşireler bireyin, ailesinin, sosyal grupların ve toplumun, sağlık bakımının her aşamasına gerektiği gibi katılımlarını sağlamakla öz güvenlerinin ve geleceklerini belirleme yeteneklerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Hemşireler aynı zamanda sağlık alanında ve sağlıkla ilgili hizmetlerde çalışan diğer meslek grupları ve iş kollarıyla da dayanışma içerisinde çalışmaktadırlar (25, 26, 27). Tüm sağlık çalışanlarının ortak amacı olan, bireyden başlayarak topluma etkilemesi hedeflenen sağlığın korunması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sürdürülmesi konusundaki işlevlerini yerine getirebilen hemşire, disiplinlerarası etkileşimi sonucu, sağlık sorununun ötesinde başka alanlardaki sorunlarında ilgili yerlere ulaştırılmasındaki sorumluluğunu yerine getirmiş olacaktır (28).

Ruh sağlığının korunması için hemşirenin temel hedefleri şunlar olmalıdır.

- Çevredeki risk faktörlerinin ele alınması
- Bireyin dayanma ve sorunla baş etme gücünün artırılması
- Sağlığı koruyucu önlemlerle bireyin direncinin artırılması
- Sosyal baskılara karşı koyma yollarının öğretilmesi
- Sağlık personelinden destek ve görüş almasının sağlanması
- Gerilimli durumlara uyum sağlama gücünün artırılması
- Yaşam koşullarında ve sosyal değerlerde değişim

Bu hedeflere ulaşmak için Birincil Korumada;

- Evlilik ve ana-baba eğitimleri verilmesi
- Bebeklik, çocukluk, gençlik ve yaşlılık dönemlerinin gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurularak bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi

- Risk gruplarının ele alınarak danışmanlık hizmeti verilmesi
- Toplumda ruh sağlığı aktivitelerini başlatma ve politik etkinliklere katılma
- Stresle baş etme ve öfkeyi sağlıklı yollarla ifade edebilmeyi öğretme

İkincil Korumada;

- Düzenli ev ziyaretleri ile belirtilerin erken tanınması ve tanılama tedavi etkinliklerinin başlatılması ve sürdürülmesini sağlama
- İlaçların etkin kullanımını sağlama
- Kriz ve hastalık durumunu yaşayan birey ve ailesine bakım ve danışmanlık verme
- Hastalık tanısı konmuş bireylerin izolasyon yaşamlarının önlenmesi
- İntihar girişimlerini önleme hizmetleri

Üçüncül Korumada;

- Hastaların hastaneden topluma geçişini kolaylaştırma
- Taburculuk sonrası bakım hizmetleri
- Bireyin en yüksek düzeyde işlev görmesini sağlama gibi konular yer alır (29, 30, 31).

2.4. KADINLARDA EN ÇOK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

2.4.1. Depresif Bozukluklar

Major Depresyon: Gündelik etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyonda güçlük, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan haz alamama, karamsarlık, aşırı keder, iritabilite, vb. belirtilerin bulunduğu bir duygudurum bozukluğudur. Kadınlarda erkeklere göre 2:1 oranında daha çok görülür (30). Tipleri:

- Psikotik özellikte olanlarda gerçeği değerlendirme bozukluğu belirgindir.
- Melankolik olanlarda belirtiler abartılıdır, gündelik yaşamdaki tüm etkinliklere ilgi yitirilmiştir.

Kalıtımsal eğilimin olduğu major depresyonda, yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde ve kadınlarda, A.B.D.'de %2.6 ve %7.0, Kanada'da %5.9 ve Kore'de 2.4 ve 4.1 olarak verilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26

olarak bulunmuştur. Kadınlarda görülme yaşı en çok 35-45 arasında, erkeklerde ise en çok 55 yaşından sonra görülmektedir. Fakat bu bozukluğun genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran psikiyatri hastalarında depresyon görülme sıklığı %20 olarak belirlenmiştir (31, 32).

2.4.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır. Optimal düzeydeki anksiyete, bireyin gelişmesini, olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar. Şiddeti belirli bir düzeyin üzerine çıkarsa bireyin duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozup paniğe yol açabilir. Birey, anksiyete şiddetinin yüksek olması ve uzun sürmesi durumunda, sürekli olarak anksiyeteye ve belirtilerine yoğunlaşmakta, günlük yaşamını sürdüremez duruma gelmektedir. Bu durum çeşitli davranış bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olur. Anksiyete belirtileri kimi durumlarda daha belirginken, kimi zamanda anksiyeteden kurtulmak için yapılan çeşitli etkinlikler tabloya egemendir (Fobi, obsesyon, kompulsiyon gibi) (30, 33)

DSM IV'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

Agorofobi olmadan panik bozukluğu

Agorofobi ile birlikte panik bozukluğu

Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi

Özgül fobi

Sosyal fobi

Obsesif kompulsif bozukluk

Posttravmatik stres bozukluğu

Akut stres bozukluğu (30)

Anksiyete bozuklukları, sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda artıran bir sağlık sorunudur. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozuklukları birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine

sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir (32). Anksiyete bozuklukları psikiyatrik hastaların içinde %50'lik bir dilimi temsil etmektedir (31) Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda görülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 bulunmuştur (36). Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre kadınlarda anksiyete bozukluğu %10.4 ile %25.1 arasında değişmektedir. (37)

Somatizasyon: Sıkıntı ve yakınmaların bedensel hastalık şeklinde ifade edilmesidir. Vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözümlemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları tespit eder.

Obsesif kompulsif bozukluk: Tekrarlayan davranışlara yol açan saplantılı düşüncelerin varlığıdır. Bu düşünceler bireylere yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimdedir.

Fobik anksiyete: Belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır. Açık yerlere, seyahat, kalabalığa, vasıtalara vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır.

Kişilerarası duyarlılık: Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.

Hostilite: Düşünce, duygu ve davranış boyutlarındaki öfke ve düşmanlıktır.

Paranoid düşünce: Güvensiz, kuşkucu, kıskanç, kavgacı yapıdır.

Psikotizm: Gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olması durumudur.

Ek maddeler: Yeme içme bozukluğu, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler, suçluluk duyguları içeren soruları içermektedir (30-35)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Yozgat il merkezindeki 1 ve 5 nolu sağlık ocağı bölgelerinde yapılmıştır. Bu sağlık ocağı bölgeleri, diğer sağlık ocaklarına göre daha fazla nüfusa sahip olduğu için ve Yozgat'ın nüfusunun %50'sine yakın kısmını temsil ettiği için seçilmiştir. Yaş, eğitim ve sosyo-ekonomik düzey bakımından Yozgat merkezinin özelliklerini yansıttığı gibi aynı zamanda Yozgat Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Halk Sağlığı dersi eğitim alanıdır. 1 nolu sağlık ocağında 3 hekim, 6 hemşire, 4 ebe, 4 çevre sağlığı teknisyeni, 2 laborant çalışmaktadır. 5 nolu sağlık ocağında ise 5 hekim, 4 hemşire, 5 çevre sağlığı teknisyeni, 2 laborant hizmet vermektedir. Sağlık ocaklarında nüfus tespiti, çocuk, gebe izlemi, su ve gıda kontrolü, laboratuvar, aşılama ve poliklinik hizmetleri yapılmaktadır. Ruh sağlığı ile ilgili herhangi bir hizmet verilmemektedir.

İl genelinde sağlık hizmeti veren 6 sağlık ocağı, 1 devlet hastanesi, 1 SSK dispenseri, 1 doğumevi ve 1 özel poliklinik bulunmaktadır.

Yozgat'ta 65.132 kişi yaşamaktadır. Bu nüfusun 19052'sini (%29) 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Toplam nüfus içinde 0-9 yaş, 10-19 yaş ve 60-69 yaş

gruplarının daha çok yer aldığı görülmektedir. İç Anadolu Bölgesi ortalamalarına göre il olarak toplam nüfusa oranla daha az içe ve daha fazla oranda dışa göç vermiştir. Yozgat'ta okuma ve yazma bilen nüfus sayısı, ülke genelinde olduğu gibi her iki cinsiyet içinde sürekli artış göstermektedir. Nüfusun doğurganlık düzeyi incelendiğinde 15-49 yaş grubundaki bir kadın ortalama 2.43 çocuk doğurmaktadır. Bu bölgede yaşayan eşi ölmüş kadınlar, toplam nüfusun % 6'sını erkekler ise %1'ini oluşturmaktadır. Yozgat ili genelinde boşanmış nüfusun oranı tüm yerleşim yerlerinde oldukça düşüktür. Kısıtlı kültürel etkinliklere sahip bu bölgede, her sene Yozgat Sürmeli Festivali düzenlenmektedir. Kent merkezinde eğlence alanı olarak toplam iki sinema vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 1 ve 5 nolu sağlık ocaklarına kayıtlı, 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Evrendeki kadınların sayısı 10111'dir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem, evrendeki birey sayısı bilindiği durumlarda kullanılan formül ile saptanmıştır. Bu formüle göre $(n=Nt pq / d (N-1) + t pq)$ örneklem sayısı 743 kişi olarak belirlenmiştir

n: Örneklem alınacak kadın sayısı

N: Evrendeki kadın sayısı (10111)

p: Ruh sağlığı sorunlarının görülüş sıklığı (%17)

q: Ruh sağlığı sorunlarının görülmeiş sıklığı (%83)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (%2.5)

Örneklem alınacak 743 kadının seçimi için sağlık ocaklarındaki kayıtlardan yararlanılmıştır. Sağlık ocaklarında kayıtlı olan 15-49 yaş grubundaki kadınlar aşağıdaki gibi seçilmiştir.

<u>Sağlık Ocağı</u>	<u>Kadın Sayısı</u>	<u>Tabaka ağırlığı</u>	<u>Örneklem alınacak kadın sayısı</u>
1 Nolu	5458	5458 / 10111	0.54 x 743 = 401
5 Nolu	4653	4653 / 10111	0.46 x 743 = 342

1 ve 5 nolu sağlık ocaklarına kayıtlı olan Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF) numaralandırılmıştır. Ev Halkı Tespit Fişlerinden 15-49 yaş grubu kadının bulunduğu haneler seçilmiş ve 743 hane rasgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenmiştir. Belirlenen hanelerde 15-49 yaş grubunda birden fazla kadın varsa bu kadınlardan birisi tombala usulü çekim yapılarak örnekleme alınmıştır. Çalışma yürütülürken ETF'lerdeki adreslerin bazılarının eksik veya yetersiz olduğu, ETF'leri olduğu halde bazı ailelerin taşındığı tespit edilmiştir. Ayrıca bazı kadınların anket sorularını cevaplamak istememesi gibi durumlarla karşılaşmıştır. Bu yüzden yedek olarak seçilen kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLARI

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, 15 yaşından küçük, 49 yaşından büyük, 1'den fazla 15-49 yaş grubunda kadının olduğu hanelerde kurada çıkmayan kadınlar örneklem kapsamına alınmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen toplam 20 kadın yerine de yedek olarak seçilen kadınlar katılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmada verileri toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplam 24 sorudan oluşan Demografik Bilgi Formu (bağımsız değişken) ile Kısa Semptom Envanteri (bağımlı değişken) kullanılmıştır.

a) Demografik Bilgi Formu : Demografik Bilgi Formu, kadınların demografik özellikleri ile aile özelliklerini içeren toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Demografik özelliklerle ilgili sorularda kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, işi, sosyal güvencesi, kişisel özellikleri yer almaktadır. Aile özelliklerini içeren sorularda ise kadınların eşleri ve ebeveynleri ile ilgili sorular bulunmaktadır.

b) Kısa Semptom Envanteri (KSE) : Kısa Semptom Envanteri, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması N.Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından yapılmıştır (37).

Güvenirlilik: İç tutarlık: Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. .

Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla, Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler), Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve Psikotizm (P9) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. 3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık indeksi şeklindedir.

Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi

Puanlanması: Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde « hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var » seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

a) Rahatsızlık ciddiyeti indeksi : Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir: $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$

b) Belirti toplamı indeksi : 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

c) Semptom rahatsızlık indeksi : Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PDP+EM) / Belirti Puanı$

Puanların yorumlanması : Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir (37).

3.6.2. Ön Uygulama

Demografik Bilgi Formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini tespit etmek için 1 ve 5 nolu sağlık ocağı bölgesindeki örnekleme seçilmeyen 15-49 yaş grubu 10 kadın üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada sorularla ilgili anlaşılmayan bir durum olmadığı için herhangi bir düzeltme olmamıştır.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma kapsamına alınan kadınlara ulaşmak için, İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak sağlık ocağı ev halkı tespit fişlerinden yararlanılmıştır.

Demografik bilgileri elde etmek için düzenlenen anket formu ve hastalık semptomlarının belirlenmesi için Kısa Semptom Envanteri, araştırmacının kendisi ve anketörlerle birlikte her ev tek tek dolaşarak 15-49 yaş grubu kadınlara uygulanmıştır. Anketörler tezin yapılış amacı, soruların hangi ortamlarda ve nasıl sorulacağı ile ilgili konularda bilgilendirilmiştir. Veriler 01.04.2004 ve 01.06.2004 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kısa Semptom Envanteriyle (bağımlı değişken) elde edilen bulgular yani 9 alt ölçek, 1 ek madde ve 3 global indeks sonuçları, bireylerin yaş, eğitim durumu, en uzun yaşadığı yerleşim yeri vs. gibi bağımsız değişkenler ile çaprazlanmıştır. İstatistiksel sonuçlar değerlendirilirken t testi, one-way ANOVA ve correlation testleri kullanılmıştır.

Kısa Semptom Envanterindeki her bir ifadenin kendine uygunluğunu, beş seçenekten birini seçerek (0 / 1 / 2 / 3 / 4) belirten kadınların yanıtlarının 9 alt ölçek ve ek maddelerdeki puan ortalamaları değerlendirmeye katılmıştır. Örneğin somatizasyon belirtisini oluşturan sorulara (yedi adet) verilen yanıtlar toplanarak yediye yani soru sayısına bölünmüş, böylece somatizasyon puan ortalaması bulunmuştur. Diğer alt ölçek ve ek maddelerde de puan ortalamaları aynı şekilde hesaplanmıştır. Her kadının ruhsal belirti puan ortalaması, hiç (0 puan), çok az (1 puan), orta derecede (2 puan), oldukça fazla (3 puan), ileri derecede (4 puan) olan puanlara yakınlığı ile değerlendirmeye alınır. Bu puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça belirtilerin ileri derecede olduğu, 0'a yaklaştıkça belirtilerin azaldığı görülmektedir. Her alt ölçek, ek madde ve 3 global indekste bir kadın en fazla 4 puan, en az ise 0 puan alabilir. Sadece T testi yapılan tablolarda Belirti Toplam İndeksinde en yüksek puan 53'tür ve 53'e yaklaştıkça ruhsal belirtilerin arttığı görülmektedir. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, 15-49 yaş grubu kadınların tanıtıcı özellikleri, aile durumu ile ilgili özellikler ve ruhsal belirtilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı(n:743)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
15-19	88	11.8
20-24	135	18.2
25-29	110	14.8
30-34	119	16.0
35-39	105	14.1
40 -49	186	25.1
Eğitim		
Okur yazar değil	84	11.3
Okur yazar ve ilkokul mezunu	276	37.1
Ortaokul mezunu	132	17.8
Lise mezunu	200	26.9
Yüksekokul mezunu	51	6.9
İşi		
Memur	40	5.4
Vasıfsız işçi	20	2.7
Diğer (serbest meslek, evde gelir getirici iş)	8	1.1
Emekli	6	0.8
Çalışmıyor	669	90.0

Tablo 4.1.Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı(n:743) (devamı)

En uzun yaşadığı yer	Sayı	%
Köy	154	20.7
Kent	589	79.3
Sosyal güvence		
Yok	207	27.9
Emekli sandığı	154	20.7
SSK	212	28.5
Bağkur	115	15.5
Özel sigorta	16	2.2
Yeşil kart	39	5.2
Medeni durum		
Bekar	165	22.2
Evli	529	71.2
Dul(boşanmış,ayrılı,eşi ölmüş)	49	6.6
Sigara kullanımı		
İçmeyen	594	79.9
Günde yarım paket ve daha az	101	13.6
Günde 1 paket	37	0.7
Günde 1.5 paket	5	5.0
Günde 2 paket ve üzeri	6	0.8
Sorunu paylaşma		
Paylaşan	684	92.1
Paylaşmayan	59	7.9
Çocukluğunda etkilendiği bir olay		
Yok	613	82.5
Var	130	17.5
Etkilendiği olayın adı (n:130)		
Yakın kaybı	75	57.7
Sağlık sorunu	27	20.8
Sosyal değişim	28	21.5
Ailede Ruhsal hastalık		
Yok	724	97.4
Var	19	2.6
Hastalığın tanısı (n:19)		
Sinir krizi	17	89.5
Diğer	2	10.5
Hasta olan bireyin yakınlık derecesi (n:19)		
Anne	9	47.4
Baba	3	15.8
Kardeş	7	36.8

Tablo 4.1’de kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılanların dörtte birini (% 25) 40 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların %37.1’i okuryazar ve ilkokul mezunu olup, tamamına yakını (%90) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Çocukluğundan beri en uzun yaşadığı yer incelendiğinde, kadınların %79.3'ü kentsel bölgede yaşamıştır. Sosyal güvencesi SSK olan kadınlar %28.5, medeni durumu evli olanlar %71.2'dir. Sigara içme alışkanlığına göre %80'e yakın bir kısmı sigara kullanmamaktadır. Sorunu olduğunda ev içi aile bireyleriyle paylaşan kadınlar grubun %78.6'sını oluşturmaktadır. Çocukluğunda kendilerini çok etkileyen bir olay yaşadıklarını ifade eden kadınlar %17.5'tir ve bunların yarısından fazlası herhangi bir yakınının kaybından etkilenmişlerdir. Kendi ailesinde ruhsal hastalık tanısı konan kadın yüzdesi düşüktür (%2.6). Ancak ailesinde ruhsal hastalık tanısı alanların %89.5'inin tanısı sinir krizidir. Yakınlık derecesine bakıldığında %47.4'ünün anneleri olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Kadınların şu anki aile özelliklerine göre dağılımı(n:743)

Şu anki aile özellikleri	Sayı	%
Eşinin eğitim durumu (n:529)		
Okur-yazar değil	9	1.7
Okur-yazar ve ilkokul mezunu	141	26.7
Ortaokul mezunu	92	17.4
Lise mezunu	202	38.2
Yüksekokul mezunu	85	16.1
Eşinin yaptığı iş (n:529)		
Memur	136	25.7
Vasıflı işçi	38	7.2
Vasıfsız işçi	119	22.5
Serbest meslek	173	32.7
Emekli	35	6.6
Çalışmıyor	28	5.3
Çocuk sayısı (n:578)		
Yok	37	6.4
1-2	284	49.1
3-4	222	38.4
5-6	32	5.5
7 ve üzeri	3	0.5
Gelir düzeyi		
Düşük	73	9.8
Orta	358	48.2
Yüksek	312	42.0
Aile içi şiddet		
Yok	682	91.8
Var	61	8.2

Tablo 4.2'de kadınların şu anki aile özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Evli olan kadınların %38.2'sinin eşi lise mezunu, %32.7'sinin eşi serbest meslek sahibidir. Evli yada dul olanların %93.6'sının çocuğu vardır ve bunlardan yarısı bir veya iki çocuğa sahiptir.

Kadınların yarıya yakın bir kısmı şimdiki ailesinin gelir durumunu orta düzey olarak değerlendirmişlerdir. Ailesinde şiddet gören kadınlar %8.2'dir. Aile ile ilgili kararlar alınırken, kadınların %63.7'si bu kararların kendisi ve eşi tarafından verildiğini söylemişlerdir. %65.1'i apartmanda oturmakta, %82.1'i ailesinde kronik hastalık olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olanların %7.5'i 15-49 yaş grubu kadınlardır. Ailesinde kronik hastalık olanların %9.7'sinin hastalık tanısının diyabet, romatizmal hastalıklar gibi diğer sistem hastalıkları oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Kadınların kendi aile özelliklerine göre dağılımı (n:743)

Kendi ailesinin özellikleri	Sayı	%
Kardeş sayısı		
1-2	84	11.3
3-4	292	39.3
5 ve üzeri	367	49.4
Kaçıncı çocuk		
1-2	384	51.7
3-4	230	31.0
5 ve üzeri	129	17.4
Anne öldüğünde yaşı (n:110)		
0-5	10	9.1
6-12	10	9.1
13-18	6	5.5
19 ve üzeri	84	76.4
Baba öldüğünde yaşı (n:196)		
0-5	11	5.6
6-12	32	16.3
13-18	20	10.2
19 ve üzeri	133	67.9
Aile tipi		
Geniş	161	21.7
Çekirdek	542	72.9
Parçalanmış	40	5.4
Gelir düzeyi		
Düşük	86	11.6
Orta	410	55.2
Yüksek	247	33.2

Tablo 4. 3'de kadınların kendi aile özelliklerine göre dağılımı belirtilmiştir. Kadınların yarıya yakın bir kısmının kardeş sayısı ez az 5'tir. Ailesinin birinci ya da ikinci çocuğu olan kadınlar %51.7'dir. Annesi yada babası ölen kadınların yarısından fazlası en az 19 yaşındayken ebeveynlerini kaybettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %72.9'u çekirdek aileye sahiptir ve

yarıdan fazlasının gelir durumu orta düzeydedir. Kendi ailesinde ruhsal hastalık tanısı konan kadın sayısı düşüktür (%2.6). Ancak ailesinde ruhsal hastalık tanısı alanların %89.5'inin tanısı sinir krizidir. Yakınlık derecesine bakıldığında %47.4'ünün anneleri olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 4. Kadınların ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı (n:743)

Ruhsal belirtiler	Puan Ortalamaları	Beklenen Değerler	
	$\bar{X} \pm SD$	Minimum	Maksimum
Somatizasyon	0.74 ± 0.71	0	4
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1.13 ± 0.74	0	4
Kişilerarası Duyarlılık	1.18 ± 0.82	0	4
Depresyon	0.93 ± 0.82	0	4
Anksiyete Bozukluğu	0.89 ± 0.77	0	4
Hostilite	0.87 ± 0.74	0	4
Fobik Anksiyete	0.69 ± 0.64	0	4
Paranoid Düşünce	1.25 ± 0.84	0	4
Psikotizm	0.83 ± 0.69	0	4
Ek Maddeler	1.14 ± 0.8	0	4
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	0.94 ± 0.58	0	4
Belirti Toplam İndeksi	25.28 ± 10.28	0	53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.92 ± 0.71	0	4

Tablo 4. 4'de kadınların ruhsal belirtilerinin, genel puan ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır. 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek maddeler, obsesif kompulsif bozukluktur ve bu puanlar orta dereceye daha yakındır. En az puan ortalaması olan ruhsal belirti fobik anksiyetedir. Global indekslerden rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı düşük, semptom rahatsızlık indeksi ve belirti toplam indeks puan ortalamaları orta düzeye daha yakındır.

