



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

RUHSAL BOZUKLUKLARDA STRESLE BAŞ ETME VE YAŞAM
KALİTESİ

ÖZLEM SAĞBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. MAKBULE BATMAZ

İSTANBUL – 2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem SAĞBAŞ tarafından hazırlanan “*Ruhsal Bozuklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09.10.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
:Haliç Üniversitesi / HYO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Sevim BUZLU
:İstanbul Üni./ Florence Nigh. HYO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
:Maltepe Üni./ Hemşirelik YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana her türlü yardımı, ilgiyi, desteği gösteren, sevecen tavırlarıyla her zaman yanımda olan ve bilgisiyle önümde güzel ufuklar açan danışman hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ'a,

Çalışmamı gerçekleştirdiğim ve çalışmam süresince yardımını esirgemeyen Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Alper CİHAN'a, Başhemşiresi Fatma KURNAZ'a ve hastane yöneticilerine,

Okul yaşantım ve çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi desteğini aldığım kayınpederim Hayrettin SAĞBAŞ'a,

Cesaretlendirmesi ve ilgisi için anneme, babama ve kayınvalideme,

Araştırmamın tüm sürecinde yardım ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşim İsmail SAĞBAŞ'a,

Yaşamımın bir parçası olduğu için kendimi şanslı hissettiğim canım kızım Zeynep Eylül SAĞBAŞ'a

TEŞEKKÜR EDERİM

Özlem SAĞBAŞ

2009

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	III
IV. TABLO LİSTESİ	IV
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Ruhsal Sağlığı.....	5
4.1.1. Tarihsel Süreç.....	5
4.1.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	6
4.2. Duygudurum Bozuklukları.....	6
4.2.1. Depresyon.....	6
4.2.2. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk.....	8
4.3. Anksiyete Bozuklukları	9
4.3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	9
4.2.5. Panik Bozukluk.....	10
4.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	11
4.4. Stres.....	13
4.4.1. Stresin Belirtileri.....	15
4.4.2. Stresle Baş Etme Yöntemleri.....	15
4.4.3. Stres Yönetme Teknikleri.....	16
4.5. Yaşam Kalitesi.....	18
4.6. Stresle Baş Etme Yöntemleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	20
5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	22
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22
5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriteri.	22
5.4. Verilerin Toplama Araçları.....	23
5.4.1. Bilgi Formu.....	23

5.4.2. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği.....	23
5.4.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
5.5. Veri Toplama Araçlarının Güvenilirliği.....	24
5.6. Verilerin Toplanması.....	25
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.9. Araştırmanın Zorluğu/Güçlüğü	26
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
6. BULGULAR	28
6.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgileri.....	29
6.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bilgileri.....	31
6.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	32
6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	35
6.5. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.....	48
7. TARTIŞMA	49
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
9. KAYNAKLAR	58
10. EKLER	62
10.1. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni	63
10.2. Sosyodemografik Bilgi Toplama Formu	64
10.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)	65
10.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	66
11. ÖZGEÇMİŞ	67

III. KISALTMALAR

RÖGÖ : Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

Ör : Örnek

Ort : Ortalama

SS : Standart sapma

IV. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo Demografik özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 2 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tanı, Tedavi Süresi, Tedavi Şekli, Şikayet Türü, Yatış Durumu ve Yatış Sayısının Dağılımı.....	31
Tablo 3 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri ile Rosenbaum'un Güçlülük Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 5 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Öğrenim Durumları İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37-38
Tablo 6 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumları İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması.....	40
Tablo 7 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk Sahibi Olma ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 8 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Aile Tipleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çalışma Durumları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43

Tablo 10 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gelir Gider Durumları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Hastaneye Yatışı İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Toplam puanı İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi.....	48

1. ÖZET

Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi

Bu araştırma; ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırma İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınarak Kasım 2008- Aralık 2008 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapıldı. Araştırmanın örneklemini, Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir numaralı psikiyatri polikliniğine başvuran araştırmaya alınma kriterlerine uygun 200 birey oluşturdu.

Veriler "Bilgi Formu", "Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Ortalama yüzdellik, Standart sapma, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ ve ileri derecede anlamlılık $p<0.01/p<0.001$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırma kapsamına giren bireylerin; yaş ortalaması $34,07\pm 10,56$ 'dır. Araştırmaya katılanların %74'ünü ($n=148$) kadınlar, %46'sını ($n=92$) öğrenim durumu ilkokul olanlar ve %69'unu ($n=138$) medeni durumu evli olanlar oluşturmaktadır. Bireylerin %73'ü ($n=147$) çocuk sahibi, %68'i ($n=136$) çekirdek aileye sahiptir. %67.5'i ($n=135$) çalışmazken, %51'inin ($n=102$) gelir durumu yeterli ve %93'ünün ($n=186$) sosyal güvencesi vardır. Bireylerin %75'i ($n=150$) depresyon tanısı almıştır ve %58.5'inin ($n=117$) şikayet türü sıkıntıdır. Bireylerden tedavi görenlerin oranı %81.5 ($n=163$), hastaneye yatarak tedavi görenlerin oranı %37 ($n=74$), tedavi süresi ortalaması 103.13 ± 171.49 ve hastaneye yatış sayısı ortalaması 1.59 ± 1.07 'dir.

Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt gruplarından; fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü ($p<0.05$). RÖGÖ toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görüldü ($p<0.001$).

Anahtar Kelimeler: Ruh sağlığı, Stres, Yaşam kalitesi

1. SUMMARY

Coping with stress and the quality of life in Mental Disorders

The study has been carried out to determine the coping with stress and quality of life levels in mental disorders descriptively.

The study has been carried out in the psychiatry polyclinic of Bagcilar Education and Research Hospital with the written permission of Provincial Health Department between October 2008-January 2008. The sample included 200 people who were appropriate for the sample choosing criterias.

"Information form", "Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale" and "SF-36 Life quality measure" were used to collect the data. Mean, percentage, Standard deviation, Kruskal Wallis and Mann Whitney U Tests were used to analyze the data. The results were evaluated between 95% reliability interval with $p < 0.05$ (reliable) significancy level.

The mean age of the sample population is $34,07 \pm 10,56$ of which 74% (n=148) are women, 46% (n=92) are primary school graduates and 69% married. 73% (n=147) of the samplers had one or more children and 68% (n=136) have nuclear family type. While 67.5% (n=135) of them don't have a job, 51% (n=103) have sufficient income and 93% (n=186) have social insurance. 75% (n=150) of the samplers' conditions were identified as depression and of those 58.5% (n=117) complain about the stress. 81.5% (n=163) of the samples are treated and of those 37% (n=74) are treated in the hospitals. The mean length of the treatment is 103.13 ± 171.49 and the mean count of the patients treated in the hospitals is 1.59 ± 1.07 .

Statistically, a positive and significant connection is found in between the overall level of Rosenbaum's Learnt Strenght Measure and one of the sub categories of SF-36 Quality of life, QOL that is the level of physical function-social function ($p < 0.05$). And also Statistically, a positive and significant connection is found in between the overall point of Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale and SF-36 Life quality measure ($p < 0.001$).

Keywords: Meantal Health, Stress, Quality of Life

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görölme oranının %20-30 arasında değiştiği ve bunların çoğunluğunu depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğu belirtilmektedir (23).

Ölkemiz 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 (23).

Ruhsal bozuklukların kişilere, ailelere ve toplumlara etkisi oldukça fazladır. Kişiler bu bozuklukların neden olduğu zorlukları yaşar, iş ve sosyal yaşama katılma konusunda güçlük çeker ve çoğu kez de toplumdan dışlanırlar. Ailelerine karşı sorumluluklarını yerine getiremediklerini ve yük olduklarını düşünerek endişe ve değersizlik duygusu yaşarlar. Aileler de, bireyin tedavi masraflarının ve bakımın getireceği ekonomik baskıdan sıkıntı duyar, hastalığa karşı gelişen duygusal reaksiyon ile baş etmek durumunda kalırlar. Bu esnada normal aile düzeni bozulur ve sosyal yaşam kısıtlanır. Toplumsal açıdan ise bu kişilere verilecek bakım ve tedavinin maliyeti ve kalitenin azalması ile iş günü kaybı söz konusudur (4).

Ruhsal bozukluklar, tüm akut ve kronik sağlık sorunlarının önemli bir oranını oluşturmaktadır; bu nedenle de ruh sağlığının önemi, günümüz dünyasında özellikle önem taşır duruma gelmiştir. Üstelik, kişinin ruhsal durumu, beden sağlığını ve toplumsal yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (49).

Bir bireyde ruhsal bozukluğun olması duygusal bir yük, stres verici bir yaşam deneyimi ve sürekli bařa çıkma tepkileri gerektiren bir stresördür. Stres, insan sağlığını bozan ve insanın özgürce yaşamasını engelleyen en önemli nedenlerden biridir. Stres, bireyde gerilime, üzüntüye ve çöküntüye yol ačan bir güçtür. Stres, bireyi tehdit eden ve zorlayan tehlikelere karşı gösterilen bedensel ve ruhsal bir tepkidir (29).

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır (9).

Ruhsal hastalıkların yaşamın sosyal, mesleki, fiziksel ve psikolojik alanları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi ruhsal hastalıkların değerlendirilmesinde gittikçe artan bir öneme sahiptir. Nitekim, DSM-IV' de yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yeri ve tedavi etkinliğindeki önemi vurgulanmıştır (6).

Tüm bu bilgilerin ışığında bu çalışma ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etme ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Araştırmanın varsayımları,

- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin medeni durumu, meslek, eğitim durumu ve maddi durum stresle baş etme ile yaşam kalitesini etkileyebilir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyler stresle baş etme de zorlanabilir ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatış yapması ve tedavi süresi stresle baş etmelerini etkileyebilir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. RUH SAĞLIĞI

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayırımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür. Literatürde, ruh sağlığının tanımını yapmaya çalışan birçok görüş bulunmaktadır.(41) Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı, “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (34).

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik taşır. Her kişide tutarsız, uygunsuz, aşırı, yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılabilecek kişide; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişilerarası ilişkilerini bozması gibi niteliklerin bulunması gerekir (41).

Toplum ruh sağlığında risk grupları; cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyo-ekonomik düzey ve öğrenim düzeyidir (12).

4.1.1. Tarihsel Süreç

Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihsel süreç içinde çağdan çağa ve kültürden kültüre farklı tutum ve davranışlar sergilemişlerdir. Bazı toplumlar ruh hastalarına özel bir önem verip onu toplum içine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip onu toplum dışına itmişlerdir (12).

İlkel çağlarda ruh hastalarına yönelik tutumlar bir yandan ruhlarla ya da tanrılarla iyi ilişki içinde oldukları düşünülen, saygıya layık olan, diğer yandan kötü ruhların etkisinde kaldığına inanılan ve bu etkilerin kendilerine sıçrayacağını düşündüklerinden çoğu kez şiddete maruz bırakılan bireyler olmak üzere ikiye ayrılıyordu (1,2).

4.1.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığını etkileyen faktörler; Sosyal ve yapısal açılardan ele alındığında, demografik özelliklerin, ekonomik ve yasal düzenlemelerin, politikanın, dinin, eğitimin, teknolojinin, medyanın, göç, kentleşme, ölüm yaşı, evlilik olgusu, fertilité, kadın ve erkeklerin toplumdaki yeri, rolü ve statüsünün gerek beden sağlığı gerekse ruh sağlığı üzerine etkili olduğu görülmektedir. Bu faktörler;

- **Mevcut Koşullar:** Gelir durumu, ailenin yaşam biçimi, evin şekli, iş durumu, aile bireylerini etkileyen stresler, hastalıklar, krizler.
- **Bireysel Faktörler:** Doğum sonrası olaylar, kazalar, hastalıklar, çocukluktaki beslenme durumları, genetik, gelişim dönemleri.
- **Ekolojik Faktörler:** Toplumsal değerler, sosyal roller, yaşam biçimi, subkültürel davranış örüntüleri.
- **Felaketler:** Sel, deprem, salgınlar, yangın gibi felaketler bireyin toplum sağlığını etkiler.
- **Olanaklar:** Sağlık hizmetlerine ulaşabilme derecesi, çeşitli patojenlere maruz kalma derecesi, sanitasyon, beslenme, eğitim, eş seçme olanakları, bireyin sigara, alkol, ilaç-madde vb. kullanılması gibi durumlar sayılabilir (12,25).

4.2. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Duygulanım durumu, dünyanın iç ve dış dünya ile olan ilgisini, ilişkisini, çevreye uyumunu olumsuz biçimde etkilerse, başka bir deyişle iç ve dış barışını, ruh sağlığını bozarsa duygulanım bozukluklarından söz edilir (12).

