

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KADIKÖY BÖLGESİNDE RUH SAĞLIĞI
HİZMETİNE BAŞVURMUŞ 200 KADIN VAKANIN
SCL-90 PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA TESTİNE
GÖRE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Tuğba KELOĞLU**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT**

İstanbul – 2017

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KADIKÖY BÖLGESİNDE RUH SAĞLIĞI
HİZMETİNE BAŞVURMUŞ 200 KADIN VAKANIN
SCL-90 PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA TESTİNE
GÖRE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Tuğba KELOĞLU**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT**

İstanbul – 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Dünya / Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Ayşe Kalkan tarafından hazırlanan
"Kadın Bilişim, Ruh Sağlığı, Hissetme, Duygulanım,
200 Kadın Yoktur. Sırtta Psikolojik Bedelli Toruna Kırık"
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. Göre değerlendirilmiştir

Sınav Tarihi : 15/03/2017

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

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim FARUK ÖZGÜR
Danışman: Doç. Dr. Mehmet Kalkan
Üniv. Halic / ASD/ ABD Öğr. Üyesi

A. Kalkan

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ayhan Zengin
Halic / Üniv. Halic / ASD/ ABD Öğr. Üyesi

A. Zengin

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ayhan Zengin
Halic / Üniv. Halic / ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kadıköy Bölgesinde Ruh Sağlığı Hizmetine Başvurmuş 200 Kadın Vakasının SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testine Göre İncelenmesi” adlı çalışmanın, bizzat kendim tarafından, bilimsel değerlere ters düşecek herhangi bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden ibaret olduğu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu ifade eder ve bunu onurumla doğrularım 18.01.2017

Aday: Tuğba KELOĞLU

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans sürecinde yanımda olduklarını her zaman hissettiren ailem; annem, babam ve abime, bu süreçte bilfiil bana yardımcı olan arkadaşım Seda Kocabaş' a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Tez sürecinde, benden bilgilerini esirgemeyen ve her zaman yapıcı yaklaşımını hissettiğim tez danışmanım İtr Tarı Cömert Hocam' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Adı ve Soyadı : Tuğba KELOĞLU
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İtr TARI CÖMERT
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2017
Alanı : Uygulamalı Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Ruh Sağlığı, Ruh Sağlığı Hizmetleri, SCL-90

ÖZET

KADIKÖY BÖLGESİNDE RUH SAĞLIĞI HİZMETİNE BAŞVURMUŞ 200 KADIN VAKANIN SCL-90 PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA TESTİNE GÖRE İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı, İstanbul İli Kadıköy ilçesinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınların, ruhsal belirtileri ve bunlara etki eden faktörlerin ortaya konması hedeflenmiştir. Ek olarak, araştırmada kadınların yaşı, eğitim düzeyi gibi değişkenlerin Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psikotizm düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın örneklemini İstanbul İli Kadıköy İlçesinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran 200 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri SCL-90 Ölçeği (Psikolojik Belirti Tarama Testi) kullanılarak elde edilmiştir. Aynı zamanda kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu oluşturulmuştur. Araştırmada sosyo-demografik özelliklere göre bakıldığında; kadınların yaşları arttıkça; obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanların düşmekte olduğu ve bekar olan kadınların ayrılmış olan kadınlara oranla fobik anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmada yer alan kadınların çalışma durumu ve eğitim düzeylerine göre de anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.

Araştırmanın sonunda yer alan tartışma bölümünde bulgulara dayalı olarak araştırmacılara, alanda çalışan psikolojik danışmanlara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Name and Surname : Tugba KELOGLU
Supervisor : Yrd. Doç. Dr. Itr TARI CÖMERT
Degree and Date : Master, 2017
Major : Applied Psychology
Key Words : Mental Health, Mental Health Services, SCL-90

ABSTRACT

EXAMINATION OF 200 WOMEN CASES WHO APPLY TO MENTAL HEALTH SERVICES IN KADIKOY REGION, ACCORDING TO SCL-90 PSYCHOLOGICAL INDICATION SCANNING TEST

This study's aim is to reveal the mental symptoms and affected factors to women who apply to mental health services in Kadikoy district of Istanbul. Besides, the effects of variables such as women's ages and education levels on somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitiveness, depression, anxiety, anger-hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts and psychotism levels are examined. 200 women who apply to mental health services in Kadikoy district of Istanbul constitute the sample of the research. This study's data obtained by using the SCL-90 Scale (Psychological Symptom Scanning Test). Also, according to identify socio-demographic characteristics of women, personal information form is made by researcher. When the socio-demographic characteristics analyzed, it is found out that as women's age increase, their scores from scales on obsessive-compulsive, interpersonal sensitiveness, depression, anxiety, anger-hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts, psychotism and general assessment decrease; and single women have higher phobic anxiety levels than divorced women. There was no meaningful results for socio-demographic variables that take a part in the research, such as women's employment status and education level.

In the discussion section that is at the end of the research, suggestions for researchers, psychological consultants working on this field had been proposed on research findings.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

YEMİN METNİ	I
ÖZ	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER KISMI.....	V
TABLOLAR LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
SİMGELER LİSTESİ	IX
KISALTMALAR	X

BİRİNCİ BÖLÜM

1.GİRİŞ	1
Problem.....	2
Araştırmanın Amacı.....	2
Sayıtlar (varsayımlar)	3
Sınırlılıklar	3
Tanımlar	4
1.1.RUH SAĞLIĞI.....	5
1.2. Ruh Sağlığının Önemi	6
1.3. Türkiye’de Ruh Sağlığı	6
1.4. Kadınlarda Ruh Sağlığı	7
1.4.1. Kadınlarda Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	9
1.4.1.1. Eğitim Durumu	10
1.4.1.2. Medeni Durum	11
1.4.1.3. Çalışma Yaşamı	12
1.4.1.4. Sosyoekonomik Düzey	13
1.4.1.5. Göç	14
1.4.1.6. Doğurganlık Özellikleri	15
1.4.1.7. Bedensel Hastalık Durumu	16
1.5.Ruh Sağlığı Bozukluğu	17
1.5.1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma	18
1.6.Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)	19

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL/METOD

2.1. Araştırmanın Modeli.....	23
2.2. Araştırmanın Örnekleme ve Evreni.....	24
2.3. Verilerin Toplama Araçları.....	24
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	24
2.3.2. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R).....	24
2.4. Verilerin Toplanması.....	25
2.5. Verilerin analizi.....	25
2.6. Etik Konular.....	26

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

BULGULAR.....	27
---------------	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

TARTIŞMA.....	40
KAYNAKLAR.....	43
EKLER.....	49
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	49
EK-2 SCL-90.....	50
ÖZGEÇMİŞ.....	53

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 3.1: Araştırmaya Katılan Grubun Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=200).....	27
Tablo.3.2: Kadınların SCL-90 Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının.....	28
Tablo 3.3: Ruhsal Tarama Envanterinin Alt Boyutlarının Puanlarına Göre Grubun Dağılımı.....	29
Tablo 3.4: Kadınların Yaşları İle SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	32
Tablo 3.5: Kadınların Medeni Durumlarına Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 3.6: Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	36
Tablo 3.7: Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1: Araştırmanın modeli23



SİMGELER LİSTESİ

N: Denek Sayısı

P: Anlamlılık Düzeyi

R: Korelasyon Değeri

SD: Serbestlik Değeri

SS: Standart Sapma

U: Mann Whitney U Testi Değeri

X: Ortalama

X²: Kruskal Wallis H Testi Değeri

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSA: Genel Sağlık Anketi

KBF: Kişisel Bilgi Formu

SCL-90: Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences.

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UHYMEP: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Projesi



1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin beden, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamıştır. Kurumun yoğunlaştığı alanlardan birisi de ruh sağlığıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 2007 yılında “21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek” çalışmasında, ruh sağlığı hizmetleri altıncı hedef olarak ifade edilmiştir. Bu hedef doğrultusunda ruhsal bozukluklara yol açabilecek faktörlerin toplumsal yaşamdan çıkarılması veya etkisinin en aza indirilmesi ve ruh sağlığının en önemli göstergelerinden birisi olan intihar oranlarının azaltılmasının gereği üzerinde durulmuştur (Yardım ve ark., 2007).