Tablo 4.5. Kadınların yaş gruplarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı(N:743)

Yaş grupları	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilité	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
15-19 (n:88)	0.46 ± 0.47	1.07 ± 0.74	1.24 ± 0.87	0.98 ± 0.92	0.88 ± 0.82	1.06 ± 0.89	0.83 ± 0.74	1.30 ± 0.93	0.91 ± 0.77	1.05 ± 0.74
20-24 (n:135)	0.62 ± 0.64	1.12 ± 0.74	1.14 ± 0.82	0.95 ± 0.84	0.94 ± 0.81	0.90 ± 0.76	0.65 ± 0.57	1.25 ± 0.89	0.87 ± 0.75	1.19 ± 0.90
25-29 (n:110)	0.70 ± 0.73	1.21 ± 0.81	1.23 ± 0.92	1.04 ± 0.95	0.89 ± 0.86	0.91 ± 0.75	0.72 ± 0.69	1.30 ± 0.85	0.91 ± 0.82	1.17 ± 0.93
30-34 (n:119)	0.78 ± 0.69	1.11 ± 0.77	1.10 ± 0.76	0.84 ± 0.77	0.88 ± 0.69	0.85 ± 0.71	0.63 ± 0.63	1.26 ± 0.80	0.78 ± 0.64	1.09 ± 0.70
35-39 (n:105)	0.69 ± 0.69	1.05 ± 0.72	1.14 ± 0.73	0.81 ± 0.69	0.84 ± 0.72	0.80 ± 0.63	0.64 ± 0.63	1.13 ± 0.81	0.72 ± 0.54	1.06 ± 0.83
40-49 (n:186)	0.98 ± 0.78	1.20 ± 0.67	1.24 ± 0.80	0.95 ± 0.78	0.89 ± 0.72	0.79 ± 0.71	0.71 ± 0.63	1.27 ± 0.81	0.79 ± 0.60	1.20 ± 0.73
F	8.38	0.98	0.68	1.28	0.21	1.93	1.29	0.61	1.36	0.82
p	<0.001	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Yaş grupları	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
15-19 (n:88)	0.42 ± 0.69	3.00 ± 0.00	1.47 ± 0.64
20-24 (n:135)	0.47 ± 0.66	3.00 ± 0.00	1.42 ± 0.59
25-29 (n:110)	0.51 ± 0.71	3.00 ± 0.00	1.56 ± 0.72
30-34 (n:119)	0.44 ± 0.61	3.00 ± 0.00	1.42 ± 0.60
35-39 (n:105)	0.41 ± 0.57	3.00 ± 0.00	1.44 ± 0.60
40-49 (n:186)	0.46 ± 0.63	2.98 ± 0.16	1.58 ± 0.69
F	0.36	1.08	1.75
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.5'te kadınların yaş gruplarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Somatizasyon ve ek maddelerde en düşük puanı 15-19 yaş grubu kadınlar alırken, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünce ve psikotizm gibi alanlarda en düşük ruhsal belirti puan ortalamasını 35-39 yaş grubu kadınlar almışlardır.

Ruhsal belirtilerden en yüksek puan ortalamalarını, obsesif kompulsif bozuklukta 25-29, kişilerarası duyarlılıkta 15-19 ve 40-49, depresyon, hostilite ve fobik anksiyetede 15-19, anksiyete bozukluğunda 20-24, paranoid düşünce ve psikotizmde 15-19 ve 25-29 ek maddelerde 40-49 yaş grupları almışlardır.

Rahatsızlık ciddiyet indeksinde en yüksek ruhsal belirti puan ortalaması alan yaş grubu 25- 29 yaş arası kadın grubu, en düşük ortalama ise 15-19 yaş arası kadın grubudur. Belirti toplam indeksinde bütün puan ortalamaları yüksektir. Semptom rahatsızlık indeksinde en düşük puan ortalaması olan grup 20-24 yaş ve 30- 34 yaş grubu iken en yüksek ortalama ise 40-49 yaş grubu kadınlardır. Araştırmaya katılanların yaşları arttıkça, somatizasyon puan ortalaması artmakta ($r = 0.2$ $p < 0.001$), ancak hostilite puan ortalaması ($r = -0.10$ $p < 0.05$) ile psikotizm puan ortalaması hafif düzeyde azalmaktadır

($r = -0.06$ $p < 0.05$). Ruhsal belirtiler içerisinde somatizasyon ile yaş grupları ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ancak diğer ruhsal belirtiler ile yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 4.6. Kadınların eğitim durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Eğitim durumu	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Okur-yazar değil (n:84)	1.10 ± 0.86	1.41 ± 0.69	1.42 ± 0.89	1.22 ± 0.88	1.05 ± 0.71	0.95 ± 0.65	0.85 ± 0.70	1.36 ± 0.86	0.97 ± 0.71	1.32 ± 0.77
Okuryazar ve ilkökul (n:276)	0.84 ± 0.73	1.21 ± 0.77	1.27 ± 0.82	0.94 ± 0.80	0.96 ± 0.79	0.91 ± 0.76	0.75 ± 0.65	1.36 ± 0.87	0.86 ± 0.65	1.20 ± 0.78
Ortaokul (n:132)	0.60 ± 0.53	1.04 ± 0.68	1.25 ± 0.80	0.90 ± 0.79	0.82 ± 0.80	0.83 ± 0.77	0.76 ± 0.64	1.24 ± 0.83	0.83 ± 0.74	1.05 ± 0.83
Lise (n:200)	0.57 ± 0.61	1.03 ± 0.73	0.98 ± 0.75	0.82 ± 0.82	0.80 ± 0.73	0.84 ± 0.74	0.57 ± 0.61	1.17 ± 0.80	0.75 ± 0.68	1.07 ± 0.81
Yüksekokul (n:51)	0.62 ± 0.80	0.92 ± 0.66	0.93 ± 0.73	0.91 ± 0.85	0.79 ± 0.70	0.74 ± 0.67	0.41 ± 0.53	0.87 ± 0.73	0.67 ± 0.68	1.01 ± 0.82
F	11.58	6.46	7.46	3.48	2.76	1.03	6.59	4.69	2.37	2.48
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.03	>0.05	<0.001	<0.001	<0.05	<0.04
Spearman's r	-0.24	-0.18	-0.19	-0.13	-0.13	-0.09	-0.19	-0.13	-0.14	-0.12
Correaliton	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Eğitim durumu	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Okur-yazar değil (n:84)	0.61 ± 0.64	3.00 ± 0.00	1.68 ± 0.71
Okuryazar ve ilkökul (n:276)	0.51 ± 0.70	3.00 ± 0.00	1.55 ± 0.65
Ortaokul (n:132)	0.42 ± 0.65	3.00 ± 0.00	1.40 ± 0.62
Lise (n:200)	0.36 ± 0.57	3.00 ± 0.07	1.43 ± 0.61
Yüksekokul (n:51)	0.37 ± 0.53	2.96 ± 0.28	1.29 ± 0.64
F	3.16	2.68	4,76
p	<0,01	<0,03	<0,001
Spearman's r	-0.12	-0.07	-0,15
Correaliton p	<0.001	<0.02	<0,001

Tablo 4.6’da kadınların eğitim durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Ruhsal belirtilere yönelik tüm alanlarda okur-yazar olmayanlar, diğer gruplara göre daha yüksek puan ortalaması almışlardır.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde de en yüksek puan alan grup okur-yazar olmayanlardır. Belirti toplam indeksinde puanlar epeyce yüksek düzeydedir. Kadınların ruhsal belirti puan ortalamalarından somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($<.001$). Ayrıca tüm ruhsal belirti puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal belirti puan ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 4.7. Kadınların en uzun yaşadığı yere göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

En uzun yaşadığı yer	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Köy (n:154)	0.93 ± 0.74	1.37 ± 0.77	1.35 ± 0.86	1.15 ± 0.92	1.09 ± 0.82	0.93 ± 0.74	0.87 ± 0.72	1.37 ± 0.88	0.96 ± 0.71	1.31 ± 0.77
Kent (n:589)	0.69 ± 0.69	1.07 ± 0.71	1.14 ± 0.80	0.87 ± 0.79	0.84 ± 0.74	0.85 ± 0.74	0.65 ± 0.61	1.22 ± 0.83	0.79 ± 0.67	1.09 ± 0.81
t	3.615	4.484	2.939	3.485	3.677	1.182	3.522	1.970	2.821	2.993
p	<0.05	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05

En uzun yaşadığı yer	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi $(\bar{X} \pm SD)$	Belirti toplam indeksi $(\bar{X} \pm SD)$	Semptom rahatsızlık indeksi $(\bar{X} \pm SD)$
Köy (n:154)	1.12 ± 0.62	27.45 ± 9.87	2.14 ± 0.83
Kent (n:589)	0.90 ± 0.57	24.71 ± 10.32	1.87 ± 0.67
t	4.215	2.966	3.848
p	>0.05	>0.05	<0.05

Tablo 4.7’de kadınların en uzun yaşadığı yere göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Uzun süre kırsal alanda yaşadığını söyleyen kadınlar tüm alanlarda, uzun süre kentsel alanda yaşayanlardan daha yüksek puan ortalamalarına sahiptirler ve bu puan ortalamaları orta dereceye daha yakındır. Bunun nedeni kadınların kırsal alandaki kültürel özelliklerin getirdiği baskı, kendini iyi ifade edememe olabilir. Uzun süre kırsal alanda yaşayan kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması orta düzeyden biraz fazladır. Somatizasyon, depresyon, fobik anksiyete ve semptom rahatsızlık indeksi alanlarında gruplar arasındaki fark önemli olup, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi alanlarında önemsizdir.

Tablo 4.8. Kadınların sosyal güvence durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Sosyal güvence durumu	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:207)	0.83± 0.73	1.26 ± 0.74	1.42 ± 0.93	1.15± 0.91	1.04 ± 0.81	0.98 ± 0.79	0.79 ± 0.67	1.33± 0.85	0.93± 0.72	1.19± 0.82
Emekli sandığı (n:154)	0.62± 0.62	0.94 ± 0.64	0.97± 0.70	0.75 ± 0.70	0.74± 0.58	0.76± 0.67	0.52± 0.51	1.02± 0.78	0.66 ± 0.55	0.99 ± 0.73
SSK (n:212)	0.67± 0.69	1.12± 0.73	1.09 ± 0.74	0.83 ± 0.77	0.83± 0.76	0.79± 0.68	0.66 ± 0.63	1.27± 0.84	0.80± 0.69	1.12± 0.84
Bağkur (n:115)	0.76± 0.75	1.09± 0.70	1.14 ± 0.72	0.88± 0.74	0.83± 0.75	0.85± 0.77	0.66± 0.66	1.31± 0.83	0.78± 0.65	1.18 ± 0.74
Özel sigorta (n:16)	0.68 ± 0.45	1.11 ± 0.78	0.92 ± 0.71	0.73± 0.91	0.85 ± 0.87	0.89± 0.91	0.65 ± 0.57	1.09± 0.62	0.61 ± 0.60	1.02 ± 0.74
Yeşil kart (n:39)	1.03 ± 0.84	1.47 ± 0.99	1.48 ± 0.94	1.28± 1.00	1.21 ± 1.01	1.10± 0.78	1.10 ± 0.78	1.57 ± 1.04	1.24 ± 0.87	1.49 ± 0.90
F	3.26	5.07	7.69	6.92	4.72	2.88	6.85	4.07	6.27	2.95
p	<0.01	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.01	<0.001	<0.001	<0.001	<0.01

Sosyal güvence durumu	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:207)	0.57 ± 0.72	3.00 ± 0.00	1.57 ± 0.68
Emekli sandığı (n:154)	0.29 ± 0.48	2.99 ± 0.16	1.34 ± 0.58
SSK (n:212)	0.41 ± 0.60	3.00 ± 0.07	1.48 ± 0.61
Bağkur (n:115)	0.44 ± 0.58	3.00 ± 0.00	1.51 ± 0.69
Özel sigorta (n:16)	0.31 ± 0.60	3.00 ± 0.00	1.13 ± 0.34
Yeşil kart (n:39)	0.87 ± 0.89	3.00 ± 0.00	1.77 ± 0.74
F	7.31	0.55	4.81
p	<0.001	>0.05	<0.001

Tablo 4.8’de kadınların sosyal güvence durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Bu ruhsal belirtilerin hepsinde yeşil kartı olan kadınların puan ortalamaları en yüksek görülürken, sosyal güvencesi olmayan kadınlarında puan ortalamaları, diğer (emekli sandığı, ssk, bağkur, özel sigorta) gruplardan biraz daha yüksek bulunmuştur. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi alanlarında diğer sosyal güvence çeşitlerine göre en düşük puan ortalamasını sosyal güvencesi emekli sandığı olanlar almışlardır. Kişilerarası duyarlılık, depresyon, psikotizm ve semptom rahatsızlık indeksinde ise en düşük ortalamayı özel sigortası olanlar almışlardır. Belirti toplam indeksindeki puanlar yüksek düzeydedir. Kadınların sosyal güvence durumlarının, belirti toplam indeksi dışındaki tüm alanlarda aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($<.01$ - $<.001$).