4.2.1. Depresyon:

Depresyon, derin üzüntülü duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren ruhsal bir bozukluktur (41).

- **Epidemiyoloji;** depresyonun toplum örneklemelerinde, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlar için %10-25, erkekler için ise %5-12 arasında olduğu bulunmuştur. Ergen kız ve erişkin kadınlarda erkeklere göre iki kat fazladır. 25-44 yaş arasındaki kadın ve erkeklerde en yüksek orandadır (35).

Major depresif bozukluk yaşam boyu yaygınlığı %15 kadar olan ve hatta kadınlarda %25 kadar yüksek olabilen yaygın bir bozukluktur (22).

- **Etyoloji;** depresyona neden olabilecek etmenler yapay olarak biyolojik, genetik ve psikososyal etmenler olmak üzere üç kısımdan oluşur. Biyolojik etkenler, norepinefrin ve serotonin düzeyinde azalmanın olduğu durumlardır (12,22,35).

Psikososyal etkenler denince yaşam olayları ve bilişsel kuram ele alınır. Depresyonu olan kişilerin toplumsal çevrelerinden dayanak sağlayacak toplumsal becerilerden yoksun oldukları öne sürülmektedir. Bilişsel kuramlar, bilişsel çarpıtmaların ve olumsuz yerleşik düşüncelerin üzerinde dururlar. Kendi benliğine, geleceğine, dünyaya olumsuz bir bakış mevcuttur (22,35).

Duygudurum bozukluklarının ilk ataklarında sonraki ataklara göre atak öncesinde daha sık oranda zorlayıcı yaşam olaylarının görülmesi daha sonra doğrulanmış olan eski bir klinik gözlemdir. Anne babanın 11 yaşından önce kaybı, çocuğunu veya eşini kaybetme, psikoanalitik kuram, Freud'a göre yaşamın ilk yıllarındaki düş kırıklıkları, erişkinlikte gerçek kayıplar ve depresyona yatkınlığı yaşam olayları içinde sayabileceğimiz nedenlerdir (12,22,35).

- **Klinik Belirtiler;**

- Yapılabilen etkinliklerin yapılmasında zorluk çekme.
- Hiçbir şeyden zevk alamama.
- Karar vermekte zorluk çekme.
- Kendini değersiz hissetme.
- Ajitasyon.
- Yorgunluk.

- Karamsarlık.
- Umutsuzluk.
- İlgı kaybı.
- Anksiyete.
- İntihar girişimleri.
- İştahta azalma.
- Uykusuzluk

Olarak sıralayabiliriz (12,35).

- **Gidiş ve Prognoz;** major depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir. Yüksek mortalite ile gider. Yaklaşık %15 intihar ile ölüm olur, psikotik özelliklerin olması prognozun kötü olacağını gösterir (12).
- **Tedavi;** tedavide psikoterapötik yaklaşım uygulanır. Psikoterapötik yaklaşım; destekleyici olup hastanın güveninin kazanılıp sürdürüldüğü yaklaşım şeklidir. Paisodinamik psikoterapi, Bilişsel-davranışçı terapi, ilaç tedavisi ve EKT uygulaması yapılır.

4.2.2. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk:

Kişinin, depresif eğilimlerin yoğun yaşandığı dönemlerle, taşkınlık, coşkunluk olarak tanımlanabilecek mani dönemleri yaşadığı, bu bağlamda Bipolar Bozukluk ya da Manik Atak olarak tanımlanan bir rahatsızlıktır.(6,22).

- **Epidemiyoloji;** yaşam boyu prevalansı %0.7-1.6'dır. Başlangıç yaşı erkeklerde 18, kadınlarda 20, en sık 15-19 yaşları arasında başlamakta, 20-24 yaşları arasında ikinci çıkışı olmaktadır. 12 yaşın altı nadir, 60 yaş üstü olursa organik neden düşünülür. Bipolar bozuklukta yaşam boyu alkol ve madde bağımlılığı riski çok yüksektir (12).
- **Etyoloji;** genetik geçiş (belli bir gen bozukluğu ortaya konmamış), beyin kimyasal ileticileri arasında dengenin bozulması ve psikososyal etkenlerdir.

➤ **Klinik Belirtiler;**

- Duygudurum alanında artmış duyu durum, öfori, irritabilite.
- Bilişsel alanda benlik değerinde artma (megalomani), psişik eksitasyon.
- Konuşma ve hareketin azalması.
- Uyku gereksiniminin azalması.
- Libidoda artma (12,22,35).

➤ **Gidiş ve Prognoz;** bipolar bozukluğu bulunan hastaların major depresif bozukluğu olan hastalardan daha kötü prognozları vardır. Hastaların yaklaşık %40-50'si ilk ataktan sonraki iki yıl içinde ikinci manik atağı geçirirler. Koruyucu lityum tedavisi hastalığın seyri ve prognozunu düzeltmesine rağmen, hastaların yalnızca %50-60'ında belirtilerin kontrolünü sağlamaktadır(22).

➤ **Tedavi;** tedavide birkaç hedef söz konusudur. Birincisi hastanın güvenliği garanti edilmelidir. İkincisi, tam bir tanısal değerlendirme yapılmalıdır. Üçüncüsü, tedavi planı sadece hastanın acil belirtilerini değil, hastanın ileriye dönük iyiliğini de kapsamalıdır. Tedavide; farmakolojik tedavi, EKT ve psikoterapi uygulanmaktadır (12,22,35).

4.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

4.3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu:

Anksiyetenin yaygın ve süregen olarak yaşandığı durumlardır. Kişi nedeni belirsiz bir endişe, kötü bir şeyler olacağı korku ve beklentisi içindedir. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamaz ve günlük olaylar karşısında bile yoğun Anksiyete yaşanır (12).

Anksiyete, tehtide göre orantısız, gelecek yönelimli, hem öznel, hem de nesnel bedensel yönleri olan, gerçekten nahoş ve olumsuz bir emosyonel haldir (35).

➤ **Epidemiyoloji;** ayırıcı tanının güçlüğü nedeniyle kesin rakamlar vermek mümkün değildir. Yıllık prevalans oranı %3, yaşam boyu prevalans oranı

yaklaşık % 5'tir. Epidemiyolojik araştırmalarda erkek kadın oranı 2/3'tür. Bazı çalışmalar bu oranı 1/2 olarak vermektedir (22,34).

➤ **Etyoloji;** limbik sistemde; GABA, serotonin veya norepinefrin nörotransmitterlerinde düzensizlikler bu bozukluğa neden olabilir. Kalıtsal ve çevresel etkenler etiyolojide rol oynamaktadır. Bunun yanında psikolojik etkenler de bulunmaktadır (12,22,35).

➤ **Klinik Belirtiler;**

- Psikostimulanların seyrek kullanılması.
- Bellekte bilişsel bozulmalar.
- Anlama, hesaplama güçlüğü.
- Madde kullanımı (22).

➤ **Gidiş ve Prognoz;** anksiyetenin birinci tıbbi nedenin tedavi edilmesi ya da ortadan kaldırılması anksiyete bozukluğu belirtilerinde düzeltmeyi başlatır. Bazı durumlarda ise birinci etken tedavi edilse bile hastalık durumu devam eder(22,35,41).

➤ **Tedavi;** ilaç tedavisinde anksiyolitik ilaçlar ve anti anksiyete etkisi olan antidepressan ilaçlar kullanılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapileri ve gevşeme teknikleri anksiyete tedavisinde etkindir (22,35).

4.3.2. Panik Bozukluk:

Ne zaman geleceği kestirilemeyen, geldiğinde dehşet duygularının yaşandığı, dakikalarla sınırlı, anksiyetenin fiziksel belirtilerinin yoğun olarak eşlik ettiği, kişinin sosyal yaşamını önemli ölçüde kısıtlayan bir bozukluktur. Panik atak, 13 bedensel veya bilişsel belirtiden en az dördünün eşlik ettiği yoğun bir korku veya rahatsızlık durumudur (12). Beklenmedik panik atakları, hiçbir neden olmaksızın aniden ortaya çıkar ve herhangi bir tetikleyici etkenle kesinlikle ilişki bulunmaz (22,35).

➤ **Epidemiyoloji;** panik bozukluğun yaşam boyu görülme oranı %1.5-2.5'dir. Panik bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığı %3-4'tür. Kadınlarda erkeklere

oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Boşanma veya ayrılık panik atak riskini arttırmaktadır (22,41).

➤ **Etyoloji;** bazı kimyasal maddeler yani laktat, kafein vs. panik atakları olan bireylerde atak başlatmaktadır (35). Genetik, hiperventilasyon atak oluşturan etkenlerdendir (12,22,35).

➤ **Klinik Belirtiler;**

- Çarpıntı, kalp atımlarının artma.
- Terleme, titreme.
- Nefes darlığı.
- Soluğun kesilmesi.
- Göğüs ağrısı.
- Bulantı ya da karın ağrısı.
- Baş dönmesi ya da sersemlik hissi.
- Ölüm korkusu.
- Paresteziler.
- Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları (35).

➤ **Gidiş ve Prognoz;** ergenliğin son dönemleri ile otuzlu yaşlar arasında başlar. 45 yaş üstünde görülmesi tıbbi bir durum veya madde kullanımına bağlıdır. Hastalık kronik seyirli olmakla birlikte, uzun süreli gidişi iyidir. Hastaların %40'ın iyileştiği, %40'ının ufak belirtilerle yaşantısını devam ettirdiği, %20'sinde ise hastalığın devam ettiği belirtilmektedir (35,41).

➤ **Tedavi;** farmakolojik tedavi ve psikoterapötik tedaviler uygulanmaktadır (35).

4.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk:

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonların ve/veya kompulsiyonların tabloya egemen olduğu ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon (saplantı) kişinin rahatsız edici bulduğu, girici, sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan motor veya mental eylemlerdir (35,41).

- **Epidemiyoloji;** OKB'nin yaygınlığı ile ilgili eski çalışmalar klinik verilere dayanmakta ve bozukluğun oldukça seyrek olduğunu göstermektedir. Çünkü OKB olan hastalar durumları çok ilerlemeden doktora başvurmamaktadırlar (22,35).

OKB'de kadın erkek oranı 1.2-1.8'dir. Bozukluk ortalama olarak 21 yaş civarında başlar. %65'inde bozukluk 25 yaşından önce başlar, %15 kadarında 35 yaşından sonra başlar (22,35).

- **Etyoloji;** obsesif kompulsif bozukluğun etyolojisine baktığımızda, biyolojik etkenler, genetik etkenler, psikodinamik etkenler ve davranışsal etkenler etkindir (22,35).

- **Klinik Belirtiler;**

- Aşırı düzenli olmak.
- Titizlik.
- Kusursuzculuk.
- Kuralcılık.
- Aşırı sorumluluk duygusu.
- Cimrilik.
- Eski eşyaları atamama.
- Ayrıntıcılık.
- Kuruntulu olma eğilimi (35,41).

- **Gidiş ve Prognoz;** OKB'li hastaların yarısında belirtiler aniden başlar. Hastaların %50-%70'inde belirtilerin başlangıcı gebelik, cinsel bir sorun yada bir yakınının ölümü gibi stresli bir olay sonrasında rastlanmaktadır (22).

Belirtiler hastaların %20-%30'unda önemşi ölçüde düzelme gösterir. %40-%50'sinde orta derecede düzelme görülür. %20-%40'ında düzelme olmaz, aksine kötüye gidiş görülür (22,35).

- **Tedavi;** Obsesif Kompulsif Bozukluğun tedavisinde, ilaç tedavisi, davranış terapisi ve psikoterapi kullanılmaktadır (27).

4.3. STRES

Latince’de ‘Estrictia’ kelimesinden türemiş olan stres kavramının Webster Sözlüğü’nde isim olarak sekiz, fiil olarak ise dört farklı anlamı vardır. İsim olarak ilk anlamı; zorlanma, gerilme ve baskıdır. Kavram 17.yüzyılda felaket, dert, keder, elem, bela, musibet gibi anlamlarda kullanılırken, 18. Ve 19. Yüzyıllarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik olan güç, baskı ve zorlama gibi anlamlarda kullanılmıştır. Dolayısıyla stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisiyle biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Stres kavramı; bilinçaltının tehdit edici veya zorlayıcı olarak algıladığı olay ve etkinliklere karşı vücudun gösterdiği doğal tepkidir (30). Bir başka ifade ile bireyin, fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı gayrete “stres” denir.