Ruh sağlığı sorunları bireyden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açan önemli nedenlerdir. Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, seyri ve yol açtığı sorunlar cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda sık görülen bazı ruhsal hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha sık olduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır. Dünya Sağlık Örgütü’nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020’de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır (DSÖ, 2009).

Kadın ve erkeklerdeki hastalık ve sağlık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınlar da ataerkil yapının desteklediği cinsiyete dayalı iş bölümünün getirdiği toplumsal statü düşüklüğü hastalık ve stresten daha fazla etkilenmelerine neden olur (Yüksel, 2011).

Kadınların ruh sağlığı medeni durum, eğitim, çalışma durumu, çalışma yaşamı, aile gibi toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyolojik pek çok faktörden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların çalışma yaşamları yetersiz ele alınmış, ev içi üretim, ev içi karar süreçlerine katılım ihmal edilen alanlar olmuştur.

Yine kadınların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını inceleyen çalışmalar azdır (Karasu, 2007; Kelleci ve ark., 2003; Buzlu ve ark., 2005; Özyurt ve ark., 2011; Dönmez ve ark., 2000; Kayahan ve ark., 2003).

Bu çalışma kapsamında İstanbul, Kadıköy ilçesinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınların, ruhsal belirtileri ve bunlara etki eden faktörlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Problem

Çözümü aranan problem cümlesi şu şekilde ifade edilebilir; “Kadınların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumları ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mı ?” olacaktır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri

Bağımsızdeğişkenler; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumları

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Kadıköy bölgesinde bulunan ruh sağlığı merkezlerine başvurmuş kadın popülasyona SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Testi uygulanarak, patoloji ve semtom taraması yapmak ve ortaya çıkan sonuçlara göre yetişkinlere yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine öneriler sunabilmektir.

Çalışmanın genel amacına yönelik geliştirilen hipotezler;

- ✓ Kadınların yaşları ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- ✓ Kadınların medeni durumları ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik

Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- ✓ Kadınların eğitim düzeyleri ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- ✓ Kadınların çalışma durumları ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Sayıtlar (varsayımlar)

1. Araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği,
2. Araştırmada katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek için hazırlanan kişisel bilgi formunun içeriğinin yeterli ve amacına uygun olduğu,
3. Araştırmada kullanılacak ölçme aracının ölçmek istenilen özellikleri ölçtüğü, geçerli ve güvenilir oldukları,
4. Araştırmaya katılan kadınların, veri toplama araçlarındaki sorulara samimi ve doğru olarak cevap verdikleri varsayılmaktadır.

Sınırlılıklar

1. Bu araştırma kişisel bilgi formu ve SCL-90 ölçeğinin ölçtüğü alanlar ile,
2. Bu araştırma 2016-2017 yılları arasında,
3. İstanbul İli Kadıköy İlçesi sınırları içerisinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine müracaat eden kadınlar,

4. Araştırmadan elde edilen bulgular, katılımcıların veri toplama araçları kapsamındaki soru ve ölçeklere verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

Tanımlar

Ruh Sağlığı : Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin beden, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamıştır (Yardımlar ve ark., 2007).

Ruh Sağlığı Hizmetleri: Toplum ruh sağlığı hizmetleri; toplum ruh sağlığı için gerekli olan tüm hizmetleri içeren bir kavramdır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde esas, ruh sağlığını korumak, ruh hastalıklarının oluşumunu önlemek ve bu çalışmalarını halka götürebilmek (birincil önleme), ruh hastalarının erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak (ikincil önleme), ruh hastalarının rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamak ve bunun için sistem oluşturmaktır (üçüncül önleme) (Pektaş, 2006).

SCL-90: psikiyatrik belirti tarama aracı olarak Derogatis ve arkadaşları tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir. Testin amacı normal görünümdeki kişilerde psikolojik semptomları bulmak ve semptom düzeylerindeki değişimleri değerlendirmektir. SCL 90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir araçtır (Dağ, 1991).

1.1.RUH SAĞLIĞI

Ruh sağlığının, herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Çünkü insan var olduğu günden itibaren sürekli olarak içinde yaşadığı dünyayı, evreni tanımaya, anlamaya çabalarken halen daha en az tanıyabildiği varlık kendisidir. Her insan kendine özgü kuralları olan bir toplum içerisinde yaşar ve bu topluma ayak uydurabilmesi için kendisi ve çevresiyle uyum içinde olması gerekmektedir. Topluma adapte olabilen kişiler kendisiyle barışık, sıkıntı, korku ve kaygıları bulunmayan, davranışlarını ayarlayabilen, dengeli ve tutarlı kişilerdir. Bununla birlikte karşılaşılan her korku, üzüntü ya da kaygı durumunu bir ruhsal bozukluk olarak saymak da yanlış olur. Böyle bir ön kabul ile hareket etmemiz halinde, her türlü sapmayı bir hastalık olarak görmemiz halinde yeryüzünde sağlıklı insan kalmayacaktır (Aydın, 2004).

Ruh sağlığı bireyin kendisi ile birlikte çevresindeki diğer insanlarla barış halinde olması demektir. Bu tanıma Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen “sağlıklı olma” tarifinde de rastlarız. Buna göre sağlıklı olma; beden zinde ve güçlü olma değil; beden, ruhen ve zihnen sağlıklı, dengeli ve uyum içinde olmaktır (Macit, 1996).

Bireyin kendisiyle barışık olması; iç çatışma, yersiz kaygı ve endişeler yaşamaması demektir. İç çatışmaları olan kişi daimi sıkıntı içerisinde, kolay kolay başarıya ulaşamaz, mutlu olamaz. Bireyin çevresiyle barış halinde ve uyumlu olması ise; çevresindekiler ile iyi ilişkiler kurması, olaylar dünyasına başarıyla uyabilmesidir. Böyle bir birey sosyal çevreyle uyum sağlarken başarılı ve mutlu olabilir (Macit, 1996).

Ruh sağlığı değişmez değildir, beden sağlığı gibi değişen koşullar nedeniyle bozulabilir. Dış baskılar belli bir dereceyi geçince ruhsal denge sarsılabilir, bunalımlar, üzüntüler, kaygılar, iç çatışmalar ve davranış bozuklukları yaşanabilir. Ruh sağlığındaki olumsuz değişim, çalışma, çevre ile olan ilişkiler dahil tüm hayatı etkiler. Ortaya çıkabilecek sonuçlar değerlendirildiğinde kimi ruhsal bozukluklar

beden hastalıkları ile kıyaslandığında daha yakıcıdır. Nedenini bilmediği üzüntü, kaygı ve kuruntulardan kurtulamayan kişi karamsardır, tedirgindir, güvensizdir. Kısacası mutsuzdur (Yörükoğlu, 1996).

1.2.Ruh Sağlığının Önemi

İnsanın mutluluğu üzerinde beden sağlığı kadar ruh sağlığı da önemlidir. Ruh sağlığı iyi olan birey çevresi ile anlaşmaya çalışır ve normal ilişkilere sahip olur. İnsanlar sosyal çevre ile olan ilişkilerinde az ya da çok uyum sorunu çekseler de çevreye uymak ve uyumunu düzene koymak zorundadır. Bütün bu nedenlerden dolayı güç ve karmaşık hayat şartlarına uyabilmemiz ancak ruh sağlığı bilgisine sahip olmak ile gerçekleşir. İngilizler eğitimlerini kızmamak ve kızdırmamak prensipleri üzerine kurmuşlardır. Ancak nedendir bilinmez insanlar kızmaktan ve kızdırmaktan ayrı bir haz duyarlar. Aklımızı yerinde kullanabilmek ve bizden beklenen normal hareketleri sergileyebilmek için kızmamaya özen göstermeliyiz aksi halde çevremize uyumumuz zorlaşır, her şeyi dert edinir ve sosyal bir varlık iken yalnız kalmayı tercih etmek zorunda kalırız (Zorlu, 1992).