Tablo 4.9. Kadınların medeni durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Medeni durum	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Bekar(n:165)	0.52 ± 0.56	1.09 ± 0.74	1.08 ± 0.80	1.01 ± 0.89	0.88 ± 0.78	0.99 ± 0.80	0.77 ± 0.69	1.27 ± 0.87	0.93 ± 0.78	1.08 ± 0.78
Evli (n:529)	0.78 ± 0.72	1.14 ± 0.74	1.20 ± 0.82	0.87 ± 0.79	0.88 ± 0.76	0.84 ± 0.73	0.65 ± 0.62	1.22 ± 0.83	0.78 ± 0.66	1.13 ± 0.80
Dul (n:49)	0.99 ± 0.83	1.26 ± 0.71	1.33 ± 0.73	1.31 ± 0.80	1.05 ± 0.74	0.81 ± 0.61	0.91 ± 0.72	1.51 ± 0.86	1.00 ± 0.56	1.41 ± 0.93
F	12.19	1.01	2.31	7.28	1.22	2.8	5.33	2.73	4.71	3.19
p	<0.001	>0.05	>0.05	<0.001	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	<0.04

Medeni durum	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiye indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Bekar (n:165)	0.44 ± 0.65	3.00 ± 0.00	1.43 ± 0.64
Evli (n:529)	0.45 ± 0.64	2.99 ± 0.10	1.49 ± 0.65
Dul (n:49)	0.55 ± 0.65	3.00 ± 0.00	1.65 ± 0.69
F	0.62	0.36	2.27
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.9’da kadınların medeni durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Medeni durumu dul olan kadınların, bekar ve evli olanlara göre hostilite dışındaki tüm alanlardaki puan ortalamaları daha yüksektir ve orta düzeye daha yakındır. Hostilitede ise en yüksek puan ortalaması alan grup medeni durumu bekar olan kadınlardır. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, semptom rahatsızlık indeksinde bekarlar, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizmde evliler en düşük puan ortalamasına sahiptirler. Belirti toplam indeksinde puanlar epeyce yüksek düzeydedir. Bekarların, evlilerin ve dul olanların ruhsal belirti puan ortalamalarından en yüksek ortalamaya sahip ruhsal belirti, paranoid düşüncedir. Somatizasyon, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm ve ek maddelerdeki ruhsal belirti puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir (<0.001 , <0.01 , <0.04).

Tablo 4.10. Kadınların sorunları olduğunda paylaşma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Sorunu paylaşma durumu	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Paylaşan (n:684)	0.71 ± 0.70	1.12 ± 0.72	1.16 ± 0.79	0.90 ± 0.80	0.86 ± 0.75	0.85 ± 0.73	0.68 ± 0.64	1.23 ± 0.83	0.81 ± 0.67	1.10 ± 0.78
Paylaşmayan (n:59)	1.06 ± 0.76	1.29 ± 0.86	1.50 ± 1.01	1.31 ± 1.04	1.21 ± 0.90	1.04 ± 0.83	0.78 ± 0.67	1.51 ± 0.94	1.03 ± 0.84	1.52 ± 0.95
t	3.61	1.67	2.55	2.97	2.93	1.86	1.04	2.40	2.40	3.86
p	>0.05	>0.05	<0.002	<0.001	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Sorunu paylaşma durumu	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi $(\bar{X} \pm SD)$	Belirti toplam indeksi $(\bar{X} \pm SD)$	Semptom rahatsızlık indeksi $(\bar{X} \pm SD)$
Paylaşan (n:684)	0.92 ± 0.57	25.32 ± 10.39	1.87 ± 0.69
Paylaşmayan (n:59)	1.20 ± 0.65	24.81 ± 9.00	2.49 ± 0.68
t	3.56	-0.36	6.53
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.10'da kadınların sorunları olduğunda destek alma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Sorunları olduğunda kimseyle paylaşmayan kadınlar belirti toplam indeksi dışındaki tüm alanlarda sorunlarını paylaşanlara göre daha yüksek puan almışlardır ve tüm alanlardaki puan ortalamaları orta düzeye yakındır.

Obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, ek maddeler ve semptom rahatsızlık indeksi alanlarında sorunlarını paylaşan kadınların puanları diğer belirtilere göre biraz fazladır. Kişilerarası duyarlılık ve depresyon belirtilerinde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (<0.001).

Tablo 4.11. Kadınların çocukluklarında etkilendikleri olay yaşama durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Olay yaşama	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yaşamayan (n:613)	0.72 ± 0.68	1.10 ± 0.72	1.17 ± 0.81	0.88 ± 0.79	0.85 ± 0.73	0.85 ± 0.73	0.67 ± 0.64	1.20 ± 0.82	0.79 ± 0.65	1.08 ± 0.76
Yaşayan (n:130)	0.85 ± 0.80	1.29 ± 0.78	1.26 ± 0.86	1.15 ± 0.95	1.09 ± 0.90	0.94 ± 0.80	0.79 ± 0.66	1.51 ± 0.92	1.01 ± 0.82	1.43 ± 0.93
t	-1.929	-2.638	-1.206	-2.956	-2.931	-1.140	-1.898	-3.622	-2.982	-4.031
p	>0.05	>0.05	>0.05	<0.001	<0.001	<0.02	>0.05	<0.03	<0.001	<0.001

Olay yaşama	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yaşamayan (n:613)	0.91 ± 0.56	24.78 ± 9.97	1.90 ± 0.71
Yaşayan (n:130)	1.11 ± 0.68	27.62 ± 11.40	2.04 ± 0.69
t	-3.110	-2.630	-2.025
p	<0.001	<0.01	>0.05

Tablo 4.11’de kadınların çocukluklarında etkilendikleri olay yaşama durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çocuklukta kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını belirten kadınlar, böyle bir olay yaşamadığını belirten kadınlardan daha yüksek puan ortalamasına sahiptir ve bu puanlar orta dereceye daha yakındır. Özellikle aileden birinin kaybı, aileden birinin sağlık sorunu veya ailedeki sosyal değişimler bu puanların yükselmesinde etkili olabilir. Çocukluğunda kendisini etkileyen olay yaşadığını söyleyen kadınların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması, diğer bütün alanlardan daha yüksektir ve orta düzeye daha yakındır. Çocuklukta kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını belirten kadınlarla, böyle bir olay yaşamadığını belirten kadınların, somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, semptom rahatsızlık indeksi dışındaki bütün alanlardaki puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir (<0.001).

Tablo 4.12. Kadınların kendi ailelerinde ruhsal hastalık tanılı bir yakına sahip olma durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Ailede ruhsal hastalık	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:724)	0.73 ± 0.71	1.13 ± 0.74	1.17 ± 0.81	0.93 ± 0.83	0.89 ± 0.77	0.86 ± 0.74	0.70 ± 0.64	1.25 ± 0.85	0.83 ± 0.69	1.14 ± 0.81
Var (n:19)	0.91 ± 0.54	1.29 ± 0.78	1.76 ± 0.62	0.91 ± 0.57	1.04 ± 0.62	1.04 ± 0.56	0.56 ± 0.71	1.33 ± 0.65	0.74 ± 0.62	0.97 ± 0.68
t	-1.065	-0.934	-3.162	0.093	-0.886	-1.036	0.920	-0.386	0.571	0.894
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Ailede ruhsal hastalık	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:724)	0.94 ± 0.59	25.26 ± 10.35	1.92 ± 0.71
Var (n:19)	1.03 ± 0.46	25.84 ± 7.64	2.11 ± 0.61
t	-0.648	-0.242	-1.174
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.12’de kadınların kendi ailelerinde ruhsal hastalık tanılı bir yakına sahip olma durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Ailelerinde ruhsal sorunu olan bir yakınının varlığını belirten kadınlar, böyle bir yakını olmayanlardan somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, hostilete, paranoid düşünce, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi alanlarına yönelik aldıkları puan ortalamaları yüksek ve orta dereceye daha yakındır. Bu durumun nedeni ruhsal hasta olan bireylerle aynı evde yaşama ve bakım vermeden birinci derecede sorumlu olmak olabilir. Fakat depresyon, fobik anksiyete, psikotizm, ek madde alanlarına yönelik aldıkları puan ortalamaları düşüktür. Ailesinde ruhsal hastalık tanısı konmamış kadınlarda alt ölçeklerden en yüksek puanı paranoid düşünce alırken, ailelerinde ruhsal hastalık tanısı alan birey olan kadınlarda en yüksek puanı kişilerarası duyarlılık almıştır. Ancak gruplararası fark anlamlı değildir. (>0.05)

Tablo 4.13. Kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Eşlerin çalışma durumu	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Memur(n:136)	0.65±0.69	0.96± 0.68	0.99± 0.68	0.65± 0.67	0.71± 0.67	0.72± 0.65	0.53± 0.53	0.99± 0.73	0.63± 0.59	0.95± 0.73
Vasıflı işçi (n:38)	0.64±0.64	1.12± 0.83	1.16± 0.97	0.81± 0.87	0.99± 0.82	0.81± 0.85	0.59± 0.57	1.22± 0.94	0.78± 0.71	1.18± 0.82
Vasıfsız işçi (n:119)	0.84± 0.76	1.23± 0.81	1.32± 0.85	0.95± 0.83	0.95± 0.82	0.85± 0.66	0.67± 0.64	1.33± 0.83	0.80± 0.63	1.24± 0.85
Serbest meslek (n:173)	0.80± 0.68	1.16± 0.70	1.21± 0.80	0.90± 0.79	0.87± 0.76	0.87± 0.75	0.72± 0.66	1.24± 0.80	0.81± 0.67	1.08± 0.78
Emekli (n:35)	0.89± 0.77	1.13± 0.62	1.15± 0.73	0.88± 0.61	0.86± 0.63	0.74± 0.62	0.65± 0.57	1.37± 0.93	0.80± 0.57	1.25± 0.70
Çalışmıyor (n:28)	1.16± 0.93	1.45± 0.77	1.79± 1.01	1.49± 0.97	1.28± 0.87	1.32± 0.99	0.79± 0.66	1.65± 0.95	1.16± 0.94	1.63± 0.76
F	3.14	2.99	5.42	6.2	3.33	3.41	1.75	4.47	3.31	4.52
p	<0.01	<0.01	<0.001	<0.001	<0.01	<0.01	>0.05	<0.001	<0.01	<0.001

Eşlerin çalışma durumu	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Memur (n:136)	0.32 ± 0.51	2.98 ± 0.19	1.33 ± 0.57
Vasıflı işçi (n:38)	0.47 ± 0.69	3.00 ± 0.00	1.55 ± 0.60
Vasıfsız işçi (n:119)	0.47 ± 0.72	3.00 ± 0.00	1.52 ± 0.65
Serbest meslek (n:173)	0.47 ± 0.62	3.00 ± 0.00	1.50 ± 0.67
Emekli (n:35)	0.49 ± 0.56	3.00 ± 0.00	1.57 ± 0.61
Çalışmıyor (n:28)	0.82 ± 0.86	3.00 ± 0.00	1.93 ± 0.72
F	3.08	1.04	4.64
p	<0.01	>0.05	<0.001

Tablo 4.13’de kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Bütün alanlarda en yüksek puan ortalaması, eşleri çalışmayan kadınlarda görülürken, en az puan ortalamasına sahip olanlar eşi memur olan kadınlardır. Eşi çalışmayanların puanları orta düzeye daha yakındır.