Stres tepkisi, ortamda ne olduğuna bağlı olarak değil, insanın ona nasıl tepki verdiğine bağlı olarak ortaya çıkar. Hissettiğimiz her şey düşündüğümüz şeylerle paralellik göstermektedir. Bu nedenle stres belirli olayın etkileşiminden ortaya çıkar. Yani olay tek başına bir etkileyici değildir. Burada kilit nokta, o belirli durum ile o belirli kişi arasındaki işlemdir (31).

“Baş etme”, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır (16). Bireyler başa çıkma stratejilerini değişik şekillerde geliştirebilmektedirler. Bunlar araştırmacılar tarafından problem çözmeye yönelik aktif ve duygusal odaklı başa çıkma olarak tanımlansa da, sosyal desteğe başvurma, kaçınma, kabul, bastırma, bilişsel yeniden yapılandırma, duygusal ifadelendirme v.b. özel alt boyutlarda da ele alınabilmektedir.

Farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan strese karşı vücut, çeşitli savunma mekanizmalarıyla cevap vermeye çalışır. Vücudun strese karşı geliştirdiği bu

mekanizmalar, aynı zamanda stresin birey üzerindeki sonuçlarıdır. Stres sürekli hale geldiği zaman, gerginliğe dönüşür ve gerginlik durumunda insan vücudu değişik aşamada strese karşı tepki gösterir (47).

Stres yaşantısının erken belirtisi özellikle başta, ensede, sırtta ve omuzda kas sertleşmesi, uzun dönemde hazımsızlık, ülser başlangıcı gibi sindirim sistemi sorunlarıdır. Bunlara ek olarak; terleme, nefes darlığı, tansiyon yükselmesi, yorgunluk, alerji, mide bulantısı da stresle tetiklenen tepkilerdendir(40).

Stresle başa çıkma mekanizmaları stres sonrası ortaya çıkan gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (40).

Stresi meydana getiren olaylar stresör olarak tanımlanır. Stresörler; fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç grupta toplanır.

- Fiziksel stresörler: travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, cerrahi girişim vb.
- Sosyal stresörler: çevre faktörleri, kültürel değişimler vb.
- Psikolojik stresörler; hayal kırıklığı, izolasyon vb (40).

Organizmanın tehdit karşısında olduğu stres durumunda insanlarda hem bedensel hem de psikolojik anlamda bir dizi olay meydana gelir. Bedensel düzeydeki değişikliklerin bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmesine karşılık, psikolojik düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel şartlara bağlı bir çok değişiklik gösterir (48).

Stres; alarm, direnç ve tükenmişlik olmak üzere üç dönemli bir süreçtir. Alarm tepkisinde; otonom sinir sistemi faal bir duruma geçer ve salgı bezlerini uyararak kana bol miktarda adrenalin ve onun etkisi altında ortaya çıkan diğer biyokimyasal maddeleri pompalar. Salgıların etkisi ile vücut alarm durumuna geçer ve ortaya çıkacak acil durumlarla uğraşmaya hazırlanır. Stres veren uyarıcı ortam devam ederse direnç dönemi başlar. Direnç döneminde organizma alarm tepkisini ortadan kaldırır, stresli ortama uyum

yapar ve kandaki biyokimyasal maddeleri geri çeker. Organizma normal koşullar altındaymış gibi görünse de yorularak direncini kaybeder. Tükenme döneminde ise beden artık stresin baskısına dayanamaz, direncini kaybeder ve hastalıklar ortaya çıkar (17).

4.4.1. Stresin Belirtileri

- Kalp vuruş sayısının artması
- Kan basıncının yükselmesi ve solunum sayısının artması.
- Kas geriliminin artması.
- Sindirim sisteminin çalışmasının yavaşlaması.
- Göz bebeklerinin büyümesi.
- Depolanmış şekere ve yağın kana geçmesi
- Kanı pıhtılaştıran mekanizmaların işlerlik kazanması gibi belirtileri vardır (50).

4.4.2. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Hovanitz'in (1986) belirttiği gibi "stres" 1960'lı yıllarda önemli yaşam olayları üzerine yapılan araştırmalarda çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkisi kurulan bir kavramdır. 1970 yıllarında stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek, bir ara değişken aranmış ve Freud'un "savunma mekanizmaları" yeniden gözden geçirilerek "Başa Çıkma" kavramı ortaya atılmıştır. Stresli durumlarda kullanılan ya da depresyon, psikosomatik sorunlar gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili görülen bu "Başa Çıkma" mekanizmalarını belirleyici rolü Billings ve Mous (1981); Coyne; Aldvin ve Lazarus gibi araştırmacıların dikkatini çekmiş ve bu konuda birçok araştırma yapılmıştır (48).

Bireyin stres yaratan durumlarla uğraşma sürecine başa çıkma denir. Başa çıkma davranışları, duygusal gerilimi azaltma amacıyla gösterilen duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Akbaba ve Gözüm 1998, Atkinson ve Atkinson 1995). Stresle başa çıkma ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (40).

Çeşitli stresle başa çıkma yolları vardır. Bunlar stres kaynağını ya da strese neden olan çevreyi değiştirmeye ya da ortadan kaldırmaya çalışma anlamında problem merkezlidir, savaş ya da kaç tepkisini harekete geçirir. Diğer durumda stresörün olumsuz sonuçlarını düzenleme ya da kendi üzerindeki önemliliğini değiştirme girişimi içinde duygu merkezli olabilir. Kişi kendini yetersiz bulduğu durumlarda belirlemeye başlayan anksiyete duygusundan kurtulabilme amacıyla savunmaya yönelik tepkiler geliştirir. Savunmaya yönelik tepkiler zorlanma karşısında uyum sağlamaktan çok içinde bulunan güç durumun yaratabileceği anksiyeteyi ve psikolojik dağılmayı engelleyici bir amaç taşırlar (48).

Stresle başa çıkma yolları bedenle, zihinle ve davranışla olmak üzere üç grupta toplanır. Bedensel olarak stresle başa çıkma yollarında; gevşeme teknikleri, değişik beden egzersizleri ve beslenme biçimleri yer alır. Zihinsel başa çıkma yolları, uyumsuzluğa yol açan inançlarla uğraşma ve zihinsel düzenleme tekniğini içerir. Davranışsal baş etme yolları; davranış biçiminin değiştirilmesi, güvenli girişkenlik davranış eğitimi ve zaman düzenlemesini içerir. Bireylerin olayları anlamlandırması, değerlendirmesi ve yönlendirmesi stresi azaltma ve çoğaltmada temel faktördür (17).

Stresle baş etme, stres sonrası ortaya çıkan gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir.

4.4.3. Stres Yönetme Teknikleri

Stresle baş etmede bireyin kendinin yapacağı stres yönetme teknikleri; solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, biofeedback, hipnoz, yoga, meditasyon olarak sıralanmaktadır.

Solunum egzersizleri; stres altında olan bireyin oksijene olan ihtiyacı arttığından nefes alma ile vücudumuza hava ve oksijen girmektedir. Stres altında nefes hızlı alınıp verilirken gevşeme anında bu durum değişiklik göstermektedir. Solunum egzersizinde amaç nefesin hızlı değil yavaş alınıp verilmesini sağlamaktır (26).

Gevşeme teknikleri; stres yaratan sorunu çözümlenecek enerjiyi kazanabilmek için kasların ve zihnin gevşemesi, beynin oksijenlenmesi gereklidir. Kasların ve zihnin gevşemesi merkezi sinir sistemi aktivitesini yavaşlatır, metabolizmanın yavaşlamasını, solunumun rahatlamasını sağlarken kan basıncının yükselmesi de önlenir. Kasları ve zihni gevşetmenin temel üç ögesi; zihni tek noktaya yoğunlaştırmak, omuz, baş, çene ve diğer kasların gerginliğini azaltmak, uygun nefes alma (karın solunumu) için bilinçli kas gevşetme, rahat bir pozisyonda, gözler kapalı, eller karnın üzerinde, burundan 4'e kadar sayarak derin nefes alıp ağızdan nefes vermek, 8 kez ritmik nefes aldıktan sonra boyun ve çeneyi gevşetmek, yutkularak boğazın yumuşamasını sağlamak, dik oturarak çeneyi göğüs üzerine düşürüp, gevşek şekilde kaldırmak, başı iki yana yatırıp kaldırmak, baş ile daire çizmek ve bu hareketleri tekrarlı yaparken bir objeye ya da nefes saymaya yoğunlaşmak gevşemeye yardımcı olacak tekniklerdendir (7,26).

Biofeedbackde; insanın bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği normal ve normal dışı fizyolojik tepkiler bir araç yardımı ile bilinçli duruma getirilir. Bir eğitim programı içinde cilt sıcaklığı, terleme, kalp atışı, beyin stres düzeyi gibi fizyolojik tepkiler görünür, işitilir duruma getirilir. Deriye veya başa bağlı elektrotlarla bu durum sağlanır. Böylece kişi aynı duygu ve düşünceleri ile bedeninde ne gibi bir değişiklik olduğunu fark eder, bedenini ve ruhunu denetlemeye çalışır (26).

Hipnoz; kişinin kendi kendini hipnotize etmeyi öğrenmesi ve hipnotik durum içerisinde kendisini düzeltmeye çalışmasıdır. Kişi eğitim programı sonucu bir anahtar kelime veya işaretle hipnoza girip gevşemeyi sağlar, faydalı telkinlerde bulunur, rahatlamış ve güçlenmiş olarak uyanır (26).

Yoga; düşüncelere parlaklık vermek, dünya görüşlerini yenilemek, insanı kötü arzularından uzaklaştırmak ve bencillikten vazgeçirmek amacını taşır. Beden üzerinde kontrol sağlayarak, uzun süreli düşünüş ve trans oluşturarak kişiyi huzur ve sükunete kavuşturmayı hedefler (26).

Meditasyon; kiři özel ve rahat bir oturma pozisyonunda belirli kelimeleri tekrarlayarak dūřuncelerini bir noktada toplamaya çalıřır. Zihnini tamamen bořaltması beklenir. Dūřünce ve duyguların aktif olarak mūdahale edilmeden geçiři saęlanır (k4).

Stresi azaltmada başka yardımcı yollarda kullanılabilir. Kiři sıkıntısını bir başkasıyla paylaşarak rahatlama yoluna gidebilir. Dinleyicinin gūvenilir, ilgili, iyi bir dinleyici olması önemlidir. Dini inanca sahip olanların dua ederek huzur bulmaları ya da meşguliyet sağlamak için bireyin kendine uğraşılar bulması stresi azaltan faktörlerdendir (26).

4.5. YAŞAM KALİTESİ:

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireylerde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır (10)

Yaşam kalitesi kavramı yaşamın pek çok boyutunu içeren geniş kapsamlı karmaşık bir kavramdır (8,14,36). Bireyin sağlıkla ilgili olmayan ve sağlık durumu hakkında nasıl hissettiğinin subjektif bir algılamasıdır (8,13,46). Yaşam kalitesi kavramı, bireysel bakışla, bireyin yaşamı hakkındaki hisleri, sağlıkla ilişkili veya ilişkili olmayan değerleri, emosyonel, sosyal fonksiyonlar, aile ve arkadaş ilişkilerini içerir (45).

Sağlık bakım kavramı içinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, bireyin yaşam kalitesine sağlığının etkilerinin anlaşılması gerekir (8). Bundan dolayı önem kazanan sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi kavramı da yaşam kalitesi gibi çok boyutlu bir kavram olup, hastalığın fiziksel semptomlarını, psikolojik etkilerini, bireyin fonksiyonel durumunu ve sosyal fonksiyonlarını içerir (36,45).

Yaőam kalitesi, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gūndemde olmakla beraber bu kavramın psikiyatride yer edinmesi oldukça yenidir. Toplumda yaőayan kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde, yaőam kalitesi çalışmaları 1980’lerden sonra başlamıştır ve 1980’li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaőam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Ruhsal bozukluklarda yaőam kalitesi, konsūltasyon-liyezon psikiyatrisinde ilk olarak araştırma alanı bulmuş,

bunu duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, ağır bozukluklar izlemiştir (20,38).

Yaşam kalitesi kavramı, çok kapsamlı olarak değerlendirilmekle birlikte, Katschnig (2000) yaşam kalitesinin temel olarak birçok boyut içerdiğini belirtmiştir. Bunlar; bireyin kendisini iyi hissetme hali, yaşam doyumu, günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri, dış kaynaklar ve sosyal desteklerdir (15,19).

Bireyin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, fiziksel iyilik hali, mental durumu, sosyal ve emosyonel fonksiyonları, kültürel değerleri, sosyal destek sistemleri, hastalığının ve tedavisinin etkilerinden, yan etkilerinden etkilenir (36,46).

Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır (20). Bu tanımlama içinde yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde kavrayış biçimidir. Yaşam kalitesi, "kişisel tatmin"i ifade eder ve kişinin beden sağlığı, psikolojik durumu, iyilik hali, sosyal etkileşimleri, işlevselliğin yeterliliği, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, nesnel olarak ise sosyal işlevlerini, günlük etkinliklerini ve bedensel sağlığını içermektedir (7).

Yaşam kalitesi kavramının hem subjektif hem de objektif boyutu vardır. "Kendini iyi hissetme", "yaşamdan doyum sağlama" ve "mutluluk" gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının subjektif boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki deneyimlerini ve var olan şartların algısını göstermektedir. "Bağımsız yaşayabilme", "kişilerarası ilişkiler", "üretken olma" gibi ifadeler ise objektif göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları, yaşam tarzını yansıtır. Bağlantılı olarak, yaşam kalitesi tayininde, subjektif (hastanın kendi değerlendirmesi) ve objektif (uzman derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların subjektif ve klinisyenin objektif algılaması birbirinden oldukça farklıdır ve objektif ve subjektif değerlendirme arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu değildir (42).

Yaşam kalitesi sözcüğünün bilimsel tıbbi dergilerde yazılı olarak ilk kez kullanılışı 1966 yılında olmuştur. Bu kavram daha sonra çeşitli antihipertansif sağaltımlarını işlevsellik iyilik hali ve yaşam memnuniyeti açısından karşılaştırılmasında kullanılmıştır (24). Ruhsal hastalıkların yaşamın sosyal, mesleki, fiziksel ve psikolojik alanları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu nedenle ruhsal hastalıklar ve yaşam kalitesi gittikçe artan bir öneme sahiptir. DSM-IV de yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yeri ve tedavi etkinliğindeki önemi vurgulanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) (21).

Yaşam kalitesinin boyutları iki kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlıktır. Kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme boyutları bulunmaktadır.

4.6. STRESLE BAŞ ETME ve YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, durumu değiştirme ya da duruma verilen tepkileri değiştirmeye “stres yönetimi” denir. Bu yöntemler; çevresel, zihinsel ve fiziksel olmak üzere üçe ayrılır.

Stres yönetiminde önemli olan etkili yöntemleri kullanmaktır. Stres yönetiminde birçok kişi etkisiz yöntemler kullanır. Bunların arasında; çevresel stresörlere verilen saldırgan tepkiler, zihinsel yöntemler arasında yer alan bilişsel çarpıtmalar ve savunma mekanizmalarının yoğun kullanımı, fiziksel yöntemlerden ise ilaç, uyuşturucu ve uyarıcı madde, alkol kullanımı sayılabilir. Bu yöntemler, strese yol açan uyarıcı üzerinde etkili olmadığı gibi, bizim bunlara verdiğimiz tepkilerin yaşam kalitemizi artırma yönünde şekillenmesine de izin vermezler. Ayrıca bunlar fiziksel sağlığımızı tehdit eden ve psikolojik olarak da çökkünlük noktasına gelmemize yol açabilecek etkisiz yöntemlerdir. Etkili yöntemleri çevreye, zihne, bedene ve aynı anda pek çok düzeye yönelik olarak adlandırabiliriz. Stresle baş etmede iki yol vardır: Durumu değiştirmek ya da duruma gösterilen tepkileri değiştirmek (7).

Yaşam kalitesi öznel bir konu olduğu ve gözlenemediği için bunu temsil eden göstergelerle ölçülür. Bu göstergeler;

1. Gözlemsel bilgiler.
2. Kan testleri gibi fizyolojik göstergeler.
3. Alkol bağımlılığı, intihar oranları gibi davranışsal göstergeler.
4. Kendini ifade etme, olarak belirlenmektedir (54).

Stresle baş etme yöntemlerini uygun şekilde kullanabilmek kişilerin yaşam kalitesini büyük ölçüde artırır.

Anksiyete ve depresyon gibi psiko-sosyal faktörlerin bireylerin yaşam kalitesini azalttığını ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Sosyal destek yetersizliği de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlıklı bireylerde sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği Arkar ve arkadaşlarının çalışmasında algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (39).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır. Yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi; aile, iş yaşamı ve sosyo ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları, bireyin günlük yaşamdan aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Yaşam kalitesi ölçütleri tüm bunları içinde barındırırken, bireylerin yaşam kalitesini belli bir seviyede tutmaları da önemlidir (3,11).

Bireylerin yaşam kalitelerini koruyabilmeleri, stresle baş etme yöntemlerini ne derece etkin kullandıkları ile bağlantılıdır. Çünkü stresle baş etme yöntemlerinin etkinliği kişinin hastalık derecesine gelmeden sorunlarının üstesinden gelmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olan kişilerin yaşam kalitelerinde sorunlar yaşanmaz.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma İstanbul il sınırları içinde Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin stresle baş etme yöntemleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri İstanbul ilindeki Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir numaralı Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalardan Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında toplandı. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2006 yılında açılmıştır ve 450 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede hizmet veren Poliklinikler: Pediatri (Çocuk Hastalıkları), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroşürürji (Beyin Cerrahi), Kardiyovasküler (Kalp-Damar Cerrahi), Psikiyatri, Enfeksiyon, Kulak Burun Boğaz, Dahiliye (İç Hastalıkları), Göz Hastalıkları, Nöroloji, Kadın Doğum, Ortopedi, Kardiyoloji (Kalp Hastalıkları), Göğüs Hastalıkları, Hariciye (Genel Cerrahi), Dermatoloji (Cilt Hastalıkları), Plastik Cerrahi ve Göğüs Cerrahisidir.

Çalışmanın yapıldığı psikiyatri polikliniği beş poliklinik odasından oluşmaktadır. Her bir poliklinik hekimi hafta içi her gün ortalama 30 hasta bakmaktadır. Her hekimin bir sekreteri olup Psikiyatri polikliniğinde hemşire çalıştırılmamaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir numaralı psikiyatri polikliniğine başvuran 600 birey oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise bir numaralı polikliniğe başvuran, ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerden, basit rastlantısal yöntemle seçilen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan 200 birey oluşturdu.

5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvurmak.
- Ruhsal bozukluk tanısı almış olmak.

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- Soruları cevaplayabilecek düzeyde olmak.
- İletişim kurabilmek.

5.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sosyo demografik bilgi toplama formu (Ek 10.2), Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) (Ek 10.3) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 10.4) kullanıldı.

5.4.1. Bilgi Formu

Veri toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedavileri ile ilgili bilgileri içeren 19 soruluk anket formudur (43).

5.4.2. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ):

Rosenbaum tarafından geliştirilen Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, davranışsal problemlerin çözümünde kullanılan kendini kontrol becerilerine sahip olma eğilimini ölçmektedir. Ölçeğin Türkiye'ye uyarlama çalışmaları Siva (1991) tarafından yapılmıştır (52).

Ölçek, 5'li derecelendirmede 36 madde içermektedir. Maddelerin 11 tanesi ters maddedir. Ters madde olan sorular 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 ve 35. sorulardır. Ölçekten alınabilecek puanlar 36 ile 180 arasında değişmektedir. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine, diğer bir deyişle; ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığını işaret eder. Yüksek puan yüksek düzeyde öğrenilmiş güçlülük bildirmektedir. Siva (1991), 100 kişi üzerinde yaptığı çalışmada güvenilirlik katsayısını 0.79 bulmuştur(52). Bu çalışmada güvenilirlik katsayısı 0.78 olarak bulundu.

5.4.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan yaşam kalitesi ölçeği Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ülkemizde bu süreç Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi projesine Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamıştır. SF-36'nın Türkçe için bedensel hastalığı (romatizmal hastalığı) olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından tamamlanmıştır (53). SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (51).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran ve romatizmal hastalığı olan 100 hasta (50 kronik bel ağrısı ve 50 osteoartrit) ile yürütülmüştür. SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.73-0.76 arasında değerler elde edilmiştir (51). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.70-0.77 olarak bulundu.

5.5. Veri Toplama Araçlarının Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1 – Veri Toplama Araçlarının Ortalama Standart Sapma Güvenilirlik Katsayıları.

ÖLÇEKLER	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach's Alpha İç Tutarlılık
RÖGÖ puan	106.35	22.55	0.78
SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach's Alpha İç Tutarlılık
Fiziksel Fonksiyon	56.15	29.40	0.74
Fiziksel Rol Güçlüğü	37.62	38.74	0.71
Ağrı	49.37	22.78	0.73
Genel Sağlık	43.39	18.31	0.74
Enerji	40.30	20.04	0.73
Sosyal Fonksiyon	48.71	24.81	0.73
Emosyonel Rol Güçlüğü	33.99	38.58	0.70
Ruhsal Sağlık	43.12	14.33	0.77
Toplam puan	88.19	15.54	0.76

5.5. Verilerin Toplanması

Bilgi formu, RÖGÖ ve SF_36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izinler alınarak (Ek 10.1), belirtilen tarihler arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir numaralı psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerden sözel izinler alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek gerçekleştirildi. Anket ve ölçekler için ayrılan süre ortalama 30-35 dk.'dır.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 12.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan Yüzdeler, Ortalama ve Standart sapma kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. İki değişkenin birbirleri ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma grubunun stresle baş etme durumu Rosenbaum'un Güçlülük Ölçeğindeki 36 soru ve yaşam kalitesini değerlendirme SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ndeki 36 madde ve maddelere verilen yanıtlarla sınırlıdır.

Araştırmada elde edilen bulgular, araştırma kapsamındaki hastanenin bir numaralı psikiyatri polikliniğine başvuran, iletişim kurabilen ve araştırmayı kabul eden bireylerle sınırlıdır.

5.8. Araştırmanın Zorluğu / Güçlüğü

Çalışma İstanbul'da bir devlet hastanesinde yapılmış olup anketler karşılıklı görüşme yoluyla uygulanmıştır. Bilgi formu, Rosenbaum'un Güçlülük Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni yanıtlama süresi yaklaşık 30-35 dk süre ayarlanmış fakat bazen bu süre uzamıştır. Bunun nedenleri;

- Anketler uygulanırken fiziksel ortamın uygun olmaması.
- Anketlerin uygulama zamanının çalışma saatleri içerisinde olması.

- Bireylerin bilgi formu soruları ve ölçek sorularını fazla bulmalarından kaynaklanan sıkıntılardır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirildiği Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Etik kurulu tarafından yazılı izin alındı (Ek 10.1). Araştırmaya alınma kriterine uygun hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, sözlü onamları alındı.

6. BULGULAR

Çalışmanın verileri Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir numaralı Psikiyatri polikliniğine başvuran 200 kişiden elde edildi.

Çalışmada yer alan bulgular beş ana başlıkta incelendi.

- 6.1.** Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgileri,
- 6.2.** Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bilgileri,
- 6.3.** RÖGÖ ile İlgili Bulgular,
- 6.4.** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile İlgili Bulgular.
- 6.5.** RÖGÖ ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.

6.1. RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİ

Tablo 2 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 200)

Sosyo Demografik Özellikler		n	%
Hasta Yaşı	(Ort ± SS yıl) 34,07 ± 10,56	Min-Max 16 – 63	
Hasta Cinsiyeti	Kadın	148	74.0
	Erkek	52	26.0
Öğrenim Durumu	Okur – Yazar Değil	8	4.0
	Okur Yazar	3	1.5
	İlkokul	92	46.0
	Ortaokul	33	16.5
	Lise	50	25.0
	Üniversite	13	6.5
Medeni Durumu	Evli	138	69.0
	Bekar	37	18.5
	Dul	25	12.5
Çocuk Sahibi Olma	Var	147	73.5
	Yok	53	26.5
Aile Tipi	Çekirdek	136	68.0
	Geniş	64	32.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	65	32.5
	Çalışmıyor	135	67.5
Mesleğiniz	Ev Hanımı	102	51.0
	Devlet Memuru	12	6.0
	Serbest Meslek	69	34.5
	Öğrenci	11	5.5
	İŐsiz	6	3.0
Maddi Durum	Çok İyi	6	3.0
	İyi	39	19.5
	Yeterli	102	51.0
	Yetersiz	53	26.5
Sosyal Güvence Durumu	Var	186	93.0
	Yok	14	7.0
Sosyal Güvence Türü	Yeőil Kart	14	7.0
	Emekli Sandığı	9	4.5
	SSK	137	68.5
	Bağ-Kur	26	13.0

Tablo 2’de görüldüğü gibi; örneklem grubunun yaş ortalamaları 34,07 ± 10,56 yıl (16-63 yaş), %74’ü (n=148) kadın ve %46’sı (n= 92) ilköğretim mezunudur. Bireylerin %69’u (n=138) evli, % 73,5’i (n=147) çocuk sahibi, %68’i (n=136) çekirdek aileye sahip

ve %67,5'i (n=135) çalışmamaktadır. Mesleklerine bakıldığında %51'i (n=102) ev hanımı, %34,5'i (n=69) serbest meslek grubundandır.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin, %51'inin (n=102) maddi durumu yeterli, %93'ünün (n=186) sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvencesi olanların %68.5'inin (n=137) sosyal güvence türü SSK'dır.