Yapılan çalışmalar neticesinde elde edilen istatistiki veriler ruh sağlığı bozulan bireylerin bedensel rahatsızlığı olan bireylerden az olmadığını ortaya koymaktadır. Üstelik sağlığı bozulan bireyler hastanelerde daha çok kalmakta ve tedavileri de daha uzun sürmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı bozukluğu daha çok toplumsal yıkıma neden olmaktadır.

1.3. Türkiye’de Ruh Sağlığı

Çok merkezli gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması (1998) sonucunda herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı yüzde 17,2 olarak saptanmış, alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Kılıç, 1998). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında sunulan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerde depresif bozukluk sıklığı (major+minör) yüzde 9,

somatizasyon bozukluğu yüzde 5 ve panik bozukluk sıklığı yüzde 2'dir. Ruh sağlığı bozuklukları yaşla birlikte artmaktadır. Her üç ruh sağlığı sorunu kadınlarda daha yaygın görülmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre, genel olarak major depresyon yaygınlığı % 3-5.8 kadardır. Bir yıllık yaygınlık % 2.6-6.2 olarak verilmektedir. Hayat boyu risk erkekler için % 3-12, kadınlar için % 10-26'dır. Farklı araştırmalara göre farklı rakamlar verilmekle birlikte tüm oranlar buna yakındır. Epidemiyolojik veriler herhangi bir yılda kadınların % 13'ü, erkeklerin % 8'inin depresyonda olduğunu göstermektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4.0 olarak verilmektedir (Akt; Cengiz, 2013).

1.4.Kadınlarda Ruh Sağlığı

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve neden olduğu sorunlar cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda en sık görülen bazı ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Örneğin kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.7-2.7 katıdır (DSÖ, Gender Disparities in Mental Health). Bu sonuç üzerinde etkisi olan üç faktör tanımlanmıştır: İlki; kadınların daha uzun süre yaşamaları ve dolayısı ile daha fazla hastalıkla karşılaşmaları. İkincisi; dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar ile ruhsal belirtileri kadınların erkeklerden daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Üçüncüsü ise; kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları daha yüksektir ve bu sorunlar daha fazla stres ve anksiyete yaratmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının nedenleri arasında yoksulluk ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığı da sayılmaktadır (Koyun ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020'de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol

açan hastalık olacaktır (DSÖ, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Kadın ve Sağlık" raporuna göre; dünyada kadınlar alkol ve madde kullanımına bağlı rahatsızlıklardan daha az etkilenirken, anksiyete ve depresyondan daha çok etkilenmektedirler. Dünya çapında 73 milyon erişkin kadın her yıl major depresyondan etkilenmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde erişkin yaş grubu kadınların %40'ının orta ve şiddetli ruhsal bozukluklara bağlı tedavi gördüğü raporlanmıştır, düşük gelirli ülkelerde bu oran %14'tür (DSÖ, 2009).

Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet Etkilik Projesi (UHYMEP) (2004) final raporuna göre; Yaşam Boyu Depresyon dağılımlarının iki cinsiyete göre ayrı ayrı incelendiğinde erkeklerde ilk sırayı %7,3 ile osteoartritler alırken, kadınlarda %10,7 ile unipolar depresif hastalıkların aldığı görülmektedir. 15-59 yaş grubuna bakıldığında %14,4 ile kadınlarda ilk sırayı yine unipolar depresyon almaktadır. Kadınlarda kentsel alanda % 11,0 kırsal alanda % 10,2 ile unipolar depresyon ilk sıradaki yerini korumaktadır (RSHM, 2004)

Yapılan çeşitli araştırmalarda kadınlarda genel ruh sağlığında bozukluk sıklığı %14,7 ile %58,3 arasında değişmektedir. Kelleci ve ark. (2003), İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde %58,3, Özşahin ve ark. (2008) Denizli ili genelinde doğurgan çağ kadınlarda %38,4; Buzlu ve ark. (2005) İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde kadınlarda %45, Özyurt ve ark. (2011) Manisa'da bir sağlık ocağı bölgesinde doğurgan çağ evli kadınlarda %14,7 olarak bulmuşlardır.

Dönmez ve ark. (2000) Antalya sağlık ocaklarında gerçekleştirdikleri çalışmada kadın olmanın duygu durum bozukluğu riskini 2.07 kat, anksiyete riskini 3.56, somatoform bozukluk riskini 1.90 kat artırdığını bulmuştur. Karasu (2007) Eskişehir il merkezinde yaptığı çalışmada kadınların %45,5'inde duygu durum bozukluğu saptamıştır.

Rezaki'nin (1995) birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği depresyon çalışmasında, kadınların %30,3'üne, erkeklerin ise %17,1'ine depresyon tanısı konmuştur (Rezaki, 1995).

Sağduyu ve ark. (2000) tarafından gerçekleştirilen “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon” çalışmasında, 1997 hastanın 465’ine (%23.2) depresyon tanısı konulurken kadınların %26.2’sinde, erkeklerin ise %17.7’sinde depresyon tanısı saptanmıştır (Sağduyu ve ark., 2000).

Sağduyu (1995) tarafından gerçekleştirilen “Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon” çalışmasında somatik belirtilerin kadınlarda, erkeklere göre daha sık yaşandığı saptanmıştır (Sağduyu, 1995).

Özmen ve ark. (2002) tarafından 1997 hasta ile gerçekleştirilen “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk” çalışmasında %3,5 oranında distimik bozukluk tanısı konmuş olup, distimik bozukluğu olan hastaların %34.8’inin erkek, %65.2’sinin de kadın olduğu saptanmıştır (Özmen ve ark., 2002).

Kayahan ve ark. (2003) tarafından İzmir il sınırlarında bir sağlık ocağı bölgesinde gerçekleştirilen çalışmada kadınlarda %51,3 depresif belirti bulunmuş ve bunların %25.8’ne depresyon tanısı konmuştur (Kayahan ve ark., 2003).

Patel ve ark. (1997) tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen çalışmada ruhsal bozuklukları kadınlar daha sık bildirmişken, Mumford ve ark. (2000) tarafından Pakistan’da kırsal alanda gerçekleştirilen çalışmada ruhsal bozuklukların kadınlarda 2.5 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır.

1.4.1.Kadınlarda Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Kadınlar dünyanın genelinde olduğu gibi ülkemizde de eğitim, sağlık, çalışma yaşamı gibi en temel alanlarda erkeklerin gerisindedir. Toplumsal Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksi’ne göre Türkiye 2010’da 169 ülke içinde 83. sırada (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme Raporu, 2011), Cinsiyet eşitsizliği sıralamasında 126. sırada, kadınların ekonomiye katılımında sondan dördüncü olup 131. sıradadır (Dünya Ekonomik Forumu Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu, 2011).

Ülkemiz gerçekleri, düşük sosyoekonomik düzey, olumsuz yaşam şartları, 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.

1.4.1.1.Eğitim Durumu

Dünyada ve ülkemizde yapılmış çalışmaların büyük bir kısmı eğitim düzeyi düşüklüğünün ruhsal sağlığı bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Dönmez ve ark. (2000) eğitimin az olmasının anksiyete ve somatoform bozukluklar yönünden risk faktörü olarak görüldüğünü ortaya koyarlarken, Kılıç ve ark. (1998) eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmişlerdir.

Sağduyu ve ark. (2000) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon görüldüğünü saptamıştır.

Sağduyu'nun (1995) çalışmasında somatizasyon, 5 yıl ve altında eğitim alanlarda, lise ve daha yüksek düzeyde eğitim alanlara göre daha sık bulunmuştur. Belek (1999), 11 yıldan daha uzun süre eğitim alanların, daha az eğitim alanlara göre ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde, anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyinin ilişkisini araştıran çalışmalardan birisinde Doğan ve ark. (1995) Sivas il merkezinde anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (Doğan ve ark., 1995).

Çilli ve ark. (2004) evli ve evli olmayan çalışan kadınlar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, lise mezunu olan çalışan evli kadınların fobik, obsesyon, öfke, psikotik, paranoid ve global şiddet indeksi puanlarının yüksek

öğrenimli çalışan evli kadınlardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ev kadınlarda ise kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon puanları ortaokul eğitilmiş olanlarda yüksek öğrenimlilerden daha yüksek bulunmuştur (Çilli ve ark., 2004).