Belirti toplam indeksinde puanlar epeyce yüksek düzeydedir. Evli kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre, ruhsal belirtilere yönelik puan ortalamaları, fobik anksiyete ve belirti toplam indeksi alanlarındaki fark önemsiz olup (>0.05) diğer alanlarda önemlidir (<0.01 , <0.001).

Tablo 4.14. Kadınların çocuk sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Çocuk sayısı	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:37)	0.63± 0.62	0.90± 0.54	1.02± 0.65	0.84± 0.65	0.78± 0.61	0.77± 0.66	0.60± 0.49	1.23± 0.94	0.71± 0.64	1.01± 0.55
1-2 (n:284)	0.77± 0.72	1.14± 0.75	1.24± 0.84	0.95± 0.85	0.92± 0.81	0.85± 0.75	0.67± 0.66	1.24± 0.85	0.80± 0.72	1.16± 0.89
3-4 (n:222)	0.82± 0.73	1.13± 0.72	1.18± 0.79	0.83± 0.75	0.84± 0.69	0.79± 0.67	0.62± 0.57	1.20± 0.77	0.77 ± 0.58	1.12± 0.75
5 + (n:35)	1.06± 0.90	1.51± 0.75	1.34 ± 0.98	1.17± 0.85	1.06± 0.87	1.03± 0.82	1.04± 0.78	1.63± 0.90	1.00± 0.58	1.41± 0.77
F	2.6	4.41	1.21	1.76	1.61	0.85	3.7	2.52	1.07	1.2
p	<0.03	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.04	>0.05	>0.05

Çocuk sayısı	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:37)	0.35± 0.48	3.00± 0.00	1.27± 0.51
1-2 (n:284)	0.48± 0.68	2.99± 0.13	1.50± 0.65
3-4 (n:222)	0.42± 0.59	3.00 ± 0.00	1.55 ± 0.66
5 + (n:35)	0.63± 0.75	3.00 ± 0.00	1.56± 0.72
F	1.65	0.47	1.93
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.14'te kadınların çocuk sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Alt ölçekler ve ek maddelerde, en düşük puan ortalaması olan kadınlar hiç çocuğu olmayan kadınlardır. Bütün alanlarda en yüksek ruhsal belirti puan ortalaması alan kadınların en az 5 çocuğu vardır. Somatizasyonda çocuk sayısı arttıkça puan ortalamaları artmaktadır. Rahatsızlık ciddiyet indeksinde de hiç çocuğu olmayanlar en düşük, 5 ve üzeri çocuğu olanlarda da en yüksek puan ortalaması görülmektedir ve orta düzeye yaklaşmaktadır. Belirti toplam indeksinde puanlar epeyce yüksek düzeydedir. Kadınların toplam çocuk sayısına göre, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, fobik anksiyete, paranoid düşünce ruhsal belirti puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir (<0.04 , <0.01).

Tablo 4.15. Kadınların ailele içi şiddet yaşama durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Aile içi şiddet	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yok (n:682)	0.70 ± 0.69	1.09 ± 0.71	1.13 ± 0.77	0.86 ± 0.77	0.82 ± 0.70	0.83 ± 0.70	0.65 ± 0.62	1.19 ± 0.80	0.77 ± 0.63	1.09 ± 0.77
Var (n: 61)	0.16 ± 0.81	1.68 ± 0.84	1.79 ± 1.01	1.75 ± 1.00	1.62 ± 1.02	1.32 ± 0.99	1.11 ± 0.77	1.92 ± 1.04	1.44 ± 0.93	1.70 ± 0.96
t	-4.331	-5.324	-4.940	-6.840	-5.993	-3.851	-4.462	-5.352	-5.499	-4.877
p	<0.01	<0.02	<0.01	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.004

Aile içi şiddet	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi $\bar{X} \pm SD$	Belirti toplam indeksi $\bar{X} \pm SD$	Semptom rahatsızlık indeksi $\bar{X} \pm SD$
Yok (n:682)	0.40 ± 0.54	3.00 ± 10.06	1.45 ± 0.70
Var (n: 619)	1.05 ± 0.74	3.00 ± 5.36	1.92 ± 0.73
t	-7.842	-0.401	-5.490
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.15’de kadınların ailelerindeki şiddet durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Eşi tarafından kendisine fiziksel ve sözel şiddet uygulanmayan kadınların, somatizasyon ve belirti toplam indeksi dışındaki ruhsal belirti puan ortalamaları, ailesinde şiddet uygulanan kadınlara göre daha az düzeydedir. Ancak belirti toplam indeksinde şiddet gören kadınlarla şiddet görmeyen kadınların puanları eşittir ve oldukça yüksek düzeydedir. Ailesinde şiddet uygulanmayan kadınların obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, ek maddeler, belirti toplam indeksi, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, ailesinde şiddet uygulanan kadınlarda somatizasyon dışında tüm ruhsal belirti puan ortalamaları, diğer alanlara göre biraz daha yüksektir. 9 alt ölçek ve ek maddelerdeki ruhsal belirti puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir (<0.01 , <0.001) fakat rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi önemli bulunmamıştır (>0.05)

Tablo 4.16. Kadınların kardeş sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Kardeş sayısı	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
1-2 (n:84)	0.55 ± 0.62	1.06 ± 0.72	1.07 ± 0.78	0.88 ± 0.74	0.76 ± 0.71	0.89 ± 0.74	0.71 ± 0.61	1.26 ± 0.80	0.80 ± 0.70	1.12 ± 0.71
3-4 (n:292)	0.71 ± 0.68	1.06 ± 0.73	1.08 ± 0.74	0.90 ± 0.83	0.84 ± 0.74	0.86 ± 0.75	0.62 ± 0.58	1.12 ± 0.84	0.76 ± 0.66	0.99 ± 0.79
5 + (n:367)	0.81 ± 0.74	1.21 ± 0.74	1.29 ± 0.87	0.97 ± 0.84	0.96 ± 0.79	0.87 ± 0.74	0.74 ± 0.69	1.36 ± 0.84	0.89 ± 0.70	1.25 ± 0.82
F	4.97	3.85	6.30	0.76	3.39	0.08	2.82	6.89	3.01	8.80
p	<0.01	<0.03	<0.01	>0.05	<0.03	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.001

Kardeş sayısı	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
1-2 (n:84)	0.40 ± 0.64	3.00 ± 0.00	1.37 ± 0.55
3-4 (n:292)	0.38 ± 0.60	3.00 ± 0.00	1.39 ± 0.58
5 + (n:367)	0.52 ± 0.67	2.99 ± 0.12	1.60 ± 0.70
F	4.16	0.92	10.66
p	<0.003	>0.05	<0.001

Tablo 4.16’da kadınların kardeş sayısına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hostilite dışında, tüm alanlarda en az 5 yada 6 kardeşe sahip olan kadınlar daha yüksek puan almışlardır. Hostilitede ise en yüksek puanı kardeş sayısı 1 ya da 2 olanlar almıştır. Obsesif kompulsif bozuklukta kardeş sayısı 1 yada 2 olanlarla, 3 yada 4 olanların puanları eşittir. Somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğunda kardeş sayısı arttıkça alınan puanlar yükselmektedir. Fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddelerde kardeş sayısı 1 ya da 2 olanlar, kardeş sayısı 3 veya 4 olanlardan daha yüksek düzeyde puan almışlardır. Rahatsızlık ciddiyet indeksinde de en yüksek puanı 5 yada 6 kardeş olanlar alırken, en düşük puanı 3 veya 4 kardeş olanlar almışlardır. Kardeş sayısı 1-2, 3-4, 5-6 olanların alt ölçek ve ek maddelerinde en yüksek puanı paranoid düşünce almaktadır. Belirti toplam indeksinde puanlar yüksek düzeydedir. Kadınların kardeş sayısına göre somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünce, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi alanlarındaki fark önemli bulunmuştur (<0.03 , <0.01 , <0.001).

Tablo 4.17. Kadınların kendi ailelerinin gelir düzeylerini değerlendirme durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı

Ailenin gelir düzeyi	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif-kompulsif bozukluk	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete bozukluğu	Hostilite	Fobik anksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek maddeler
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Düşük (n:86)	0.94 ± 0.86	1.31 ± 0.75	1.44 ± 0.80	1.25 ± 0.93	1.11 ± 0.86	0.94 ± 0.73	0.95 ± 0.70	1.36 ± 0.79	0.99 ± 0.60	1.41 ± 0.80
Orta (n:410)	0.71 ± 0.65	1.15 ± 0.73	1.16 ± 0.82	0.91 ± 0.80	0.84 ± 0.72	0.86 ± 0.73	0.69 ± 0.62	1.29 ± 0.85	0.82 ± 0.68	1.12 ± 0.78
Yüksek(n:247)	0.71 ± 0.74	1.05 ± 0.73	1.13 ± 0.79	0.86 ± 0.81	0.90 ± 0.79	0.86 ± 0.77	0.61 ± 0.64	1.16 ± 0.85	0.77 ± 0.71	1.07 ± 0.82
F	3.98	4.05	5.2	7.51	4.54	0.42	8.7	2.6	3.16	6.19
p	<0.02	<0.02	<0.01	<0.001	<0.01	>0.05	<0.001	>0.05	<0.04	<0.002

Ailenin gelir düzeyi	Ruhsal Belirtiler		
	Rahatsızlık ciddiyet indeksi	Belirti toplam indeksi	Semptom rahatsızlık indeksi
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Düşük (n:86)	0.62 ± 0.67	3.00 ± 0.00	1.66 ± 0.73
Orta (n:410)	0.44 ± 0.64	3.00 ± 0.10	1.48 ± 0.65
Yüksek (n:247)	0.43 ± 0.64	3.00 ± 0.06	1.44 ± 0.60
F	3.12	0.13	3.81
p	<0.05	>0.05	<0.02

Tablo 4.17’de kadınların kendi ailelerinin gelir düzeylerini değerlendirme durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Gelir düzeyini kötü olarak değerlendiren kadınlar tüm alanlarda, gelir düzeyini iyi yada orta olarak değerlendirenlere göre daha fazla puan almışlardır. Somatizasyon ve hostilitede orta ve iyi geliri olanların puanları eşitken, anksiyete bozukluğunda orta gelirlilerin puanı iyi gelirlilerden daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi de gelir düzeyi arttıkça puan ortalamaları azalmaktadır. Belirti toplam indeksi puanları epeyce yüksek düzeydedir. Kadınların kendi ailelerinin gelir düzeylerini değerlendirme durumlarında, hostilite, paranoid düşünce ve belirti toplam indeksi puan ortalamaları dışındaki diğer alanlardaki puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada 743 kadının ruhsal durumları Kısa Semptom Envanteri kullanılarak değerlendirilmiş ve ruhsal belirti puan ortalamalarına göre obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce alt ölçeklerinin puan ortalamaları orta düzeye yakın bulunmuştur. Ruhsal belirti puan ortalaması en yüksek belirti paranoid düşüncedir. Semptom rahatsızlık indeksi de orta düzeydedir (bkz. Tablo 4.4)

Toplumda ruhsal bozuklukların demografik özelliklerle ilişkisi psikiyatrik epidemiyolojinin ilgili alanı içindedir. Bir bozukluğun yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular koruyucu ruh sağlığı için olduğu kadar, bu ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi içinde gereklidir. Değişik kültürlerde bütün ruhsal bozuklukların görülme sıklığı farklı olup, bugüne kadar birçok ülkede yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucunda en az %9 en çok %33 olarak bulunmuştur (31). Yapılan çeşitli çalışmalarda, yaş, medeni durum, eğitim, sosyo-ekonomik durum, olası ruhsal hastalıkları etkileyebilecek birer risk faktörü olarak bulunmuştur. Ayrıca ruhsal hastalıkların görülmesinde işsizlik ve fakirlik, göç, politik zorlamalar, etnik ve diğer gruplar arasında (özellikle büyük şehirlerde) gerginliğin artması, yetersiz konut, çeşitli şekillerdeki madde kullanımının artması, yalnızlık, sosyal

ilişkilerde kopma ve yoksunluk da risk oluşturmaktadır (26,28). Ankara’da 15 yaş ve üzeri kadınlardaki ruhsal durumun belirlenmesi için yapılan bir çalışmada olası ruhsal hastalık tanısı alanlar en fazla %26.9 ile 55-64 yaş grubundadır (38).