6.2. RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN TANI ve TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİ

Tablo 3 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tanı ve Tedavi Durumunun Dağılımı (N= 200)

Bireylerin Tanı ve Tedavi Durumu		Sayı (n=200)	Yüzde (%)
Tanı	Depresyon	150	75
	Bipolar Bozukluk	14	7
	Anksiyete	23	11.5
	Panik Atak	5	2.5
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	8	4
Şikayet Türü *	Sıkıntı	117	58.5
	Ağlama	13	6.5
	Uykusuzluk	13	6.5
	Bayılma	3	1.5
	Baş Ağrısı	29	14.5
	Sinirlilik	18	9.0
	Korku	7	3.5
Tedavi Görme Durumu	Evet	163	81.5
	Hayır	37	18.5
Tedavi Türü	İlaç	107	53.5
	Terapi+İlaç	54	27.0
	Şok+İlaç	2	1.0
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	74	37.0
	Hayır	126	63.0
Tedavi Süresi	(Ort ± SS hafta) 103.13 ± 171.49	Min-Max: 0 - 780	
Yatış Sayısı	(Ort ± SS hafta) 1.59 ± 1.07	Min-Max: 1 - 7	

*Birden fazla yanıt verildi.

Tablo 3 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin %75'i (n=150) depresyon, %11.5'i (n=23) anksiyete tanısına sahiptir. Bireylerin %58.5'inin (n=117) başvurma nedeni sıkıntı, hastanede tedavi görenlerin oranı ise %81.5 (n=163)'tir. Bireylerin %53.5 (n=107)'inin tedavi şekli ilaç tedavisidir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastanede yatışı yapılmayanların oranı; %63 (n=126), tedavi sürelerinin ortalaması 103,13 ± 171,49 (0 – 780 Hafta) ve hastaneye yatış sayılarının ortalaması (Ort ± SS hafta) 1,59 ± 1,07 olarak bulundu.

6.3. RÖGÖ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 4 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile RÖGÖ Puanının Karşılaştırılması (N= 200)

Sosyo-Demografik Özellikler		RÖGÖ			
		n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Cinsiyet	Kadın	148	97.74	-1.13	0.25
	Erkek	52	108.35		
Öğrenim durumu	Okur Yazar Değil	8	51.56	10.04	0.07
	Okur Yazar	3	74.50		
	İlkokul	93	107.72		
	Ortaokul	33	93.39		
	Lise	50	96.09		
	Üniversite	13	120		
Medeni durum	Evli	138	102.58	0.82	0.66
	Bekar	37	92.88		
	Dul	25	100.32		
Çocuk	Var	147	103.61	-1.26	0.20
	Yok	53	91.88		
Aile Tipi	Çekirdek aile	136	103.62	-1.11	0.26
	Geniş aile	64	93.88		
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	107,99	-1.27	0.20
	Çalışmıyor	135	96,89		
Gelir Durumu	Çok iyi	6	113.58	0.71	0.86
	İyi	39	97.91		
	Yeterli	102	102.58		
	Yetersiz	53	96.92		

X² KW: Kruskal Wallis testi

Tablo 4’de; ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsiyetleri ile Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlölük Ölçeği Puanı karşılaştırıldığında herhangi bir anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Erkeklerin Rosenbaum’un Öğrenilmiş güçlölük ölçeği puanının kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öğrenim durumları ile Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlölük Ölçeği Puanının Karşılaştırılması sonucunda anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Ancak üniversite mezunu olanların puanı en yüksek iken, okur-yazar olmayanların puanı en düşük puana sahiptir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin medeni durumları ile Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlölük Ölçeği Puanı karşılaştırıldığında; herhangi bir anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Rosenbaum’un Öğrenilmiş güçlölük ölçeği puanında, evlilerin puanının bekarlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Buna göre evli kişilerin stresle baş edebilme düzeyleri bekarlara göre daha fazladır.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olma, aile tipi, çalışma durumları ve gelir durumları ile Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlölük Ölçeği Puanı karşılaştırıldığında; herhangi bir anlamlılığa rastlanmadı. Ancak çocuk sahibi olanların stresle baş etme yeteneklerinin, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışan bireylerin Rosenbaum’un Güçlölük Ölçeği puanının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Gelir durumu çok iyi olanların Rosenbaum’un Güçlölük Ölçeği puanının yüksek olduğu saptandı.

Tablo 5 - Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tanı ve Tedavi Durumu ile RÖGÖ Puanının Karşılaştırılması (N= 200)

Tanı ve Tedavi Durumu		RÖGÖ			
		n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Tanı	Depresyon	150	104.54	8.02	0.09
	Bipolar Bozukluk	14	77.11		
	Anksiyete	23	106.17		
	Panik Atak	5	49.40		
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	8	81.25		
Şikayet Türü *	Sıkıntı	117	102.95	4.81	0.56
	Ağlama	13	105.77		
	Uykusuzluk	13	73.69		
	Bayılma	3	82.00		
	Baş Ağrısı	29	109.76		
	Sinirlilik	18	89.58		
	Korku	7	97.21		
Tedavi Görme Durumu	Evet	163	98.84	-0.85	0.39
	Hayır	37	107.81		
Tedavi Türü	İlaç	107	81.78	0.84	0.65
	Terapi+İlaç	54	83.54		
	Şok+İlaç	2	52.50		
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	74	93.41	-1.32	0.18
	Hayır	126	104.67		

X² KW:Kruskal Wallis testi

Tablo 5 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin tanı ve tedavi durumu ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Puanının Karşılaştırılması sonucunda; istatistiksel olarak anlamlılığa rastlanmadı (p>0,05).

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Hastaneye Yatışı ile Rosenbaum'un Güçlülük Ölçeği puanı arasında anlamlılığa rastlanmadı. Ancak hastaneye yatmayanların stresle baş etmelerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

6.4. SF-36 YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 6 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama sıra derecesi	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	148	97.24	-1.34	0.17
	Erkek	52	109.78		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	148	102.08	-0.68	0.49
	Erkek	52	96.01		
Ağrı	Kadın	148	96.47	-1.66	0.09
	Erkek	52	111.96		
Genel Sağlık	Kadın	148	96.09	-1.81	0.06
	Erkek	52	113.04		
Enerji	Kadın	148	97.25	-1.34	0.17
	Erkek	52	109.76		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	148	99.98	-0.21	0.82
	Erkek	52	101.99		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kadın	148	98.85	-0.72	0.46
	Erkek	52	105.18		
Ruhsal Sağlık	Kadın	148	98.38	-0.88	0.37
	Erkek	52	106.55		
Toplam puan	Kadın	148	102.02	-0.62	0.53
	Erkek	52	96.16		

Z: Mann-Whitney U Testi

Tablo 6 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsiyetleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması sonucunda; istatistiksel olarak anlamlılığa rastlanmadı ($p>0,05$). Erkeklerin, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanı dışında tüm alt boyut puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 7 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Öğrenim Durumları İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Öğrenim Durumu	n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Fiziksel Fonksiyon	Okur-Yazar Değil	8	44.44	19.26	0.00 **
	Okur Yazar	3	80.00		
	İlkokul	93	94.92		
	Ortaokul	33	89.98		
	Lise	50	124.65		
	Üniversite	13	113.46		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Okur-Yazar Değil	8	94.38	7.16	0.20
	Okur Yazar	3	126.83		
	İlkokul	93	91.28		
	Ortaokul	33	105.24		
	Lise	50	107.26		
	Üniversite	13	126.08		
Ağrı	Okur-Yazar Değil	8	72.38	8.02	0.15
	Okur Yazar	3	117.83		
	İlkokul	93	96.54		
	Ortaokul	33	91.97		
	Lise	50	109.12		
	Üniversite	13	130.65		
Genel Sağlık	Okur-Yazar Değil	8	110.63	8.56	0.12
	Okur Yazar	3	128.67		
	İlkokul	93	92.35		
	Ortaokul	33	90.47		
	Lise	50	112.02		
	Üniversite	13	127.19		

X²KW:Kruskal Wallis testi

**p<0.001 İleri düzeyde anlamlı

Tablo 7 – (Devamı)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Enerji	Okur-Yazar Değil	8	108.38	3.22	0.66
	Okur Yazar	3	111.83		
	İlkokul	93	95.60		
	Ortaokul	33	114.55		
	Lise	50	96.88		
	Üniversite	13	106.38		
Sosyal Fonksiyon	Okur-Yazar Değil	8	57.13	9.49	0.09
	Okur Yazar	3	86.50		
	İlkokul	93	97.08		
	Ortaokul	33	105.17		
	Lise	50	103.28		
	Üniversite	13	132.38		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Okur-Yazar Değil	8	82.25	11.38	0.04*
	Okur Yazar	3	93.83		
	İlkokul	93	89.04		
	Ortaokul	33	108.03		
	Lise	50	114.09		
	Üniversite	13	123.85		
Ruhsal Sağlık	Okur-Yazar Değil	8	74.00	2.73	0.74
	Okur Yazar	3	108.17		
	İlkokul	93	99.72		
	Ortaokul	33	96.21		
	Lise	50	106.71		
	Üniversite	13	107.65		
Toplam Puan	Okur-Yazar Değil	8	84.13	7.32	0.198
	Okur Yazar	3	43.83		
	İlkokul	93	104,38		
	Ortaokul	33	85.06		
	Lise	50	106.60		
	Üniversite	13	111.65		

X² KW:Kruskal Wallis testi

* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 7 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt gruplarından; fiziksel fonksiyon alt boyut puanında, lise mezunları lehine ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.01$). Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutunda da anlamlılık saptandı ($p<0.05$).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerden, okuryazar olmayanların alt boyut puanları en düşükken, lise mezunları en yüksek puana sahiptir.

SF-36 yaşam kalitesi alt gruplarından; fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanları öğrenim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı, öğrenim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Tablo 8 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumları İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Fiziksel Fonksiyon	Evli	138	97.38	9.75	0.00**
	Bekar	37	124.97		
	Dul	25	81.48		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evli	138	97.28	5.43	0.06
	Bekar	37	119.07		
	Dul	25	90.82		
Ağrı	Evli	138	99.25	7.72	0.02*
	Bekar	37	119.76		
	Dul	25	78.88		
Genel Sağlık	Evli	138	97.77	10.20	0.00**
	Bekar	37	124.88		
	Dul	25	79.48		
Enerji	Evli	138	100.22	1.40	0.49
	Bekar	37	108.23		
	Dul	25	90.60		
Sosyal Fonksiyon	Evli	138	104.95	9.33	0.00**
	Bekar	37	105.96		
	Dul	25	67.84		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evli	138	98.37	6.47	0.03*
	Bekar	37	118.80		
	Dul	25	85.18		
Ruhsal Sağlık	Evli	138	101.22	0.32	0.84
	Bekar	37	101.95		
	Dul	25	94.38		
Toplam Puan	Evli	138	97.26	1.58	0.45
	Bekar	37	105.04		
	Dul	25	111.66		

X² KW:Kruskal Wallis testi *p<0.05 düzeyinde anlamlı ** p<0.01/0.001 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 8 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin medeni durumları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Gruplarından; fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarında ileri düzeyde anlamlılık (p<0.001) saptandı. Ağrı ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında da anlamlılık saptandı (p<0.05). Bu boyutlarda; bekarların evlilere göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 9 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk sahibi Olma Durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Çocuk Olma Durumu	n	Ortalama sıra derecesi	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Var	147	92.09	-3.43	0.00**
	Yok	53	123.84		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Var	147	97.37	-1.33	0.18
	Yok	53	109.17		
Ağrı	Var	147	95.11	-2.20	0.02*
	Yok	53	115.44		
Genel Sağlık	Var	147	93.85	-2.70	0.00**
	Yok	53	118.93		
Enerji	Var	147	98.73	-0.72	0.47
	Yok	53	105.41		
Sosyal Fonksiyon	Var	147	98.65	-0.76	0.44
	Yok	53	105.62		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Var	147	95.79	-2.05	0.04*
	Yok	53	113.57		
Ruhsal Sağlık	Var	147	98.22	-0.93	0.35
	Yok	53	106.81		
Toplam puan	Var	147	99.07	-0.58	0.56
	Yok	53	104.47		