Buzlu ve ark. (2006) kadınların öğrenim düzeyi ile GSA skorları arasında anlamlı ilişki saptarken bu durum üniversite mezunu dışındaki kadınlarda daha yüksektir (Buzlu ve ark., 2006).

Dökmen (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada eğitim süresindeki artışın anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti puanlarına anlamlı katkı sağladığı ve ruh sağlığına olumlu katkısı olduğu saptanmıştır (Dökmen, 2009).

Kayahan ve ark. (2003) çalışmasında depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların %72.8'inin düşük eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır (Kayahan ve ark., 2003).

1.4.1.2. Medeni Durum

Medeni durumun, ruh sağlığına etkisi konusunda çeşitli araştırmalar vardır. Manhattan'da 20-29 yaş grubunda olan geniş bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, evliliğin kadınlardan çok erkeklerin mutluluğunda önemli olduğu ve bekâr erkeklerin %20 'sinde görülen ruh sağlığı sorunlarının bekâr kadınların sadece %11' inde görüldüğü ifade edilmiştir (Cole, 1992).

Genelde depresif bozukluğun, hiç evlenmemiş, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde sık olarak görüldüğü bildirilmiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının çalışmalarında depresif bozukluğun ayrı yaşayan ya da boşanmışlarda evli ya da hiç evlenmemişlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağduyu'nun (1995) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında, somatizasyonun evli ya da dul olanlarda hiç evlenmemişlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek (1999), evlilerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu bulmuştur.

Kelleci ve ark. (2003) yaptığı çalışmada bekar ve dul olanlarda, evlilere göre

ruhsal bozukluk belirtisi daha yüksek puanlarda saptanmıştır (Kelleci ve ark., 2003).

Kayahan ve ark. (2003) İzmir.'de yaptığı çalışmada, evli olmanın bekarlara göre duygulanım bozukluğu riskini artırdığını saptamışlardır. Buna göre, evlilik kadınlar için bir stres faktörüdür. Evlilik, erkekleri kadınlardan daha fazla depresyondan korumaktadır (Kayahan ve ark., 2003).

Türkleş ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada dini nikahlı kadınların ailelerinde aile içi iletişim, aile içi rol dağılımı, uygun duygusal tepki verebilme ve ailenin genel işlevlerini yerine getirmesinde resmi nikahlı kadınlara göre daha fazla sorun yaşandığı belirlenmiştir (Türkleş ve ark., 2013)

1.4.1.3.Çalışma Yaşamı

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008) raporuna göre; çalışma durumu ile medeni durum arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiş, evli olmayanlarda evli olanlara göre çalışma oranı daha yüksek bulunmuştur (%39.9, % 30.2). Kadınların %51'nin hizmet sektöründe, %40'nın tarım sektöründe, %8'nin sanayide çalıştığı tespit edilmiştir. Çalışan kadınların %39'u düzenli veya geçici ücretli işçi, %10'u devlet memuru, %2'si işveren, %17'si kendi hesabına çalışan ve yaklaşık üçte biri ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Kadınların %69'u çalışırken sosyal güvenlik kapsamında değildir. Yine bu kadınların %16'sı sağlık sigortası kapsamında değildir (TNSA, 2008).

Dökmen (1997) çalışmayanları çalışanlara göre daha depresif bulmuştur. Dökmen'in (2003) yaptığı çalışmada, üç farklı grup kadının (pazarcı, çalışan, ev kadını) çalışma şekillerine göre ruhsal bozuklukları açısından da farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Uçman'a (1990) göre, Türkiye'de çalışan kadınların ruh sağlığı çalışan erkeklere göre daha fazla bozulma riski taşımaktadır (Uçman, 1990).

Bilgin (1990) Adana'da gerçekleştirdiği çalışmada, çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda depresyon saptamıştır (Bilgin, 1990).

Çetin ve ark. (1999) tarafından Trabzon'da gerçekleştirilen çalışmada depresyon en yüksek düzeyde ev kadınlarında tespit edilmiştir (Çetin ve ark., 1999)

Çilli ve ark. (2004) tarafından Konya'da ev kadınları ve çalışan evli kadınları ile gerçekleştirilen çalışmada ev kadınlarında anksiyete, fobi, paranoid, psikotik, somatizasyon ve global şiddet indeksi puanları daha yüksek saptanmıştır (Çilli ve ark., 2004).

Budakoğlu ve ark. (2005) Ankara'da 15 yaş üzeri kadınlarda %20,1 anksiyete şüphesi saptamışlar ve çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda bulmuşlardır (Budakoğlu ve ark., 2005).

Nalbantoğlu (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ev eksenli çalışanlar ve ev işçilerinde diğer çalışma biçimlerine göre ruhsal bozukluk daha fazla görülmüştür. En yüksek ruhsal belirtiye sahip olan ev eksenli ve evde çalışan kadınları sırasıyla ödenmeyen emek, ücretsiz aile işçisi, formel çalışan kadınlar izlemektedir. Kadınların evde bakım yükleri ve ev içi sorumluluk puanları ile ruhsal bozukluk belirti puanları doğru orantılı olarak artmaktadır (Nalbantoğlu, 2011).

1.4.1.4.Sosyoekonomik Düzey

Araştırmalarda, kadın-erkek arasındaki işgücüne katılım farklılıklarının temelinde kültürel faktörlerin belirleyici olduğu cinsiyete dayalı toplumsal iş bölümü ayrımının olduğunu doğrulamaktadır. Kadınların iş yaşamına katılımları, genelde aile fertleri tarafından engellenmektedir. İş yaşamına katılan kadınlar ise evlenme ya da çocuk doğurma nedeniyle, er ya da geç işten ayrılmaktadır. Önem sırasına göre, kadının eş ve anne konumunu içeren cinsiyete dayalı iş bölümü işi terk nedenleri arasında en ön sırada yer almaktadır. Çalışan kadınlar ise ev işlerini üstlenmenin getirdiği çifte yükümlülük nedeniyle ev kadını konumunu tercih edebilmektedirler. Alt sosyoekonomik sınıflardaki çoğu eğitimsiz kadınlar ise kentlerin düşük ücretli,

sosyal güvencesi olmayan ağır çalışma koşulları ile karşı karşıyadırlar. Araştırmalar, cinsiyete dayalı iş bölümünün kadınların kendileri tarafından da içselleştirildiğini ve kadınların, erkeği ev geçiminin sorumlusu olarak gördüklerini ve ayrıca bu koşullarda, ev dışında çalışmayı istemediklerini bulgulamıştır (Türk İş Raporu, 2005).

Ülkemizde depresyona yönelik çalışmaların bazılarında düşük sosyoekonomik düzeyin depresyon riskini arttırdığı ortaya konulmuştur. Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek (1999), aylık geliri yüksek olanların ve geliri giderinden daha fazla olanların daha sağlıklı olduğunu ortaya koymuştur (Belek, 1999).

Kayahan ve ark. (2003) yaptığı çalışmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %41'nin sosyal güvencesinin olmadığı, %34,1'nin eşinin düzenli olarak çalışmadığı ya da hiç çalışmadığı, %27,3'nün düzenli gelirin olmadığı saptanmıştır (Kayahan ve ark., 2003).

Çetin ve ark. (1999) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayanların %47,2'sinde depresyon mevcutken, sosyal güvencesi olanlarda bu oran %29,9'dur (Çetin ve ark., 1999).

Karasu'nun (2007) Eskişehir'de sağlık ocaklarında yaptığı çalışmada gelir düzeyi azaldıkça ruhsal bozuklukların yaygınlaştığı saptanmıştır (Karasu, 2007).

1.4.1.5.Göç

Göç, insanlık tarihinin bütün dönemleri boyunca var olan bir olgudur. Göç kavramı bireylerin veya toplulukların bir bölgeden başka bir bölgeye taşınması olarak tanımlanabilir. Sonuçları itibariyle sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik birçok ögeyi içinde barındırır (Sağlam, 2006).