Somatizasyon: Anksiyetenin neden olduğu, çeşitli bedensel işlevlere ilişkin belirtilere neden olan somatizasyon, ilerleyen zamanlarda depresyon ve kaygı bozukluklarına eşlik etmektedir (29). Temel Sağlık Hizmetleri veren bir kurumda yapılan çalışmada psikiyatrik bozukluk tanısı alanların yarısından çoğunun uzun süren somatik yakınmalar ile doktora geldiği belirlenmiştir (39). Bu çalışmada araştırmaya katılanların yaşları arttıkça somatizasyon puan ortalamaları artmaktadır. Özellikle 40 yaş ve üzeri kadınların somatizasyon puanları yüksek bulunmuştur ve diğer gruplarla arasındaki fark önemlidir ($p<0.001$) (bkz.Tablo 4.5). Bu yaş grubundaki kadınların evli ya da dul olmaları, 5 üzerinde çocuğa sahip olmaları, sorunları olduğunda yeterli destek bulamamaları, sosyal hayatlarının kısıtlı olması, aile içi şiddet görme, gelir getirici bir iş sahibi olamama yada ev hanımı olup rutin işlerle uğraşıyor olma olasılıkları daha fazladır. Bu durum onların puanlarının artmasına neden olmuş olabilir. Özellikle 45 yaşın üzerinde olan kadınlar, yalnız olduklarını, çocuk ve ev işleri ile yoğun bir şekilde uğraştıklarını bunun için kendileriyle fazla ilgilenmediklerini ifade etmeleri bu düşüncemizi desteklemektedir. Bu bulgular ileri yaşlarda somatizasyonun bir risk faktörü olacağını düşündürmektedir. Akbıyık ve arkadaşları, psikososyal sorunların bedensel belirtilerle ifade edildiği, bedensel belirtilerin bireysel kazançlar için bilinç dışı düzeyde kullanıldığını belirtmektedir (40). Çermik, epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla tekrarlanan bulgu olan somatizasyonun toplumların düşük sosyokültürel düzey, düşük eğitilmiş ve kırsal kökenli bireylerde çok daha yaygın olduğunu belirtmekte, bu durumda düşük sosyo ekonomik düzeyin ve eğitimsizliğin, kadınların kendilerini ifade etmelerine engel olması ve zorlanma durumlarında sıkıntının beden ile anlatılması nedeniyle ortaya çıktığı şeklinde yorumlamaktadır (41). Bu çalışmada da eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük, uzun süreli köyde yaşayan kadınların somatizasyon puanları yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de fark anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar kadınların sorunlarını beden dili ile anlattıkları yorumuna katılmamızı sağlamaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre yarı kırsal bir bölgede sağlık ocağına başvuran hastaların yaklaşık %20’si ICD-10 somatoform ağrı bozukluğu tanı ölçütlerine uymaktadır. Benzer yöntemle yapılan araştırmalarda bu oran

Avrupa ülkelerinde çok daha düşük bulunmuştur. DSM-IV'teki geniş tanımlamaya göre bu risk daha az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde daha da yüksek olacaktır (40).

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesif kompulsif bozukluk, bireyin düşünmekten veya yapmaktan kendini alamadığı, istenmeyen düşünce ve davranışların oluşturduğu zorlanma sonucu ortaya çıkmaktadır (32). Obsesif kompulsif bozukluğu görülen bireylerin yarısından fazlasında belirtilerin aniden başladığı belirlenmiştir. Bu hastalardan % 50-70'inde yakınmaların gebelik, ev değiştirme, cinsel sorun, yakın bir akrabanın kaybı gibi stresli olaylar sonrasında başladığı saptanmıştır. Zaman zaman artıp, azalmalar şeklinde dalgalanmalar gösterdiği gözlenmiştir. Hastalığın nüksetmesinde stresin etkisinin olabildiğinden bahsedilmektedir (33). Nitekim çalışmamızda çocuk sayısının çok olması ($p<0.01$), kadınlardaki obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamalarını yükseltmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları, eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, aile içi şiddet görme ($p<0.02$) gibi etmenlerden dolayı orta düzeye yaklaşmıştır. Ancak yaş, köysel kesimde uzun süre kalma, sorunu olduğunda kimseden destek almama gibi etmenler obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamasını etkilememiştir. A.B.D. ve Kanada'da 1980'de yapılan bir araştırmada hastalığın yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5-3 olarak bulunmuş ve bu ülkelerde majör depresyonlar, fobiler, alkol/ilaç kullanımından sonra 4. sıklıkta bir bozukluk olduğu görülmüştür. (42). Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasına göre 12 aylık bir sürede sağlık ocaklarına başvuran hastalar arasında toplam obsesif kompulsif bozukluk oranı %05, kadınlarda (%06) erkeklere göre (%02) üç kat yüksek bir oran bulunmuştur (32).

Kişilerarası Duyarlılık: Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır (33). Eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, aile içinde şiddete maruz kalma, sorunları olduğunda kimseden destek almama, kişilerarası duyarlılık puan ortalamasını orta düzeye yaklaştırmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stresle başetmede etkin beceriler geliştirebilirler (40). Eğitim düzeyi azalması kişinin kendini yetersiz görmesine neden olabilir ve bunun sonucu olarak anksiyete ve depresyon gibi bozukluklar oluşabilir. Kadınların sorunları olduğunda yeterli destek alamamaları da benlik saygılarını azaltacağı için madde bağımlılığı görülebilir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan kadınların en önemli görevi anneliktir. Ev işleri ve çocuk bakımı rollerini yerine getiren, fakat ev kadını olduğu için yaptıkları işin

önemsenmediği kırsal yerlerde uzun süre yaşayan kadınların da kişilerarası duyarlılık puan ortalamaları yükselmiştir. Araştırmamızda da bu özelliklere sahip olan kadınlarda puanların yükseldiği görülmektedir (bkz.Tablo 4.7)

Depresyon: Ankara’da 15 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının incelendiği bir araştırmada 40 yaşın üzerinde depresif belirtiler daha yaygın görülürken Erzurum’da yapılan bir çalışmada 45 yaş üstü kadınlarda uyku bozukluklarının daha yaygın olduğu görülmektedir (38). Yapılan benzer çalışmalarda da yaş arttıkça ruhsal bozukluklarda prevalansın arttığı ve en yüksek prevalansın 50-59 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (43,44). Fakat çalışmamızda 25-29 yaş grubu kadınların depresyon puanları daha yüksektir. Kadınların ekonomik düzeyinin düşük olması yada fazla sayıda çocuklarının olması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir. Paykel depresyonun tehdit edici yaşam olayları ile bağlantılı olduğunu vurgularken, kadınların yaşam değişiklikleri ve zorlayıcı yaşam olayları ile erkeklerden daha az sıklıkta karşılaştıklarını, ancak kadınların stresörlere daha yoğun bulgularla tepki verdiklerini belirtmektedir. Paykel’in çalışmasında 20-40 yaşları arasındaki evli ve çocuklu kadınlarda depresyon insidasının yüksek olduğu saptanmıştır (45). Önen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi araştırılmıştır (46). 15-49 yaş arasındaki kadın ile yapılan epidemiyolojik çalışmada evli kadınların evlenme yaşları ile depresyon arasında ve evlilik uyumsuzluğu ile depresyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır (47). Bizim çalışmamızda depresyonun evli ve çocuğu olan kadınlarda hafif düzeyde bir artış gösterdiği görülmektedir. Kadınların çocuk sayısı ve kardeş sayısı arttıkça tüm ruhsal belirti puan ortalamaları artmaktadır. Evli kadınların %19.0’u, bekarların %26.8’i, dul olanların %34.2’si olası ruhsal hastalık tanısı almıştır. Alkol ve madde kullanımı dışındaki ruhsal hastalıkların kadınlarda görülme oranının erkeklere göre 2-3 kat fazla görüldüğü ülkemizde her 100 kadından 10-21’inde depresif bozukluklar görülürken, 8-9’unda ise depresyonun bir nedeni olan anksiyete ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde bu oran sırayla 3.9 ve 3.7’dir (27). Türkiye’de kadınların %24’ünün hayatları boyunca en az bir kere depresyon geçirme riski vardır. Erkeklerin %3’ü de bu riski taşımaktadır. Aynı çalışmada tedavi edilmeyen depresyon vakalarının %15’inin intiharla sonuçlandığı belirtilmektedir (46). Depresyon teşhisiyle tedavi edilen hastaların %75’ini kadınlar oluşturmaktadır. Bunların %35’i ev kadınlardır. Kadınların %10’u doğum öncesi ve sonrası, %10’u ise menopoz öncesi ve sonrası depresyon

geçirmektedir (46). Bu durumun nedeni kadınların doğum öncesi ve sonrasında yeterli destek almaması olabilir.

Anksiyete Bozukluğu : Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerinin kullanılmasını önemli ölçüde artıran bir bozukluktur . Anksiyete bozukluğuna sahip hastalar, genellikle bir diğer anksiyete bozukluğu veya depresif mizaç bozuklukları ile birlikte (33). A.B.D.'de yapılan bir araştırmada bir yıllık anksiyete prevalansı %17.3'tür (48). Çalışmamızda anksiyete puan ortalamalarının orta düzeye yaklaşmasına neden olan faktörler, okur-yazar olmama ($p<0.001$), sosyal güvencenin yeşil kart olması ($p<0.001$), çocukluğunda kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını ifade etme ($p<0.001$), eşlerinin hiçbir işte çalışmaması ($p<0.01$), ailesinde şiddet gördüğünü ifade etme ($p<0.000$), kendi ailelerinin gelir düzeyinin düşük olması ($p<0.01$), kardeş sayısının 5 veya üzerinde olmasıdır. Evli kadınların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında da, eşi okur-yazar olmayanların tüm ruhsal belirti puan ortalamaları da diğer gruplardan yüksek düzeyde bulunmuştur. Türkiye genelinde son yıllarda yapılan çalışmalarda olası ruhsal hastalık sıklığı en az % 15,2 ile yüksekokul mezunları arasındadır (43). Bizim çalışmamızda da yüksekokul mezunları daha düşük puan almıştır ve bu sonuçla uyumludur.