Z: Mann-Whitney U Testi *p<0.05 düzeyinde anlamlı **p<0.01/0.001 İleri düzeyde anlamlı

Tablo 9 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olma durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt boyutlarında ileri derecede anlamlılık saptandı (p<0.001). Ağrı ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında ise anlamlılık görüldü (p<0.05). Bu boyutlarda çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 10 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Aile Tipleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Aile Tipi	n	Ortalama sıra derecesi	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Çekirdek aile	136	103.51	-1.07	0.28
	Geniş aile	64	94.11		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çekirdek aile	136	96.06	-1.65	0.09
	Geniş aile	64	109.93		
Ağrı	Çekirdek aile	136	98.13	-0.84	0.39
	Geniş aile	64	105.54		
Genel Sağlık	Çekirdek aile	136	95.80	-1.67	0.09
	Geniş aile	64	110.48		
Enerji	Çekirdek aile	136	96.35	-1.48	0.13
	Geniş aile	64	109.31		
Sosyal Fonksiyon	Çekirdek aile	136	97.81	-0.97	0.33
	Geniş aile	64	106,23		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çekirdek aile	136	95.35	-1.96	0.04*
	Geniş aile	64	111.45		
Ruhsal Sağlık	Çekirdek aile	136	99.21	-0.46	0.64
	Geniş aile	64	103.24		
Toplam puan	Çekirdek aile	136	103.36	-1.01	0.30
	Geniş aile	64	94.43		

Z: Mann Whitney U Testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 10 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin aile tipleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda anlamlılık saptandı (p<0.05). Fiziksel fonksiyon alt boyutu dışında geniş aileye sahip bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının çekirdek aileye sahip bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 11 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çalışma Durumları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	Ortalama sıra derecesi	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Çalışıyor	65	112.55	-2.04	0.04*
	Çalışmıyor	135	94.70		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çalışıyor	65	97.35	-0.56	0.57
	Çalışmıyor	135	102.02		
Ağrı	Çalışıyor	65	107.38	-1.17	0.24
	Çalışmıyor	135	97.19		
Genel Sağlık	Çalışıyor	65	113.51	-2.20	0.02*
	Çalışmıyor	135	94.24		
Enerji	Çalışıyor	65	114.42	-2.36	0.01**
	Çalışmıyor	135	93.80		
Sosyal Fonksiyon	Çalışıyor	65	100.88	-0.06	0.94
	Çalışmıyor	135	100.32		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çalışıyor	65	108.94	-1.53	0.12
	Çalışmıyor	135	96.44		
Ruhsal Sağlık	Çalışıyor	65	109.19	-1.48	0.13
	Çalışmıyor	135	96.31		
Toplam puan	Çalışıyor	65	104.77	-0.72	0.46
	Çalışmıyor	135	98.44		

Z: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

*p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 11 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; enerji alt boyutunda ileri derecede anlamlılık saptanırken (p<0.01), fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt boyutlarında ise anlamlılık saptandı (p<0.05). Fiziksel rol güçlüğü dışında, çalışan bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının çalışmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 12 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gelir Durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	Ortalama sıra derecesi	X ² (KW)	p
Fiziksel Fonksiyon	Çok iyi	6	96.08	3.01	0.39
	İyi	39	114.59		
	Yeterli	102	95.92		
	Yetersiz	53	99.44		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çok iyi	6	98.00	9.53	0.02*
	İyi	39	113.55		
	Yeterli	102	105.65		
	Yetersiz	53	81.26		
Ağrı	Çok iyi	6	80.17	6.85	0.07
	İyi	39	116.69		
	Yeterli	102	102.50		
	Yetersiz	53	87.03		
Genel Sağlık	Çok iyi	6	135.75	14.08	0.00**
	İyi	39	113.32		
	Yeterli	102	105.92		
	Yetersiz	53	76.64		
Enerji	Çok iyi	6	120.67	13.76	0.00**
	İyi	39	112.35		
	Yeterli	102	107.68		
	Yetersiz	53	75.69		
Sosyal Fonksiyon	Çok iyi	6	64.67	12.17	0.00**
	İyi	39	116.85		
	Yeterli	102	106.07		
	Yetersiz	53	81.81		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çok iyi	6	99.08	12.44	0.00**
	İyi	39	123.95		
	Yeterli	102	100.31		
	Yetersiz	53	83.76		
Ruhsal Sağlık	Çok iyi	6	72.42	6.01	0.11
	İyi	39	112.94		
	Yeterli	102	103.80		
	Yetersiz	53	88.17		
Toplam Puan	Çok iyi	6	86.33	1.92	0.58
	İyi	39	91.85		
	Yeterli	102	105.22		
	Yetersiz	53	99.40		

X² KW:Kruskal Wallis testi

**p<0.01/0.001 İleri düzeyde anlamlı

Tablo 12 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin gelir durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanlarında ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.001$). Genel sağlık ve enerji alt boyutunda gelir düzeyi çok iyi olanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının, gelir düzeyi yeterli ve yetersiz olan grupların yaşam kalitesi alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda, gelir düzeyi iyi olanların gelir düzeyi yeterli ve yetersiz olan gruba göre daha yüksek olduğu saptandı.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin gelir durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanında anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Bu boyutta gelir düzeyi iyi olan grubun yaşam kalitesi alt boyut puanının yeterli ve yetersiz olan gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo13 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Hastaneye Yatışı İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	Hastaneye Yatış	n	Ortalama sıra derecesi	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Yattı	74	82.12	-3.44	0.00**
	Yatmadı	126	111.29		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Yattı	74	90.42	-1.98	0.04*
	Yatmadı	126	106.42		
Ağrı	Yattı	74	87.62	-2.42	0.01**
	Yatmadı	126	108.06		
Genel Sağlık	Yattı	74	84.79	-2.94	0.00**
	Yatmadı	126	109.73		
Enerji	Yattı	74	94.84	-1.06	0.28
	Yatmadı	126	103.83		
Sosyal Fonksiyon	Yattı	74	84.61	-3.01	0.00**
	Yatmadı	126	109.83		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Yattı	74	89.32	-2.24	0.02*
	Yatmadı	126	107.07		
Ruhsal Sağlık	Yattı	74	84.90	-2.93	0.00**
	Yatmadı	126	109.66		
Toplam Puan	Yattı	74	100.61	-0.02	0.98
	Yatmadı	126	100.43		

Z: Mann-Whitney U Testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

** p<0.01/0.001 İleri düzeyde anlamlı

Tablo 13 incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışı ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; fiziksel fonksiyon, genel sağlık, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık ve ağrı alt boyut puanlarında ileri derecede anlamlılık saptandı (p<0.001/p<0.01).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışı ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği Alt Gruplarından; Fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlılık saptandı ($p<0.05$).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerden, hastanede yatmayanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının, hastanede yatan bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü.

6.5 RÖGÖ ile SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

Tablo14 – Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin RÖGÖ Puanı İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi (N= 200)

SF – 36 Ölçeği Alt Boyutları	RÖGÖ	
	r	p
Fiziksel Fonksiyon	0.140	0.04*
Fiziksel Rol Güçlüğü	0.003	0.97
Ağrı	-0.018	0.80
Genel Sağlık	-0.007	0.92
Enerji	0.011	0.88
Sosyal Fonksiyon	0.152	0.03*
Emosyonel Rol Güçlüğü	0.034	0.63
Ruhsal Sağlık	0.112	0.11
Toplam Puan	0.250	0.00**

rs:Spearman's Correlations Analizi *p<0.05 düzeyinde anlamlı **p<0.01/0.001İleri düzeyde anlamlı

Tablo 14'de ruhsal bozukluğu olan bireylerin Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; RÖGÖ toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Gruplarından; fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan ($p<0.05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Stresle baş etmeyi etkin olarak kullanan bireylerin fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyonlarında da yükselme olduğu görüldü.

Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği İle SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.001$).

7. TARTIŞMA

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri, iş gücü ve iş günü kayıplarına neden olmaları sebebiyle öncelikle ele alınması gereken hastalıklardandır. Ruhsal bozukluklar bireylerin stresle baş etme yöntemlerini kullanabilme yeteneklerini ve yaşam kalitelerini ciddi boyutta etkilemektedir. Bu çalışmada bireylerin sosyodemografik özellikleri, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili veriler iki başlık altında tartışıldı:

- 7.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması
- 7.2. Bireylerin Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.
- 7.3. RÖGÖ ile İlgili Bulguların Tartışılması.
- 7.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması.
- 7.5. RÖGÖ ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması.

7.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk bireylerin yaş grubu aralığı 16-63 olarak bulundu. Sağduyu ve ark. (31) yaptığı çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin 35-65 yaş grubunda olduğu görülmektedir (42). Üst yaş sınırı araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Alt yaş sınırının paralellik göstermemesi ruhsal bozukluğu olan bireylerin gençler arasında yaygınlaşmaya başladığını gösteriyor olabilir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk bireylerin % 74'ü (n=148) kadın, % 26'sı (n=52) ise erkek olarak belirlendi. Karabilgin ve ark. (2001) yaptığı bir çalışmada depresyon prevalansı erkeklere göre kadınlarda iki kat fazla bulunmuştur (32). Bu durum hem toplum araştırmalarında hem de tanı konmuş tedavi edilmiş kişilerde saptanmıştır. Ayrancı ve Yenilmez'in (2001) yaptığı bir araştırmada ruhsal bozukluğu olan kadın hastaların sayısının erkeklerden daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (5). Kanada'da yapılan toplum tabanlı bir araştırmada (Marco R.,1991) kadınlarda depresyon prevalansı %13,2 iken erkeklerde %7,4 olarak bulunmuştur (32). Literatürde kadınların erkeklere oranla daha çok ruhsal bozukluk yaşadıkları belirtilmiştir (49,51). Ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülmesinin nedenleri daha çok sosyokültürel faktörlerle ilgilidir. Sosyalleşme süreci içinde kadına ve erkeğe yüklenen roller, beklentiler, sunulan doyum yolları, çare arama davranışları, erkeğe daha fazla özgürlük tanırken kadını birçok yönden sınırlamaktadır. Majör depresyon için kadınlar erkeklerden daha fazla risk altındadır. Dört kadından birinde ciddi derecede depresyon görülmektedir. Majör depresyon ve distimi, kadınları erkeklerden iki kat daha fazla etkilemektedir. Bu ikiye bir oran ırk ve etnik kökene veya ekonomik duruma bakmadan ortaya çıkar (54). Literatür bilgileri ve diğer çalışma bulguları çalışmamız sonucu elde edilen veri ile paralellik göstermektedir (Tablo2).

Araştırmaya katılan, ruh sağlığı bozuk bireylerin eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında, ilkokul mezunu olanların oranı %46 (n=92) olarak bulundu (Tablo 2). Öyekçin'in (2008) yapmış olduğu çalışmada en düşük eğitim düzeyi psikotik

bozukluk ve somatoform bozukluk tanısı konan gruplarda saptanmıştır (38). Eğitim düzeyi arttıkça ruhsal hastalık prevalansında düşüş bulunmuştur. Çalışma bulguları çalışmamız sonucu elde edilen veri ile paralellik göstermektedir (Tablo2).