Kadınların göç etme nedenleri arasında en sık bağlantılı göçe rastlanmaktadır. Bağlantılı göç ailenin herhangi bir nedenle (iş bulma veya iş tayini) göç eden erkek üyelerini takip eden kadınların hareketini tanımlayan bir olgudur. Burada kadının

bağımsız bir göç kararından ziyade aile içindeki konumuna bağlı olarak göç etmesi söz konusudur (İlkaracan ve İlkaracan, 1998). Türkiye geneline bakıldığında, göçlerde evlilik, eğitim, iş değişikliği, tayin, memlekete geri dönüş ve emeklilik gibi nedenlerden oluşan bireysel nedenler ile yapılan göçlerin en yüksek paya (%47,1) sahip olduğu görülmektedir (Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması, 2006).

Zorunlu göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kadın göçmenlerin erkek göçmenlere göre daha fazla duygusal zorlanma yaşadığı belirtilmektedir (Akdeniz ve Öz, 2009).

Göç eden kadınların stresle baş etmede diğer bireylere göre daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (Topçu ve Başer, 2006).

Türkleş ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada göç etme durumlarına göre kadınların Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Belirti Toplamı İndeksi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma sonucunda göç etmenin kadınların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkide bulunduğu saptanmıştır (Türkleş ve ark., 2013).

1.4.1.6.Doğurganlık Özellikleri

Kayahan ve ark. (2003) bildirdiğine göre; kadınların üreme ile ilgili durumları; menstrüel siklus, gebelik, gebelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama, menopoza dönemleri duygu durumlarında dalgalanmalara yol açmakta ve ruh sağlıkları etkilenebilmektedir. İnfertilite problemi olan kadınlar, genç yaşta anne olan kadınlar depresyon için yüksek derecede risk grubunu oluşturmaktadır. Menopozda görülen depresyon, diğer yaş gruplarında görülen depresyondan farklı değildir. Yaşam değişikliklerine bağlı oluşan depresyonda, geçmişte yaşanan depresif epizotların da etkisi vardır . “Boş yuva sendromunda”, çocuklar evi terk ettiğinde kadınlar amaçlarını ve kimliklerini kaybettiklerini düşünerek depresif belirtiler gösterebilirler. Özellikle toplumumuzda menopoz anksiyetesinin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık ve izolasyon duygusu yatmaktadır (Kayahan ve ark., 2003).

Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır. Genç anneler ve daha fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon gelişebilmektedir. Kayahan ve ark. (2003) İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada psikiyatrik görüşme yaptıkları kadınların %76,1’i çocuk sahibi ve bunların da %89,7’si iki veya daha fazla çocuk sahibi olduğu bulunmuştur (Kayahan ve ark., 2003).

Buzlu ve ark. (2006) çalışmasında üç ve üzeri çocuk sahibi kadınlarda Genel Sağlık Anketi (GSA) puanlarını daha yüksek bulmuştur (Buzlu ve ark., 2006).

Dökmen (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada menopoza öncesi, hemen öncesi ve sonrası dönemlerindeki kadınlar ruh sağlığı bakımından benzer bulunmuşlardır, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile belirlenen ruh sağlığı belirtileri bakımından farklılık göstermemektedirler (Dökmen, 2009).

Kadınların kısırlık sürecinde erkeklere oranla daha fazla stres, depresyon ve anksiyete yaşadıkları ve kadınlardaki depresyon oranının kanser, HIV pozitifliği, hipertansiyon gibi ciddi hastalıklara sahip olan kadınlardaki oranla benzer çıkması, kısırlığın kadınların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin boyutunu göstermektedir (Eren, 2008; Akt. Karaca ve Ünsal, 2012).

1.4.1.7. Bedensel Hastalık Durumu

Klinik bakımdan tanı konulacak şiddette depresyon, bedensel hastalığı olanların %15’inde görülmektedir. Bu durum, bedensel hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu göstermektedir (Ünal ve Özcan, 2000).

Kayahan ve ark. (2003) gerçekleştirdiği çalışmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %28,4’nün önceden önemli bir hastalık geçirdiğini saptanmıştır. Depresyon dışında hastalık geçiren kadınların %23,8’nin kardiyovasküler sistem hastalığı, %22,1’inin santral sinir sistemi hastalığı ve %13,6’sının böbrek hastalıkları geçirdiği saptanmıştır (Kayahan ve ark., 2003).

Üçok (1995), 400 kişi ile gerçekleştirdiği ‘Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuşu’ çalışmasında, en az bir kronik bedensel hastalığı olan 230 kişinin (56 erkek, 174 kadın) % 40.4’ünde, kronik bedensel hastalığı olmayan 170 kişinin ise % 27.1’inde ruhsal bozukluk saptamıştır. Kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozuklukların sıklığı, bedensel hastalığı olmayanlara göre anlamlı oranda yüksektir (Üçok, 1995).

Rezaki (1995) çalışmasında depresyonu olanların %69.5’inde yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, romatizma, şeker hastalığı gibi kronik bedensel hastalıklardan en az birinin bulunduğunu tespit etmiştir. Depresyonu olmayanların ise %52.9’unda kronik bedensel hastalık tespit edilmiştir (Rezaki, 1995).

Özyurt ve ark. (2011) çalışmasında kadınların %20’sinde ilaç kullanmalarını gerektiren bir kronik hastalıkları vardır. Kadınların depresif belirti sıklığının kronik hastalık varlığında 2.76 kat arttığını saptamıştır (Özyurt ve ark., 2011).

Budakoğlu ve ark. (2005) Ankara kent merkezinde 15 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları araştırmada kronik hastalığı olan kadınlarda olmayanlara göre anksiyete şüphesini daha yüksek saptamışlardır (Budakoğlu ve ark., 2005).

1.5.Ruh Sağlığı Bozukluğu

Ruh sağlığı değişmez değildir, beden sağlığı gibi koşullara göre değişip bozulabilir. Dış baskılar belli bir ölçüyü aşınca, herkesin ruhsal dengesi sarsılabilir, bunalımlar, üzüntüler, kaygılar, iç çatışmalar ve davranış bozuklukları çıkabilir. Ruh sağlığının bozulması kişinin tüm yaşamını etkiler (Yörükoğlu, 1996).

Ruhsal hastalık; insanın duygu düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların aykırılıkların bulunmasıdır. Ruhsal hastalık belirtileri insanlara acı verir, rahatsız eder. Kişinin gerek kendisiyle gerekse çevresiyle olan ilişkilerini bozar. Ruhsal bozukluklar da diğer hastalıklar gibi bünyesel ve çevresel sebepler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bünyesel olanlar; insan vücudundan kaynaklanan; genetik ve

metabolik sebeplerdir. Çevresel sebepler ise kişinin yaşadığı ortamda gelişen fiziksel ve sosyal olaylardır (Konan, 1997).

Ruhsal hastalık, rahatsızlık ve hastalıkları bünyesinde barındıran ve normal sağlık durumundan belirgin bir ayrılışı ifade eden geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal bozukluklar oldukça yaygın olarak görülmesi, kronikleşme eğilimleri, uzun tedavi süreçleri ile toplum sağlığına yönelik bir sorunu temsil etmekte (Pektaş ve ark., 2006) ve bunlar toplumda dışlanan bir karaktere sahip olmakta ve bununla birlikte doğru tanı ve teşhis konulmadığı noktada ruhsal hastalıkların kronikleştiği görülmektedir (Ocaktan ve ark., 2004).

1.5.1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma

Ruhsal bozukluklar, dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Ruhsal bozukluklar yaygınlıkları ve kronikleşme eğilimi göstermeleri ile en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu olan hastalıklardandır (Tabak ve Şarlak, 2008).