Hostilite: Araştırmalar, hostilite yani öfke duygusunun cinsiyete göre değiştiğine işaret etmektedir. Averill öfkelenme sıklığı açısından kadınların erkeklerle benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelenildiğini belirtmektedir. Erkekler kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade etmektedirler. Kadınların ifade biçimi ise dolaylı olmaktadır (49). Öfke tepkilerinin yaşa göre azaldığını tespit eden pek çok araştırma yapılmıştır. Bizim çalışmamızda da hostilite puan ortalamaları, yaş azaldıkça hafif düzeyde düşmektedir. Öfke ile kaygı bozuklukları arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Fava ve arkadaşları öfke atakları olan pek çok hastanın kaygı veya panik düzeylerinde yüksek olduğunu vurgulamaktadır (42). Benzer şekilde Hazaleus ve Deffenbacher, kaygının öfkenin sonuçlarından birisi olduğunu ifade etmekte, öfke azaltıldığı zaman kaygı belirtilerinde azaldığını belirtmişlerdir. Ayrıca öfkenin kadınlarda aşırı yeme davranışını etkilediği ileri sürülmektedir. Adolesanlarda anorektik ve bulimik tutumların, ebeveynlerine karşı olan öfkenin bir ifadesi olduğu belirtilmekte, kadınların arasında aşırı yemenin gücü kontrol etme ve tekrar ele geçirme arzusundan kaynaklandığı ileri sürülmektedir (50). Biaggio ve Godwin, depresyon ile bastırılmış

öfke arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir. Öfke intihar davranışı içinde önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (50). Bu araştırma sonucunda hostilete puan ortalamaları, okur-yazar olmama ($p<0.001$), çocukluğunda kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını ifade etme ($p<0.02$), eşlerinin hiçbir işte çalışmaması ($p<0.01$), ailesinde şiddet gördüğünü ifade etme ($p<0.000$) gibi faktörlerle ilişkilidir. Bu durumda bu özelliğe sahip olanlar daha fazla risk altındadır.

Fobik Anksiyete: Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında panik bozukluğu %04, agorafobi %06, sosyal fobi %1.8, özgül fobi %2.7 oranında bulunmuştur (31). A.B.D.'de yapılmış epidemiyolojik bir çalışmada altı aylık bir süre içinde nüfusun %5-12'sinde fobik bozukluk saptanmıştır (51). Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kişiler fiziksel (örneğin doğum travmaları, beslenme bozuklukları, enfeksiyonlar), ruhsal ve toplumsal stresörlerle (örneğin fakirlik, göçler, sosyo ekonomik güvensizlikler) daha sık ve uzun sürelerle karşılaşmaktadırlar (54). Bu stresli yaşam olayları anksiyete düzeyini artırmakta ve buna bağlı anksiyete bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda okur-yazar olmama ($p<0.001$), en uzun yaşanan yerin kırsal kesimde olması ($p<0.01$), sosyal güvencenin yeşil kart olması ($p<0.001$), dul olma ($p<0.01$), çocuk sayısının 5 ve üzerinde olması ($p<0.01$), ailesinde şiddet gördüğünü ifade etme ($p<0.001$), kendi ailelerinin gelir düzeyinin düşük olması ($p<0.001$) gibi faktörler fobik anksiyete puan ortalamalarını etkilemektedir.

Paranoid Düşünce: Paranoid düşüncede yansıtıcı, kuşkucu, düşmanca düşünceler yoğunudur. Bu düşüncelere kötülük görme, otonomi kaybı gibi korku ve sanrılar eşlik edebilir (33). Paranoid düşünceyle birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar, majör depresyon, saplantı-zorlantı bozukluğu (obsesif- kompulsif bozukluk), alkol-madde bağımlılığı, diğer kişilik bozukluklarıdır (en çok sizotipal kişilik bozukluğu olmak üzere ayrıca narsisistik, çekingen ve borderline kişilik bozukluğu). Çocukluk veya gençlik döneminde tek başına kalma, benzer yaştakilerle arkadaşlıklarının iyi olmaması, kalabalık ortamlarda kaygı duyma, ders notlarının düşüklüğü, aşırı duyarlılık, tedirginlik, giyim, konuşma, düşünce itibari ile kendini kısıtlama, farklı hayaller ile kendini gösterebilir (32). genel toplumda % 0.5-2.5 arasında , ayaktan tedavi ile psikiyatri yataklı kurumlarında yatanlarda % 1 oranında görülen paranoid düşünce daha çok erkeklerde görülmektedir (38). Ayrıca ailede sanrısız (deluzyonel boz.) paranoid tipin varlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Paranoid düşüncelerin varlığı

mahkumlarda, mültecilerde, yaşlılarda, işitme kaybı olanlarda da paranoid fikirler zaman zaman artış gösterir (52). Bu durumlar yalnızlık duygusunun ortaya çıkmasına yada sosyal ilişkiler kurulamamasına neden olabilir. Nitekim çalışmamızda da eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, çocukluğunda kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını ifade etme, ailesinde şiddet gördüğünü ifade etme, kardeş ve çocuk sayısının çok olması gibi faktörler paranoid düşünce puan ortalamalarını etkilemişlerdir.

Psikotizm: Psikotik bozukluklar düşüncenin kapsamında ve oluşumunda, uyarıların algılanmasında, duygulanımda, kimlik duygusunda, gerçeği değerlendirme ve kişilerarası ilişkiler kurma yeteneğinde değişikliklerin olduğu bir grup klinik belirtilerden oluşmaktadır. Psikotik hastalıklardan şizofreninin görülme sıklığı binde 0.4-0.7 arasında değişmektedir. 15 yaşın üzerinde nüfus için sıklık, binde 0.30-1.20 arasındadır (32). Yaşam boyu hastalanma riski yani 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni olasılığı %1 dolayındadır. DSÖ verilerine göre Avrupa ve Asya'daki yaygınlığı binde 0.85'tir. Bütün dünyada yılda 1.5-3 milyon şizofreninin bulunduğu bildirilmektedir. Kadın ve erkekte sıklık bakımından fark görülmemektedir (33). Çalışmamızda 15-19 ve 25-29 yaş grubu kadınlardaki psikotizm puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre biraz daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça psikotizm puan ortalaması hafif düzeyde azalmıştır. Eğitim durumuna göre ise psikotizm puan ortalaması okur-yazar olmayanlarda daha yüksektir. Ankara'da yapılan bir çalışmada psikoz, psikonevroz, ve psikosomatik hastalıkların öğrenim görmemişlerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir (38). Nitekim bu çalışma ile bizim bulgumuz paralellik göstermektedir. Travmatik yaşam olaylarının, en az birkaç yüz yıldır psikiyatrik bozuklukların etyolojisinde direkt olarak rol aldığı düşünülmektedir. Garmez ve Rutter örseleyici yaşam olaylarının direkt olarak psikiyatrik bozukluklara yol açmadığını, ancak kişileri psikiyatrik bozukluklara yatkın kıldığını ileri sürmektedirler (52). Weinee, çocukluk yaşı örseleyici yaşantıları ve diğer sorunları (okul korkusu, davranım bozuklukları vs.) ile kişilik bozukluğu gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu ileri sürmüştür (53). Burgess ve arkadaşları ise çocukların örseleyici yaşantı durumlarında, travmaya özgün davranış kalıpları (çabuk tepki verme, kaçınma, çaresizlik, yıkıcı davranışlar) geliştirdiğini ve bunlardan oluşan bilişsel şemalar yoluyla yetişkin yaşama taşındığını ileri sürmektedir (54-56). Araştırmamızda çocukluk döneminde kendisini çok etkileyen bir olay yaşadığını söyleyen kadınlarda, böyle bir olay yaşamadığını ifade

edenlere göre tüm ruhsal belirti puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ayrıca sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, dul olma ($p<0.01$), ailesinde şiddet görme ($p<0.000$) gibi faktörler psikotizm puan ortalamalarını etkilemişlerdir. Ökdem'in çalışmasında da zorlayıcı yaşam olayları ile psikotizm arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (10).

Ek Maddeler: Çalışmamızda ek maddeler, özellikle eğitim ve sosyo-ekonomik düzey, dul olma, şiddet görme gibi durumlardan etkilenmiştir. Medeni durum ile ruhsal belirti puan ortalamaları incelendiğinde dul olanların bekar ve evli olanlara göre hostilete dışındaki tüm alanlardaki puan ortalamaları daha yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda evli kadınların %19,0'ı bekarların %26,8'i , dul yada boşanmış olanların %34,2'si, olası ruhsal hastalık tanısı almışlardır (16) . Berksun'un yaptığı çalışmada en iyi ruh sağlığı evli ve işi olan erkeklerde izlenirken, en kötü ruh sağlığı evli ev kadınlarında görülmektedir. Bekar veya dul kadınlarda ruh sağlığı daha iyidir. Fakat bizim çalışmamızda dul olanlarda ruhsal belirtilerin daha yoğun olduğu görülmektedir (57). Kelleci'nin yaptığı çalışmada, bekar ve dul olanlar evli olanlara göre daha fazla ruhsal belirti göstermektedir. Yapılan benzer çalışmalarda da evli olmanın ruhsal yönden koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir (39). Bu bulgu dul ve bekarların daha dikkatle ele alınmasının gerekliliğini ortaya koyması bakımından önemli görülebilir.

Eşi tarafından kendisine fiziksel ve sözel şiddet uygulanan kadınların somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon hostilete, fobik anksiyete, psikotizm, yeme içme bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler, uyku bozukluğu ve suçluluk duyguları, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeks puanları yüksek bulunmuştur. Ailedeki şiddet durumu belirtilere yönelik puan ortalamalarına göre, belirti toplam indeksi dışındaki tüm puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. ABD, Zimbabue ve Nikaragua'da yapılan çalışmalarda fiziksel veya cinsel şiddet gören kadınların, sağlık hizmetlerini, böyle bir öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Kadına karşı şiddetin depresyon, sıkıntı, psikosomatik şikayetler, yeme problemleri ve seksüel disfonksiyondan daha çok yakınmalara neden olan araştırmalarla belirlenmektedir (4,57). ABD'de yapılan benzer çalışmalarda da saldırı veya tecavüzün sağlık hizmet kullanımını etkileyen en önemli belirleyici olduğu gösterilmiştir. Tecavüz edilen veya saldırıya uğrayan kadınların tıbbi bakım maliyetleri diğer kadınlara göre 2,5 kat fazladır (58). Berksun'a göre kadınlardaki ruhsal

hastalıkların psikososyal nedenleri arasında çocukluktan itibaren maruz kalınan cinsel ve fiziksel şiddet, önemli yer tutuyor. Bu bulgularda görüldüğü gibi ailesi ve eşi tarafından fiziksel ve sözel şiddete uğrayan kadınların ruhsal hastalık yönünden risk oluşturduğu düşünülmektedir (57).

Araştırmadan şu sonuçlar elde edilmiştir.

* Kadınlarda ruhsal belirti puan ortalamaları en yüksek olan belirtiler, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek maddeler ve obsesif kompulsif bozukluktur. Elde edilen bu ruhsal belirti puan ortalamaları orta düzeye daha yakındır.

*Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük, aile içi şiddete maruz kalan, uzun süre kırsal alanda yaşayan, medeni durumu dul olan, sorunları olduğunda destek kaynağının yeterli olmadığını belirten, çocuk sayısı 5 ve üzerinde olan kadınların tüm ruhsal belirti puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

* Eğitim , sosyal güvence, sosyo-ekonomik düzey, aile içi şiddet görme durumları ile ruhsal belirti puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır.

Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, çok sayıda çocuk sahibi olma, ailede şiddet uygulanması, dul olma, kadınların ruhsal belirti puan ortalamalarını artırdığı için ruh sağlığının korunması ve desteklenmesi yönünde çalışmaların başlatılması, bu kadınların ruh sağlığı sorunlarından korunması adına destek grupları oluşturulması, bu gruplara yönelik hemşirelik girişimlerini sınavan araştırmalar yapılması,
- ✓ Kadınlarda paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek maddeler ve obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları yüksek olduğu için, öğrenci uygulamalarında kadınların kendilerini ifade edebilmeleri için desteklenmesi, stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi,
- ✓ Çalışmadaki 40 yaş üzeri kadınların somatizasyona biraz daha yatkın olduğu dikkate alınır, kadınlara olumsuz duygularını bedenine yöneltmeden ifade edebilme yollarının öğretilmesi,
- ✓ Genel olarak ruhsal belirti puan ortalamaları az düzeydedir, ancak ruh sağlığını koruma geliştirme programlarına ağırlık verilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Yayıncılık, 3.Basım, Ankara 1998
2. Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sayımı Araştırması , 2003
3. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, Kadın-Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş, Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset, Aralık 2000
4. Yardım N. Cinsiyet sağlık yoksulluk, Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Cilt:6, Sayı:1, Ocak-Şubat 2001
5. Özmete E. Kadınların Sağlık Haklarına Bir Bakış, Standart Dergisi, Sayı:505, Ocak 2004
6. Offer D. ve ark, Normality and the life cycle: a cricital integration, New York, Basic, 1984
7. Mc Farland GK. Thomas MD. Psychiatric Mental Health Nursing Aplication of the Nursing Process: London 1991
8. 1.Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongre Özetleri, Mart 2005.
9. Akın A. Kadın Sağlığı, Sağlık ve Toplum Dergisi, ISSN 1301-1421 Yıl:8 Sayı:3-4 Temmuz-Aralık, 1998
10. Ökdem Ş, Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Kadınların Karşılaştıkları Krize Neden Olabilecek Yaşam Olaylarının Saptanması ve Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1997

11. Karabilgin Ö, Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve WHOOL-BREF Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi, İzmir 2001
12. Adak N. Kadın ve Sağlık, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:12, Sayı:3, Temmuz-Eylül 2002
13. Lisa S. Peggy M. Georges M. and Qing S. Marital Transitions and Mental Health: Are There Gender Differences in the Short-term Effects of Marital Status Change, Social Science & Medicine, Volume 61, Issue 11, December 2005
14. Worley NK. Mental Health Nursing in the Community, Mosby Year Book, St.Louis, 1997
15. Sadıkoğlu G. Kadın Sağlığı ve Mental Konseptleri, Sağlık ve Toplum Dergisi, Ocak 2004
16. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara 1995
17. Demir Ü. Kadının Toplumsal Statüsü, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:9, Sayı:2, Nisan-Haziran 1999
18. Dünya Kadınlar Günü Dolayısıyla Yeni Medeni Hukuka Doğru, Model Dergisi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Sayı:04/01, Eğitim Bülteni Ocak-Şubat-Mart 2004
19. Bayraktar M. Ailede Kadının Rolü Kavramının Kadınlar ve Erkekler Açısından Karşılaştırmalı Analizi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksek Okulu, Ankara 1988
20. İmamoğlu O. Aile İçinde Kadın Erkek Rollerini, Türkiye Aile Ansiklopedisi Yay. No:.,3 Ankara 1991
21. Aksaray G. Kaptanoğlu C. Oflu S. Koruyucu Ruh Sağlığı, Yeni Symposium 37(3):55-59 1999
22. Yücel B. Kadın Ruh Sağlığı, 3P Dergisi, Cilt:9, Sayı:4, Aralık 2001
23. Birleşmiş Milletler Cedaw Komitesine Sunulmak Üzere Hazırlanan İkinci ve Üçüncü Birleştirilmiş Periyodik Türkiye Raporu, Ankara 1993
24. Sağduyu A. Ögel K. Özmen E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1):3-16, 2000

25. Ülker S, Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara 1995
26. Pektaş İ. Çam O. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Hizmetinin Önemi, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İzmir 2004
27. Karamustafalıoğlu O. Uluğ B. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Psikiyatri Eğitiminin Yeri, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, Cilt:5, Sayı:3, 8-9, 2003
28. Candansayar S. Sağduyu A. Ögel K. Coşkun B. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Tanı Tedavi ve Rehabilitasyon, TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara 1997
29. Varcaloris, E.M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Third Edition Wab. Saunders Company, Tokyo 1998
30. Kum N. ve ark. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset Limited Şirketi, İstanbul 1996
31. Alper Y. Bayraktar E. Karaçam Ö. Herkes İçin Psikiyatri, Kaya Matbaası, İstanbul 2000
32. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2002
33. Güleç C, Köroğlu E, Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998
34. Köknel Ö. Günlük Hayatta Ruh Sağlığı, Alfa Basın Yayın Dağıtım, İstanbul 1999
35. Öztürk Y, Günay O, Sağlık 21, 21.Yüzyılda Herkese Sağlık, Erciyes Üniversitesi yayınları, Kayseri 2000
36. Berenzon S, Juarez E, Mental health Services to Poor Patients with Affective Disorders in Mexico City, Rev Saude Publica, 2005 Aug;39(4):619-26
37. Şahin Hisli N. Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı; Türk Psikiyatri Dergisi; 2002;13(2):125-135
38. Baykan Z. Özkan S. Maral I. Candansayar S. Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Ruhsal Durumlarının Genel Sağlık Anket 12 Kullanılarak Değerlendirilmesi, Ankara 2001
39. Kelleci M. Aştı N. Küçük L. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları, C.Ü, Hemşirelik Yüksekokulu 2003, 7 (2)
40. Akbıyık Dİ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Somatizasyon Bozukluğu, Türk Psikiyatri Dergisi, 7(3):208-209, 1996

41. Çermik Ö. Somatizasyon: Türk Psikiyatri Dergisi ; 3(4) 281-287, 1992
42. Diane R. Brown and Verna M. Keith, Editors, In and Out of Our Right Minds: The Mental Health of African American Women, Columbia University Press, New York (2003), Social Science & Medicine, In Press, Corrected Proof, Available online 24 October 2005,
43. Rezaki M. Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar. Ed. Üstün B. Sağduyu A. Rezaki m. Tayf Basım Ltd. Şti. İstanbul.
44. Wendy J. Jessica H. Nicola W. Alison L. Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women, American Journal of Preventive Medicine, Volume 29, Issue 4, November 2005
45. Paykel ES. Depression in Women. British Journal of Psychiatry, 158 (10), 1991
46. Önen ve ark. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi, Kriz Dergisi, 3 (1-2), 1995
47. Nolen-Hoeksema S, Grayson C, Explaining The Gender Difference in Depressive Symptoms, Journal of Personality and Social Psychology, 77(5);1999:1061-1072
48. Phyllis M, Mothers With a Serious Mental Illness: A Critical Review of the Literature, Archives of Psychiatric Nursing, Volume 19, Issue 5, October 2005, Pages 226-235
49. Averill V. ve ark. Mental Health and Hostility as Predictors of Temporary Employment: Evidence from two prospective studies, Social Science & Medicine, Volume 61, Issue 10, November 2005
50. Balkaya F. Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, 14(3)192-202, 2003
51. Jennifer P. Wisdom, Michelle Berlin and Jodi A. Lapidus, Relating Health Policy to Women's Health Outcomes, Social Science & Medicine, Volume 61, Issue 8, October 2005, Pages 1776-1784
52. Garmez N. Masten AS. Chronic adversities. Child and Adolescent Psychiatry, Blackwell Science Ltd. 1994
53. Weine SM. Becker DF. Levy KN. ve ark. Childhood Trauma Histories in Adolescent inpatients. 10(2):291-298. 1997
54. Bugess AW. Hartman CR. Clements PT. Biology of Memory and Childhood Trauma. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 33(3):16-26, 1995

55. Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge University Pres. Cambridge 1996
56. Berksun O. Kadının Ruh Sağlığı Ulusal Mesele, 1.Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi, Mart 2005
57. Regier A, Narrow E, Rae S, The de Facto Mental and Addictive Disorders Service System, Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-year prevalence rates of, Eur J Heart,Fail,Aug;7(5):803-8,2005
58. Paykel S, Depression in Women. British Journal of Psychiatry, 1991, 158 (supplement,10):22-9.

EKLER

ANKET FORMU

EK-1 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Anket No :

1-)Yaşınız (gün-ay-yıl)

2-)Eğitim Durumunuz nedir?

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 1.Okur-yazar değil | 4.Lise mezunu |
| 2.Okur-yazar ve ilkokul mezunu | 5.Yüksekokul mezunu |
| 3.Ortaokul mezunu | |

3-)Çalışma durumunuz;

- 1.Çalışmıyor
- 2.Çalışıyor (Ne iş yapıyorsunuz?)
- 3.Emekli

4-)Çocukluğunuzdan beri en uzun yaşadığınız yer;

- | | |
|----------|-----------|
| 1.Köysel | 2.Kentsel |
|----------|-----------|

5-)Sosyal güvenceniz

- | | | |
|------------------|----------------|---------|
| 1.Yok | 4.Bağkur | 7.Diğer |
| 2.Emekli Sandığı | 5.Özel Sigorta | |
| 3.SSK | 6.Yeşil kart | |

6-)Medeni Durumunuz

- | | | |
|---------|--------|-------|
| 1.Bekar | 2.Evli | 3.Dul |
|---------|--------|-------|

7-)Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 1.Okur-yazar değil | 4.Lise mezunu |
| 2.Okur-yazar ve ilkokul mezunu | 5.Yüksekokul mezunu |
| 3.Ortaokul mezunu | |

8-)Eşinizin çalışma durumu

- 1.Çalışmıyor
- 2.Çalışıyor(Ne iş yapıyor)
- 3.Emekli

9-)Çocuğunuz var mı?

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1.Var (Toplam çocuk sayısı) | 2.Yok |
|-----------------------------|-------|

10-Çocuk bakımıyla kim yada kimler ilgileniyor?

11-)Oturduğunuz evin tipini yazınız?

- 1.Apartman
- 2.Bahçeici tek katlı

12-)Kaç kardeşiniz ve ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

13-)Şu anki ailenizde takip gerektiren bir hastalığı olan var mı?

1.Var (yakınlık derecesi ve hastalık tanısını belirtiniz?) 2.Yok

14-)Annemiz yada babamız öldüyse kaç yaşındaydınız?

15-)Kendi aileniz

1.Geniş 3.Parçalanmış

2.Çekirdek 4.Diğer

16-)Çocukluğunuzda sizi çok etkileyen bir olayla karşılaştınız mı?

Evet (belirtiniz) Hayır

17-)Kendi ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Kötü 2.Orta 3.İyi

18-)Kendi ailenizde ruhsal hastalık tanısı konmuş birisi var mı?

Var (yakınlık dereceniz, hastalık tanısı) Yok

19-)Şu anki ailenizdeki gelir düzeyini siz nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Kötü 2.Orta 3.İyi

20-)Ailenizi ve çocukların bakımını ilgilendiren kararları nasıl alırsınız?

21-)Sigara kullanımı

Alkol kullanımı

Evet (günde kaç paket)

Evet (ne kadar belirtiniz)

Hayır

Hayır

22-)Bir sorunuz olduğunda kimden destek alıyorsunuz?

23-)Hasta olduğunuzda önce kime başvuruyorsunuz?

24-)Ailenizde şiddete başvurulur mu?

Hayır

Evet (Kim kime uyguluyor ,bu şiddet sözel mi yoksa eyleme dönük bir şiddet mi)

EK-2 KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçüğe göre değerlendirin:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- 0:Hiç yok
1.Biraz var
2.Orta derecede var
3.Epey var
4.Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç				Çok Fazla
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 korkusu	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 düşünceleri	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi		0	1	2	3 4
11.İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12.Hiç bir 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 hissetmek	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17.Hüzünlü,kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme,kırılmak	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23.Mide bozukluğu,bulantı	0	1	2	3	4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26.Yaptığımız 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 umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29.Nefes darlığı,nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30.Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4

31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer yada 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	0	1	2	3	4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	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.Birşeyleri kırma,dökme isteği	0	1	2	3	4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak çalışmak	0	1	2	3	4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44.Bir başka insana 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 bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51.Eğer izin verirseniz 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

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1979 yılında AYDIN / Bozdoğan'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini AYDIN / Nazilli'de tamamladı. 1995 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Yüksekokulu'na girerek, 1999 yılında aynı üniversiteden mezun oldu. Nazilli'de özel bir hastanede kısa süreli hemşirelik yaptı ve 2000 yılında Erciyes Üniversitesi Yozgat Sağlık Yüksekokulu'na okutman olarak atandı. Halen aynı kurumda görev yapmaktadır.