Araştırmaya katılan, ruh sağlığı bozuk bireylerin % 69'u (n=138) evli; % 18,5 (n=37) bekar; % 12,5'i (n=25) duldur. Literatüre göre evli olmak bekarlara göre duygulanım bozukluğu rölatif riskini 2,8 kat artırmaktadır (7). Evli olanlarda ruhsal bozukluk riskinin artması, bireysel sorumluluğun yanında eş ve çocuk sorumluluklarının olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatür bilgisi çalışmamız sonucu elde edilen bu bulgu ile paralellik göstermektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan, ruh sağlığı bozuk bireylerin %73.5'inin (n=147) çocuk sahibi olduğu belirlendi. Tütüncü ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada çocuğu olanların depresyona yakalanma oranı yüksek bulunmuştur (43). Çalışma bulgusu çalışmamız sonucu elde edilen bu bulgu ile paralellik göstermektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan, ruh sağlığı bozuk bireylerin %67.5'inin çalışmadığı saptandı (n=135). Çetin ve ark. (1999) yapmış olduğu bir araştırmada depresyon prevalansı %42,9 ile en yüksek düzeyde ev kadınlarında tespit edilmiştir (8). Literatürde çalışma hayatında aktif olmanın stresle baş etmeyi ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediğinden bahsedilmektedir (50). Sağduyu'nun (1995) yaptığı araştırmada ruhsal bozukluk belirtilerinin başta ev işi yapanlar olmak üzere, kadınlarda, 35-65 yaş grubunda, evli ya da dul olanlarda, anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (42). Çalışma bulguları yaptığımız çalışmadaki bu bulgu ile paralellik göstermektedir (Tablo 2).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin % 93'ünün sosyal güvencesi var iken %7'sinin sosyal güvencesi yoktur. Çetin ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olmayanların %47,2'sinde depresyon mevcutken sosyal güvencesi olmayanların oranı %29,9 dur (28). Yapılan çalışmaya bakıldığında sosyal güvence varlığı ile psikiyatrik bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Gökdoğan ve ark. (2001) yaptığı çalışmada %68.6'sının sağlık güvencesinin emekli sandığı olduğu belirtilmektedir (28). Yüksel'in (2007) yapmış olduğu çalışmada bireylerin sağlık güvencelerinin emekli sandığı olduğu belirlenmiştir (55). Çalışmamızda ruhsal bozukluğu olan bireylerin %68.5'inin sosyal güvencesinin ssk olduğu belirlendi. Yüksel'in çalışma bulgusu ile yaptığımız çalışma bulgusu paralellik göstermemektedir. Fakat Gökdoğan ve ark. (2001) ile Yüksel'in yapmış oldukları çalışmalar, bireylerin sosyoekonomik düzeyinin yüksek olduğu kesimlerde gerçekleştirilmiştir. Bu durum sonuçların, çalışmamız ile paralellik göstermemesinin nedeni olarak gösterilebilir.

7.2. Bireylerin Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ruh sağlığı bozuk bireylerin %75'inin (n=150) tanısının depresyon olduğu belirlendi. Eren ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada bireylerin %58.9'una depresyon tanısı konmuştur (24). Literatüre göre depresyon tanısı genel tıp uygulamasında en sık karşılaşılan, bireyde iş-güç ve yeti yitimine yol açan, kronikleşme eğilimi yüksek olan bir bozukluktur (55). DSÖ'nün bir araştırmasında temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu ve dünyada görülen bütün hastalıklar içinde %10.4'lük bölümü oluşturduğu bildirilmiştir (39). Tüm bu elde edilen bulgular yaptığımız çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan, ruh sağlığı bozuk bireylerin %58.5'inin (n=117) şikayet türü sıkıntılıdır. Bu sonuca ilişkin destekleyici bir literatür bulunamamıştır (Tablo 3).

Ruh sağlığı bozuk bireylerden tedavi görenlerin oranı %81.5 (n=163), tedavi türü ise ilaç tedavisidir. Bireylerin %37'sinin (n=74) hastaneye yatışı yapılmıştır. Tedavi süreleri (Ort \pm SS hafta) 103.13 ± 171.49 'dur. Gökdoğan ve ark. (2001) yapmış olduğu çalışmaya göre hastaların tedavi süreleri (Ort \pm SS yıl) 4.8 ± 4.09 'dur (28). Çalışma bulguları yaptığımız çalışma ile paralellik göstermemektedir (Tablo 3). Ancak Emine ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada örnekleme oluşturan hastaların hastalıkları ve tedavisi uzun süren kronik hastalıklardandır. Çalışmamız ile paralellik göstermemesinin nedeni olarak gösterilebilir.

7.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yaptığımız çalışmada bireylerin cinsiyetlerine göre, stresle başa çıkma davranışlarının karşılaştırılmasında kadın ve erkek bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları problem çözme davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4). Bruce ve Vanessa (1998) yaptıkları çalışmada, stresle başa çıkmada cinsiyet etkeninin anlamlı bir farklılık yaratmadığını belirtmektedir (51). Özer'in (2001) yapmış olduğu çalışmada problem çözme davranışının cinsiyetle ilişkisi olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır (24). Bu sonuçlar çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir (Tablo 4).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öğrenim düzeylerine göre kullandıkları stresle baş etmede anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Aysan ve ark. (2002) yapmış olduğu çalışmada öğrenim durumlarının stresle baş etmede anlamlılık oluşturmadığını belirtmişlerdir (43). Bu sonuç yaptığımız çalışma ile paralellik göstermektedir. Kale'nin (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre eğitim durumu ile stresle baş etme arasında istatistiksel açıdan anlamlılığa rastlanmıştır (31). Bu sonuç ise yaptığımız çalışma ile paralellik göstermemektedir (Tablo 4). Fakat Kale'nin (2007) yapmış olduğu eğitim düzeyi çoğunlukla üniversite iken bizim çalışmada ağırlıklı eğitim ilkökuldür. Eğitim düzeylerinin farklılığı çalışmaların paralellik göstermemesinde etkili olabilir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin medeni durumlarında herhangi bir anlamlılığa rastlanmadı ($p>0.05$). Fakat evli olanların stresle baş etmede bekarlara göre daha başarılı olduğu belirlendi. Kale'nin (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre bekar olanların genel ruh sağlığı evli olanlardan daha yüksek çıkmıştır (31). Bu sonuç; yaptığımız çalışmanın bu sonucu ile paralellik göstermemektedir (Tablo 4).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olma, aile tipi, çalışma durumları ve gelir durumları ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Puanı karşılaştırıldığında; herhangi bir anlamlılığa rastlanmadı ($p>0.05$). Aysan ve ark. (2002) yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyinin stresle baş etmede anlamlılık bulunmadığını

belirtmiştir (43). Bu sonuç; yaptığımız çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Tablo 4).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tanı, şikayet türü, tedavi görme durumu, tedavi türü ve hastaneye yatışı ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği puanı arasında anlamlılığa rastlanmadı ($p>0.05$). Elde edilen bu sonuç araştırmamızın varsayımı olan ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatış yapması ve tedavi süresi stresle baş etme yöntemlerini kullanma yeteneklerini etkileyebilir maddesi ile paralellik göstermemektedir (Tablo 4).

7.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsiyetleri ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). Şirin'in (2008) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlılığa rastlanmamıştır (43). Bu çalışma yaptığımız çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Tablo 6).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim durumu ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyut puanlarından, lise mezunları lehine, fiziksel fonksiyon alt boyut puanında ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.01$). Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutunda üniversite mezunları lehine anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Canon ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada düşük gelirli gruplarda, eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasında zıt ilişki olduğunu belirtmişlerdir (54). Bu sonuç yaptığımız çalışma bulgusu ile paralellik göstermemektedir. Bireylerin eğitim seviyesinin yükselmesi, yaşam standardını da arttırmaktadır. Yaşam standardındaki yükselme, yaşam kalitesini de beraberinde yükseltecektir.

Medeni durum ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarından, bekarların lehine, fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarında ileri düzeyde anlamlılık ($p<0.01$), ağrı ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Danacı ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmaya göre cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, meslek grupları, yaş, eğitim yılı ve toplam işsizlik süresinin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (18).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt gruplarından, enerji alt boyutunda çalışanların lehine ileri derecede anlamlılık saptanırken ($p<0.01$), fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt boyutlarında da anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Bireylerin çalışma durumu ile ilgili olarak Fabian (1989), hastalarında çalışma durumlarıyla yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını; ancak ekonomik durumunun ve yaşam şartlarının yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğunu göstermiş ve çalışanlar ile kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerde yaşam şartları ile yaşam kalitesi arasında bağlantı olduğunu bildirmiştir (43). Bu sonuçlar yaptığımız çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Tablo 9). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışması, belli bir işle vakit geçirmeleri anlamına gelir. Bu durum, kişinin hem psikolojik hem de maddi olarak rahatlamasını sağlamaktadır. Maddi olarak rahat olan bireylerin yaşam kaliteleri de olumlu yönde etkilenir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışı ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından; hastanede yatmayanların lehine, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık alt boyut puanlarında hastanede yatmayanların lehine ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.01$). Fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Örneklem grubunda hastanede yatmayanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının, hastaneye yatan gruba göre daha yüksek olduğu görüldü. Kısa ve ark. (2008) yaptığı çalışmada ruhsal bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören bütün hastaların %38'inde farklı sistemleri tutan bir veya birden çok fiziksel hastalık saptanmıştır (33). Yaptığımız çalışma yapılan diğer çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Tablo 13).

7.5. RÖGÖ ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin RÖGÖ ile SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkide SF-36 alt boyut puanlarından fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlandı ($p<0.05$) (Tablo 14). Stresle baş etmenin yaşam kalitesini etkilemediği düşünülebilir.

Araştırmamızda RÖGÖ toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0.001$). Stresle baş etme tekniklerini sıklıkla kullananların yaşam kalitelerinin de arttığı görüldü. Elde ettiğimiz bu veriler ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etmede zorlanabilir ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilir varsayımımız ile uygunluk göstermektedir.

Stresle baş etme başlı başına yapılması zor olan bir durumdur. Bireyler yaşadıkları stres anında ya bununla baş etme yoluna gider ya da olaydan kaçarak, mücadeleye başlamadan yenilgiyi kabul ederler. Bireylerin stresle baş etmeleri hayatın her anı için önemlidir. Eğer bir sorun karşısında baş etmeyi etkin kullanamazsak hem fiziksel hem de ruhsal yönden çöküntüye uğrarız. Bu durum bizlerin özel hayatını, çalışma hayatını ve sosyal hayatını da olumsuz etkiler. Tüm bu olumsuzluklar yaşam kalitemizin olumsuz yönde etkilenmesine neden olur.

Sonuç olarak stresle baş etmeyi ne kadar başarabilirsek, yaşam kalitemizi o derece yükseltme şansına sahip oluruz.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Örnekleme oluşturan hastaların yaş ortalaması $34,07 \pm 10,56$ olarak bulundu.
- Örneklem grubunun %74'ü (n=148) kadın, %69'u (n=138) evli, %46'sı (n= 92) ilköğretim, %25'i (n=50) lise mezunu, % 73,5'i (n=147) çocuk sahibi, %67,5'i (n=135) çalışmıyor, %51'i (n=102) ev hanımı, %34,5'i (n=69) serbest meslek grubu olduğu belirlendi.
- Bireylerin %68'i (n=136) çekirdek aileye sahip, %51'inin (n=102) maddi durumu yeterli, %26.5'inin (n=53) maddi durumu ise yetersizdir. Araştırmaya katılanların %93'ünün (n=186) sosyal güvencesi vardır ve %68,5'inin (n=137) sosyal güvence türünün SSK olduğu saptandı.
- Bireylerin %75'i (n=150) depresyon, %11.5'i (n=23) anksiyete tanısına sahiptir.
- Bireylerin tedavi sürelerinin ortalaması $103,13 \pm 171,49$ (0 – 780 Hafta) olarak bulundu.
- Bireylerin %58.5'inin (n=117) başvurma nedeni sıkıntı, hastaneye yatışı yapılmayanların oranı; %63 (n=126), tedavi görenlerin oranı; %81.5 (n=163) ve hastaneye yatış sayılarının ortalaması (Ort \pm SS hafta) $1,59 \pm 1,07$ olarak belirlendi.
- Evli kişilerin stresle baş edebilme düzeylerinin bekarlara göre daha fazla olduğu saptandı ()
- Çocuk sahibi olanların ve gelir durumu çok iyi olanların stresle baş etme yöntemlerini kullanma becerilerinin fazla olduğu belirlendi.
- Hastaneye yatmayan bireylerin stresle baş etme yöntemlerini kullanma becerilerinin daha yüksek olduğu belirlendi.
- Erkeklerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanı dışında tüm alt boyut puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.
- Bekarların evlilere göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Fiziksel fonksiyon alt boyutu dışında geniş aileye sahip bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının çekirdek aileye sahip bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

- Fiziksel rol güçlüğü dışında çalışanların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının çalışmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi.
- Gelir düzeyi iyi olan grubun yaşam kalitesi alt boyut puanının yeterli ve yetersiz olan gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü.
- Hastaneye yatmayan bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği İle SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak ileri derecede ilişkili olduğu saptandı ($p<0.01$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ Ruhsal bozukluğu olan bireylere ve ailelerine stresle baş etme yöntemleri ile ilgili eğitimler düzenlenmesi,
- ❖ Ruhsal bozukluğu olan bireyleri sosyo demografik boyutları ile ele alarak bireylerin hastalıkla ilgili iç görü sahibi olmaları sağlanmalı, hastalık algılarına bakılarak eğitimler düzenlenmesi,
- ❖ Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak değerlendirilmesi,
- ❖ Ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etmelerini farklı ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi,
- ❖ Ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etme ve yaşam kalitelerinin artırılması için bu konularda danışmanlık alınabilecek ortamlar oluşturulması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Aker T. 1999 Marmara Depremi, Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 205-206.
2. Alcan N. Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi.2004; 35-40.
3. Aslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi.2006; 28 (2).
4. Aştı N, Kelleci M, Küçük L. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7 (2)
5. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlindeki Sağlık Ocaklarında Konulan Ruhsal Hastalık Tanıları ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2(2).
6. Bal Ö, Özgür G, Gümüş Babacan A. Obez Bireylerin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (3)
7. Baltaş A, Baltaş Z. Stresle Başa Çıkma Yolları. 1997; 33-41.
8. Barnes PM, Jenney MEM, Measuring Quality of Life Current Pediatrics. 2002; 12: 476-480.
9. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 1 (1)
10. Bayramova N. Psoriasisli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayfer KARADAKOVAN) 2000; 13-25.
11. Beser N, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(1).
12. Buzlu S. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği 2006; 35-45.
13. Connolly MA, Johnson JA. Measuring Quality of Life in Pediatric Patients. 1999; 16 (6):605-625.
14. Crowley MJ, Kazdin AE. Child Psychosocial Functioning and Parent Quality of Life Among Clinically Referred Children. Journal of Child and Family Studies. 1998; 7 (2): 233-251.
15. Cumurcu B, Çelikel F, Etikan İ, Erkorkmaz Ü. Depresyon İyileşirken Yetiyitimi Nasıl Etkileniyor? 2006; 8 (3).