Halk Sağlığı açısından ruhsal sağlık sorunları dört nedenle önem taşır:

- Yaşam kalitesi, büyük ölçüde bireyin ruhsal durumu tarafından belirlenir.
- Tıbbi bakım ihtiyacı olan bireylerin büyük bölümü aynı zamanda ruhsal veya nörolojik bozukluklara sahiptir.
- Birçok bedensel hastalığın önemli ruhsal yönü vardır.
- Erken ölümler ya da kalıcı hasar geliştirebilirler (Çelikkol, 2001).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri; toplum ruh sağlığı için ihtiyaç duyulan bütün hizmetleri kapsayan bir kavramdır. Birincil önleme kapsamında ruh sağlığını korumak, ruh hastalıklarının oluşumunu önlemek ve bu çalışmalarını halka götürebilmek, ikincil önleme kapsamında ruh hastalarının erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak, üçüncül önleme kapsamında ruh hastalarının rehabilitasyon ve

bakımının sürekliliğini sağlamak ve bunun için sistem oluşturmak ruh sağlığı hizmetlerinin temel esaslarıdır (Pektaş, 2006).

1.6.Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)

SCL 90-R 'psikiyatrik belirti tarama aracı' olarak Derogatis ve arkadaşları tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir. Testin amacı normal görünümdeki kişilerde psikolojik semptomları bulmak ve semptom düzeylerindeki değişimleri değerlendirmektir. SCL 90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir araçtır (Dağ, 1991).

Somatizasyon: Bedenin herhangi bir parçasında tekrarlanan ve sık sık değişen işlevsel bozukluklardır. Bu belirtiler daha çok sinir, kalp ve damar, mide ve bağırsak sistemi ile ilgilidir. Baş ağrısı, kas ağrıları, geğirme, öğürme, bulantı, kusma gibi belirtiler şeklinde görülebilir. Belirtilerin görüldüğü diğer bir sistemde deridir. Belirtileri ise, kaşıntı, yanma, karıncalanma, uyuşma şeklinde görülebilir. Ayrıca kadınlarda cinsel ve adetlerle ilgili yakınmalar da görülebilir (Konan, 1997).

Somatik bir yakınma, tıbbi tedavi yapılması sonucunu doğuruyorsa ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında belirgin bir bozulmaya neden oluyorsa klinik açıdan önemli olduğu düşünülür (Koç ve ark., 2002).

Obsesif - Kompulsif Bozukluk: Bu bozukluğun temel özelliği tekrarlayan obsesyonel düşünceler ve Kompulsif hareketlerin bulunmasıdır. Bunlar istenmeyen türden, egonun yabancı olduğu ve kişinin karşı koyamadığı ve vazgeçemediği deneyimlerdir. Kişi huzursuzdur. Kişiye duygu ve düşünceler anlamsız ve saçma gelir karşı koymak ister fakat bunu başaramaz. Kompulsif hareketler tekrar tekrar yapılan kalıplaşmış davranışlardır. Bu hareketleri yapmak kişiye zevk vermez ve bunlar bir amaca yönelik de değildir. Ayrıca kişi tarafından anlamsız ve etkisiz bulunur, bunlara karşı direnme çabası gösterir. Obsesif- Kompulsif bozukluk, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür (Konan, 1997).

Kişiler Arası Duyarlılık: Kişinin yetersizlik duygulan, aşağılık duygulan, özellikle başkalarıyla kendini kıyaslamasıyla ilgili duyguları üzerinde durmasıdır. İnsanlar arası etkileşimlerde kendini değersiz, işe yaramaz görme, huzursuzluk, yerinde duramama gibi belirtilerdir (Konan, 1997).

Depresyon: Depresyonun temel özelliği hoş olmayan duygu durumu umutsuzluk, karamsarlık ve bunaltı halidir. Depresifler derin bir üzüntü yaşarlar. Gelecekleri ile ilgili, yaşadıkları ile ilgili olarak hep kötümser düşünürler. Hastada depresif duygu durumu ile birlikte yaşama, değişik etkinlik ve sorumluluklara karşı ilgi kaybı izlenir (Koç ve ark., 2002).

Motivasyon noksanlığı ve enerjisizlik de söz konusudur. Umutsuzluk, intihar düşüncesi, bilişsel ve bedenle ilgili belirtiler de bu bölüme dâhildir. Kişi çökkün duygu durum, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakınır; enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Ve sık görülen belirtiler şunlardır (Konan, 1997).

Davranış bozuklukları arasında en yaygın olarak görülen depresyon, her yaşta her bireyde görülmesi mümkün olan bir hastalıktır. Genetik veya bio-kimyasal nedenler, çevre koşulları ve psiko-sosyal zorlanmalar depresyonun başlamasına neden olabilir (Koç ve ark., 2002).

Anksiyete: Belirlenebilir bir olayla, nesneyle vb. orantılı olmayan tedirginlik, kaygı, korku ve benzeri gibi olumsuz duygularla tanımlanan ve bu duygulardan ötürü genel işleyişte kötüleşmelere yol açan çeşitli uyumsuzluk rahatsızlıklarıdır (Koç ve ark., 2002).

Kişinin sürekli bir gerilim, üzüntü ve tedirginlik içinde yaşamasıdır. Anksiyeteli insan, ilişkilerinde aşırı duyarlıdır, kendini yetersiz bulur ve kolayca çöküntüye girer. Dikkatini toplayamadığı ve yanlış yapmaktan çok korktuğu için, karar vermek de ona güç gelebilir. Özellikle boyun ve omuz bölgelerinde daha çok duyulan kas

geriliminden, sık idrar yapmadan, uyku glgnden ve kötü rüyalardan yakkır; sürekli terler, avuç ileri ıslak ve soğuktur; görünür bir neden olmaksızın kan basıncı ve nabız hızla artabilir, kalp çarpıntıları olabilir. Kişi işleri yolunda gitse de kaygılıdır (Konan,1997).

Öfke ve Düşmanlık: Öfke, olumsuz duygu durumunun özellikleri olan düşünce, duygu ve hareketler üzerine odaklaşır. Bu boyutta seçilen maddeler, agresyon, sinirlilik (irritability), şiddetli öfke (rage) ve küskünlük (resentment) gibi durumları da içerir (Koç ve ark., 2002). Kızgınlığa bağlı olumsuz düşünce ve davranışları kapsar. Kızma, huzursuz olma, karşı koyma, saldırganlık gibi belirtiler görülebilir (Konan, 1997).

Fobik Anksiyete: Belirli bir nesneye ve duruma karşı duyulan yoğun korkuyla belirlenir. Dışarıdan gözlemleyen biri için tepkinin yoğunluğu, tehlike olduğu varsayılan durumla orantısızdır. Birçok fobilerin yetişkin yaşamda oluşmasına karşın, karanlık, gök gürültüsü ve bazı hayvanlardan korku, genellikle çocukluktan başlayarak süre gelen tepkilerdir (Koç ve ark., 2002).

Paranoid Düşünce: Paranoid sanrılar çok değişik ruhsal ve organik ruhsal bozukluklarda görülebilir. Paranoid reaksiyon başlı başına bir hastalık olmaktan çok bir sendromdur (ztrk, 1994).

Paranoid kişilik bozukluğunun başlıca özelliği başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme örüntüsüdür. Bu rnt genç erişkin döneminde başlar değişik koşullar altında ortaya çıkar (Koç ve ark., 2002).

Paranoid kişilik özellikleri gösteren bir kişide i ya da dış zorlar altında tipik Paranoid sanrılarla belirli geçici ya da epizodik bir psikozdur. Hastada şizofreni ya da tipik paranoya durumu yoktur. Fakat nöbetlerle gelen paronoid türde düşüncenin egemen olduğu psikotik bir reaksiyon içine girmiştir (ztrk, 1994).

Psikotizm: Hezeyanlar, halüsinasyonlar, deorganize konuşma (sık sık konu dışı sapmalar gösterme), ileri derecede deorganize ya da katatonik davranış belirtilerinden en az birinin birden başlaması bu bozukluğun başlıca belirtileridir (Koç ve ark., 2002).