16. Cüceloğlu D. İçimizdeki Biz. İstanbul 1991. 15-20.
17. Cüceloğlu D. İçimizdeki Çocuk. İstanbul. 1999. 31-33.
18. Danacı A, Karaca N, Deveci A. Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Türkiye’de Psikiyatri. 2005; 7(3).
19. Doğan O, Akyüz G, ve Ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1996
20. Doğan O, Gülmez H. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1995; 25-27
21. DüNDAR S. Kayseri ve Yöresinde Psikiyatrik Hasta ve Hastalıklara Yönelik Tutumlar. Bilim uzmanlığı Tezi (Danışman Prof. Dr. Aslan Oğuz) 1993 33-35
22. Ercan A. Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitapevi. 2004; 159-189.
23. Eren İ, İnanlı Çivi İ, Kutluhan S. Polio Sekeli Olan Hastalarda Psikiyatrik Belirtilerin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7 (3)
24. Eren, Şimşek D, Çalışkan AM. Şizofren Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2007; 20(2):68-78
25. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001; 30-45.
26. Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Havva TEL)2007; 17-22.
27. Gabband Go: Psychodynamic Psychiatry in clinical practice, The DSM-IV Edition 1994; 58-60.
28. Gökdoğan F, Akıncı F (2001). Bolu’da yaşayan diabetlilerin sağlık ve Hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1).
29. Gümüştekin Eren G, Öztemiz B. Örgütlerde Stresin Verimlilik ve Performansla Etkileşimi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 6 (2)
30. Ilgar Ö. Örgütsel stresin Çalışan Kadınlar Üzerindeki Etkileri ve Stresle Başa Çıkma yolları. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Canan ÇETİN) 2001; 72-78.
31. Kale NK. Banka Çalışanlarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Ruh Sağlığı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Mustafa KOÇ) 2007; 38-57.
32. Karabilgin Ö. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Whogol-Bref Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. 2001; 20-32.
33. Kısa C, Cebeci S, Uysal Z, Aydemir Ç, Göka E. Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Hastalık Sıklığı. Yeni Symposium, 2008; 46(2).

34. Köknel Ö. Genel ve Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitapevi, 1989; 92-101.
35. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara. 2004; 138-270.
36. Loonen HJ, Derkx BHF, Otley AR. Measuring Health-Related quality of Life of Pediatric Patients. 2002
37. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children. 2004; 7 (1): 79-92.
38. Öyekçin DG. Bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliğine Bir Yıl İçinde Başvuran Olguların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008 9(1): 38-43
39. Öz H. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Rukiye PINAR) 2006; 57-74.
40. Özge G, Yıldırım S. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri ve Yaşam Doyumları. E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2008; 1(24).
41. Öztürk M.O. Ruh Sağlığı Bozuklukları. sekizinci baskı, Ankara, 2004; 101-103.
42. Sağduyu A, Özel K, Özmen E, Boratov C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2000 11(1): 3-16
43. Şirin B. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özlem IŞIL)2008;
44. Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E. Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2006; 9(3).
45. Taşkın F. Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Prof. Dr. N. OLGUN).
46. Tucker LB. Whose Life is it Anyway? Understanding Quality of Life in Children with Rheumatic Diseases. 2000; 27: 8-11.
47. Uğurlu N, Ekinci M. Hemşirelerde Kontrol Odağı İnancı İle Stresle Başa Çıkma Statejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme Durumları Arasındaki İlişkiler. E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007; 2(23).
48. Uluruh A. Ortaöğretim Öğrencilerinde Stres Yaratan Yönetici Davranışları ve Öğrencilerin Başa Çıkma Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Namık ÖZTÜRK) 2008; 7-18.
49. www.celikkol.org/koruyucupsikiyatri.htm. (Erişim:20 Mayıs 2008).

50. www.donusumkonagi.net. (Erişim:15 Mart 2008)
51. www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1062_17yasa~1.pdf . (Erişim: 20 Haziran 2008).
52. Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel Yetersizliği Olan ocuğa Sahip Anne Babaların Stresle Başa ıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9 (2)
53. Yıldırım İ. Temporal Lop Epilepsisinde Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Erhan BİLİR) 2006; 34.
54. Yılmaz E. Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi.Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. şule Ecevit ALPAR) 2006; 23-28.
55. Yüksel S. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi,Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Mehmet ÖLBAY) 2007; 13-14.

10. EKLER

Bu bölümde yer alan ekler:

- 10.1. İl Sağlık Müdürlüğü yazılı araştırma izni.
- 10.2. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu.
- 10.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ).
- 10.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.

10.1. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü


Sayı :D10.4.ISM.4.34.0009-619 / 4222
Konu :Anket İzni

30/08/2009

SAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Haliç Üniversitesi İşleme Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Özlem SAĞBAŞ**'ın "Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi" konulu projesini Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Uz.Dr. Çiğdem YAZICI ERSOY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek: Protokol Örneği

DAĞITIM:

Gereği:
Bağcılar EAH

Bilgi için:
Haliç Üniv.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
KAYIT	TARİH	05.08.2009
	SAYI	55 93
HAVALE	GEREĞİ	Eğitim Subesi
	BİLGİ	

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi BAŞHEKİMLİK		
Gelen Evrak		Giden Evrak
KAYIT	TARİH	07.08.2009
	SAYI	1427
HAVALER	GEREĞİ	
	BİLGİ	

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü-Eğitim Şubesi
Tel: 0212 511 89 18-19-20(141)-3479 Fax: 0212 453 28 94
e-mail : eğitim.sube@saglik.gov.tr (Detaylı bilgi için:Dünya ERDEM-1455)

10.2. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu.

ANKET FORMU

TARİH:...../...../.....

Bu anket formu ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle baş etme ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Şıklardan size uygun olanını yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın
- 2) Erkek

2. TANI:

3. Yaşınız

4. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?

5. Öğrenim durumunuz:

- 1) Okur-Yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Üniversite

6. Medeni durumunuz:

- 1) Evli
- 2) Bekâr
- 3) Dul

7. Çocuğunuz var mı?

- 1) Var
- 2) Yok

8. Aile tipiniz:

1) ekirdek aile

2) Geniş aile

9. Çalışma durumunuz:

1) alışıyor

2) alışmıyor

10. Mesleğiniz:.....

11. Maddi durumunuz:

1) ok iyi

2) İyi

3) Yeterli

4) Yetersiz

12. Sosyal güvenceniz var mı?

1) Evet

2) Hayır

13. Cevabınız evet ise aşağıdakilerin hangisidir?

1) Yeşil kart

2) Emekli sandığı

3) SSK

4) Bağkur

14. Hastaneye ilk kez hangi Őikâyetlerle başvurdunuz?

.....

15. Tedavi gördünüz m?

1) Evet

2) Hayır

16. Cevabınız evet ise ne kadar süredir?.....

17. Hangi tedavileri gördünüz?

.....

18. Hastaneye yatarak tedavi gördünüz m?

1) Evet

2) Hayır

19. Cevabınız evet ise kaç kez tedavi gördünüz?.....

10.3. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)

ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatli okuyarak o maddeler yer alan ifadenin size ne derecede uygun olduğuna kara veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı üzerine (X) koyunuz.

1. Hiç tanımlamıyor 3. Oldukça iyi tanımlıyor 5. Çok iyi tanımlıyor
2. Biraz tanımlıyor 4. İyi tanımlıyor

	Sizi ne kadar tanımlıyor				
	Hiç				Çok iyi
1. Sıkıcı bir iş yaparken, en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	1	2	3	4	5
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam	1	2	3	4	5
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım.	1	2	3	4	5
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha iyi yaparım.	1	2	3	4	5
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı etkilerim.	1	2	3	4	5
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi fark ettiğim zaman dikkatimi toplamak için yollar ararım.	1	2	3	4	5

11. Çalışmayı planladığımda işimle ilgili olmayan her şeyi ortadan kaldırıyorum	1	2	3	4	5
12. Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım.	1	2	3	4	5
13. Beni sıkan bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
14. Günde iki paket sigara içiyorsa, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	1	2	3	4	5
16. Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	1	2	3	4	5
17. Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	1	2	3	4	5
18. Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	1	2	3	4	5
19. Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
20. Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar ararım.	1	2	3	4	5

21. Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamıyorum.	1	2	3	4	5
22. Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
23. Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.	1	2	3	4	5
25. Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunu bir felaket olmadığını ve bir şeyler	1	2	3	4	5

yapabileceğimi telkin ederim.					
26. Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, 'Dur, bir şey yapmadan önce düşün' derim.	1	2	3	4	5
27. Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	5
28. Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
29. Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
30. Önemli olan bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim.	1	2	3	4	5
31. Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
32. Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	1	2	3	4	5
33. Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım.	1	2	3	4	5
34. Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa işi küçük bölümlere ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenemediğim olur.	1	2	3	4	5
36. Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5

10.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacı ile hazırlanmıştır. Her soruyu, sizin için en uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki ile genel olarak nasıl değerlendirir siniz?

Bir yıl öncesine göre çok daha iyi 1

Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi 2

Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı 3

Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü4

Bir yıl öncesinden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şu anda bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda sizin için uygun rakamı işaretleyiniz).

Aktiviteleriniz	Evet, oldukça kısıtlıyor.	Evet, biraz kısıtlıyor.	Hayır, hiç kısıtlamıyor.
Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3

Masa, elektrik süpürgesi vb. itme-çekme gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
Paket veya çanta taşırken	1	2	3
Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
Birkaç merdiven çıkarken	1	2	3
Eğilme veya diz çökme	1	2	3
Bir-iki kilometre yürürken	1	2	3
Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
Kendi kendine banyo yaparken veya giyinirken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biri ile karşılaştınız mı? (Evet veya hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?(Örneğin:	1	2

daha fazla çaba gerektirmesi)		
-------------------------------	--	--

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin, sinirli ve stresli) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İşiniz veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi 1

Çok az etkiledi 2

Orta derece etkiledi 3

Oldukça etkiledi 4

Aşırı etkiledi 5

7. Son 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç 1

Çok hafif 2

Hafif 3

Orta 4

Şiddetli 5

Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz.) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi 1

Biraz etkiledi 2

Orta derece etkiledi 3

Oldukça fazla etkiledi 4

Aşırı etkiledi 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğiniz ile ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftada ki sıklığını göz önüne alarak işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

11. ÖZGEÇMİŞ

15.04.1979 yılında Rize'nin Pazar ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Rize'de tamamlamıştır. 1996 yılında Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Biyomedikal teknikerliğine girmiş ve 1999 yılında başladığı ön lisans öğrenimini tamamlamıştır. İki yıl biyomedikal teknikerliği yapmıştır.

2002 yılında İstanbul Üniversite'si Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'nda başladığı lisans öğrenimini 2007 yılında tamamlamıştır. 2007 yılında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın doğum servisinde işe başlamıştır. Beş ay kadın doğum servisinde çalıştıktan sonra 1.5 yıl psikiyatri servisinde çalışmıştır. 11.11.2008 tarihi itibari ile aynı hastanede Başhemşire Yardımcılığı yapmaktadır.

Evli ve bir çocuk annesidir.