İKİNCİ BÖLÜM

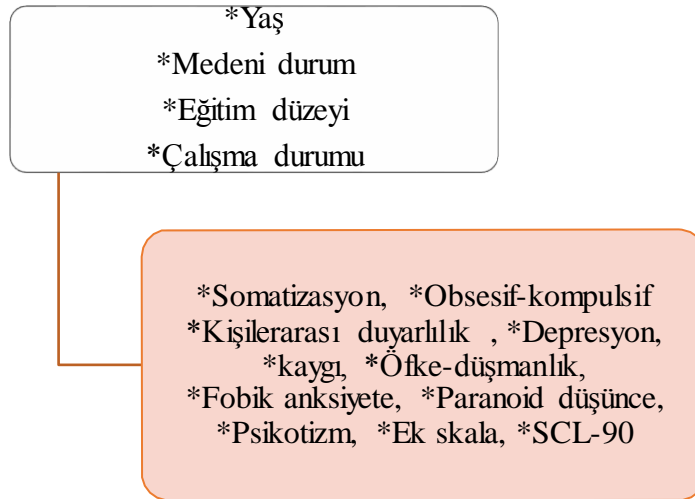
MATERYAL/METOD

Bu bölümde bu araştırmanın hedefledikleri hakkında analizler ve bulunan sonuçlar işlenecektir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları ve istatistiksel teknikler açıklanmaktadır. Son olarak araştırma sürecinde göz önünde bulundurulmuş etik kurallardan bahsedilmektedir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada “ilişkisel modeli” olarak tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi hedefleyen bir araştırma türüdür. Araştırmaya konu olan olay, kişi ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009).

Şekil 1: Araştırmanın modeli



2.2. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni

Araştırmanın örneklemini 2016 ile 2017 yılları arasında İstanbul ili Kadıköy İlçesinde ruh sağlığı hizmetine başvurmuş kadınlar arasında random olarak seçilen 200 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini İstanbul ili Kadıköy ilçesinde ruh sağlığı hizmetine başvurmuş kadınlar oluşturmaktadır. Bu kadınlara, çalışmanın amacı ve konusu hakkında sözel olarak bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olan kadınlar çalışmaya alınmıştır.

2.3. Verilerin Toplama Araçları

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda (kadınların; yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi ve çalışma durumu) sorular yer almaktadır (EK-1). Hazırlanmış olan bu form ile kadınların psikolojik belirtilerini etki edebileceği düşünüldüğünden bilgi toplamak amaçlanılmıştır.

2.3.2. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)

SCL 90-R 'psikiyatrik belirti tarama aracı' olarak Derogatis ve arkadaşları tarafından 1973-1977 yılları arasında geliştirilmiştir. Testin amacı normal görünümdeki kişilerde psikolojik semptomları bulmak ve semptom düzeylerindeki değişimleri değerlendirmektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını İhsan Dağ tarafından 1991 yılında yapılmış, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, ölçeğin Türkiye'de uygulanabilir olması sağlanmıştır (Dağ, 1991). Bu ölçek 90 sorudan oluşmakta ve 9 ayrı belirti grubu ölçmektedir. Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişiler arası duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Düşmanlık, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce ve Psicotizm olmak üzere 9 alt boyutun dışında; bu alt gruplara girmeyen ek ölçek puanı ile, tüm belirtilerin ortalaması alınarak genel belirti ortalamasına ulaşılmaktadır. Her madde; "Hiç, çok az, orta derecede, oldukça fazla ve ileri derecede" şeklinde 5 seçenek içermekte ve sırasıyla 0-1-2-3-4 ile puanlanmaktadır (Kılıç,1991)

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 2016 ile 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında katılımcılara; bireylerin kişisel bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu (KBF), ikinci aşamada ise Belirti Tarama Listesi (ScI-90-R) verilmiştir. Araştırma kapsamında örnekleme oluşturan kadınlardan alınan veriler, yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür. Görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

2.5. Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Somatizasyon, Obsesif-kompulsif, Kişilerarası duyarlılık, Depresyon, kaygı, Öfke-düşmanlık, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce, Psicotizm, Ek skala ve SCL-90 ölçeklerinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ölçeklerin dağılımının normal dağılmadığı saptanmıştır (sırasıyla, $z=.065$, $p=0.042$; $z=.077$, $p=.005$; $z=.050$, $p=0.046$; $z=.059$, $p=.030$; $z=.113$, $p=.001$; $z=.125$, $p=.001$; $z=.144$, $p=.001$; $z=.102$, $p=.001$; $z=.116$, $p=.001$; $z=.085$, $p=.001$ ve $z=.064$, $p=.045$).

Ölçekler normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Bunun için Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testi sonucunda anlamlı çıkan farkları hangi gruplar arasında anlamlı olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.. Kadınların yaşları ile psikolojik belirtiler envanterinin alt ölçekleri arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon Testi ile bakılmıştır.

2.6. Etik Konular

İstanbul ilinde Kadıköy İlçesinde ruh sağlığı hizmetine başvurmuş kadınlar örneklem grubunu oluşturmakta olup kendilerine gizlilik haklarının korunacağına garanti verilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan kadınlara ölçeklerde verdikleri cevapların hiçbir kişisel bilgi paylaşımı olmadan istatistiksel analizlerde kullanılacağı ve bu şekilde tez çalışmasında yer alacağı konusu da teyit edilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan örneklemin scl 90 psikolojik belirti tarama envanterinin alt ölçeklerinden elde edilen bilgiler ile araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan örneklemin demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1: Araştırmaya Katılan Grubun Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=200)

Bireysel Özellikler	Frekans ve yüzelik değerler	
	n	%
Yaş		
18-29 yaş arası	46	23.0
30-39 yaş arası	56	28.0
40-49 yaş arası	35	17.5
50-59 yaş arası	38	19.0
60 yaş ve üzeri	25	12.5
Medeni durum		
Evli	107	53.5
Bekar	71	35.5
Ayrılmış	22	11.0
Eğitim düzeyi		
Ortaokul mezunu ve altı	44	22.0
Lise mezunu	68	34.0
Yüksek okul mezunu	88	44.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	58	29.0
Çalışmıyor	65	32.5
Başka nedenlerle çalışmıyor	77	38.5
Toplam	200	

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi; araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 200 kadının yaş ortalamasının 41.13 ± 14.30 olduğu görülmüştür. Kadınların %53.5’inin (n=107) evli olduğu, %44.0’ünün (n=88)

yüksek okul mezunu olduğu ve %38.5'inin (n=77) öğrenci, emekli olma gibi nedenlerden dolayı çalışmadıkları görülmüştür.

Tablo.3.2: Kadınların SCL-90 Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

Ölçekler	Ort. ve SS
Somatizasyon alt ölçeği	1.40±0.84
Obsesif-kompulsif alt ölçeği	1.66±0.81
Kişilerarası duyarlılık alt ölçeği	1.49±0.88
Depresyon alt ölçeği	1.93±0.84
Kaygı alt ölçeği	1.33±0.79
Öfke-düşmanlık alt ölçeği	1.41±0.95
Fobik anksiyete alt ölçeği	0.81±0.76
Paranoid düşünce alt ölçeği	1.31±0.83
Psikotizm alt ölçeği	0.83±0.63
Ek madde alt ölçeği	1.40±0.86
Genel değerlendirme (toplam skor)	1.40±0.64

Tablo 3.2'de görüldüğü gibi; kadınların somatizasyon ölçeğinin ortalaması (1.40±.84) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun somatizasyon düzeyi normal olduğu görülmüştür.

Kadınların obsesif kompulsif ölçeğinin ortalaması (1.66±0.81) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun obsesif kompulsif düzeyi yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların kişilerarası duyarlılık ölçeğinin ortalaması (1.49±0.88) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun kişilerarası duyarlılık düzeyi normal olduğu görülmüştür.

Kadınların depresyon ölçeğinin ortalaması (1.93±0.84) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun depresyon düzeyi yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınlarm kaygı ölçeğinin ortalaması (1.33±0.79) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun kaygı düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm öfke-düşmanlık ölçeğinin ortalaması (1.41±0.95) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun öfke düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm fobik anksiyete ölçeğinin ortalaması (.81±0.76) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun anksiyete düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm paranoid düşünce ölçeğinin ortalaması (1.31±0.83) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun paranoid düşünce düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm psikotizm ölçeğinin ortalaması (0.83±0.63) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun psikotizm düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm ek skala ölçeğinin ortalaması (1.40±0.86) olduğu saptanmıştır. Ortalama degere baktığımızda grubun uyku ve iştah problemleri düzeylerinin normal olduğu görölmüştür.

Kadınlarm genel skorlarının ortalaması (1.40±0.64) olduğu saptanmıştır. Grubun genel ortalaması değerine baktığımızda psikopataloji düzeyi normal olduğu görölmüştür.

Tablo 3.3: Ruhsal Tarama Envanterinin Alt Boyutlarının Puanlarına Göre Grubun Dağılımı

Ölçekler	Ferakns ve yüzelik değerler	
	n	%
Somatizasyon alt ölçeği		
Normal	115	57.5
Yüksek	62	31.0
Çok yüksek	23	11.5

Obsesif kompulsif alt ölçeği		
Normal	99	49.5
Yüksek	68	34.0
Çok yüksek	33	16.5
Kişilerarası duyarlılık alt ölçeği		
Normal	106	53.0
Yüksek	68	34.0
Çok yüksek	26	13.0
Depresyon alt ölçeği		
Normal	62	31.0
Yüksek	81	40.5
Çok yüksek	57	28.5
Kaygı alt ölçeği		
Normal	130	65.0
Yüksek	54	27.0
Çok yüksek	16	8.0
Öfke-düşmanlık alt ölçeği		
Normal	123	61.5
Yüksek	48	24.0
Çok yüksek	29	14.5
Fobik anksiyete alt ölçeği		
Normal	168	84.0
Yüksek	26	13.0
Çok yüksek	6	3.0
Paranoid düşünce alt ölçeği		
Normal	129	64.5
Yüksek	52	26.0
Çok yüksek	19	9.5
Psikotizm alt ölçeği		
Normal	175	87.5
Yüksek	23	11.5
Çok yüksek	2	1.0
Ek skala alt ölçeği		
Normal	116	58.0
Yüksek	67	33.5
Çok yüksek	17	8.5
Toplam skor		
Normal	114	57.0
Yüksek	73	36.5
Çokyüksek	13	6.5

Tablo 3.3’de görüldüğü gibi; kadınların %57.5’inin (n=115) somatizasyon belirtiler göstermediği görülmüştür. Kadınların %31.0’inde (n=62) somatizasyon belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %11.5’inde (n=23) somatizasyon belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %49.5'inde (n=99) obsesif-kompulsif belirtiler göstermediği görülmüştür. Kadınların %34.0'ünde (n=68) obsesif-kompulsif belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %16.5'inde (n=33) obsesif-kompulsif belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %53.0'ünde (n=106) kişilerarası duyarlılık seviyesi normal olduğu görülmüştür. Kadınların %34.0'ünde (n=68) kişilerarası duyarlılık seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %13.0'ünde (n=26) kişilerarası duyarlılık seviyesinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %31.0'inde (n=62) depresyonlu olmadığı görülmüştür. Kadınların %40.5'unda (n=81) depresyon belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %28.5'unda (n=57) depresyon belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %65.0'inde (n=130) kaygılı olmadığı görülmüştür. Kadınların %27.0'sinde (n=54) kaygı belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %8.0'inde (n=16) kaygı belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %61.5'unda (n=123) öfke-düşmanlık seviyesi normal olduğu görülmüştür. Kadınların %24.0'ünde (n=48) öfke-düşmanlık seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %14.5'unda (n=29) öfke-düşmanlık seviyesinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %64.0'ünde (n=168) fobik anksiyeteli olmadığı görülmüştür. Kadınların %13.0'ünde (n=26) fobik anksiyete belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %3.0'ünde (n=6) fobik anksiyete belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %64.5'unda (n=129) paranoid düşüncelerinin olmadığı görülmüştür. Kadınların %26.0'sında (n=52) paranoid düşüncelerinin belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %9.5'unda (n=19) paranoid düşüncelerinin belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %87.5'unda (n=175) psikotizm belirterinin olmadığı görülmüştür. Kadınların %11.5'unda (n=23) psikotizm belirtilerin araz düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %1.0'inde (n=2) psikotizm belirtilerin araz düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %58.0'inde (n=116) uyku ve iştahda da problem yaşamadığı görülmüştür. Kadınların %33.5'unda (n=67) uyku ve iştahda da problem yaşama düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %8.5'unda (n=17) uyku ve iştahda da problem yaşama düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların %57.0'sinde (n=114) patoloji bulgular olmadığı görülmüştür. Kadınların %36.5'unda (n=73) patoloji bulguların görülme seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların %6.5'unda (n=13) patoloji bulguların görülme seviyesinin çok yüksek olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde birinci olarak “Kadınların yaşları ile kadınların scl 90 psikolojik belirti tarama envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 3.4: Kadınların Yaşları İle SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boyut	Boyut	N	r	p
Somatizasyon ölçeği puanları	Yaş	200	-.009	.902
Boyut	Boyut	N	r	p
Obsesif kompulsif ölçeği puanları	Yaş	200	-.279	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Kişilerarası duyarlılık ölçeği puanları	Yaş	200	-.354	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Depresyon ölçeği puanları	Yaş	200	-.251	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Kaygı ölçeği puanları	Yaş	200	-.197	.005**

Boyut	Boyut	N	r	p
Öfke-düşmanlık ölçeği puanları	Yaş	200	-.333	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Fobik anksiyete ölçeği puanları	Yaş	200	-.157	.027*
Boyut	Boyut	N	r	p
Paranoid düşünce ölçeği puanları	Yaş	200	-.272	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Psikotizm ölçeği puanları	Yaş	200	-.278	.001**
Boyut	Boyut	N	r	p
Ek skala ölçeği puanları	Yaş	200	-.088	.214
Boyut	Boyut	N	r	p
Genel değerlendirme ölçeği puanları	Yaş	200	-.277	.001**

**p<0.01; *p<0.05

Tablo 3.4’de görüldüğü gibi; kadınların yaşları ile obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=-.279$, $p<0.01$; $r=-.354$, $p<0.01$; $r=-.251$, $p<0.01$; $r=-.197$, $p<0.01$; $r=-.333$, $p<0.01$; $r=-.157$, $p<0.05$; $r=-.272$, $p<0.01$; $r=-.278$, $p<0.01$ ve $r=.277$, $p<0.01$). Bir diğer deyişle kadınların yaşları arttıkça; obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmektedir.

Kadınların yaşları ile somatizasyon ve ek skala ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon-Testi yapılmış ve anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (sırasıyla; $r=-.009$ ve $r=-.088$; $p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “Kadınların medeni durumları ile kadınların scl 90 psikolojik belirti tarama envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 3.5: Kadınların Medeni Durumlarına Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Somatizasyon alt ölçeği	Evli	107	1.46	.80	2	2.33	.312
	Bekar	71	1.29	.87			
	Ayrılmış	22	1.47	.93			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Obsesif kompulsif alt ölçeği	Evli	107	1.62	.84	2	1.62	.444
	Bekar	71	1.76	.80			
	Ayrılmış	22	1.59	.71			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Kişilerarası duyarlılık alt ölçeği	Evli	107	1.4	.88	2	5.25	.072
	Bekar	71	7	.86			
	Ayrılmış	22	1.63	.88			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Depresyon alt ölçeği	Evli	107	1.9	.87	2	.638	.727
	Bekar	71	6	.80			
	Ayrılmış	22	1.9	.81			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Kaygı alt ölçeği	Evli	107	1.2	.78	2	1.64	.439
	Bekar	71	9	.81			
	Ayrılmış	22	1.4	.73			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Öfke-düşmanlık alt ölçeği	Evli	107	1.3	.92	2	1.05	.589
	Bekar	71	8	.97			
	Ayrılmış	22	1.36	1.03			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Fobik anksiyete alt ölçeği	Evli	107	.77	.70	2	6.30	.043*
	Bekar	71	.92	.79			
	Ayrılmış	22	.60	.89			
	Toplam	200					
Anlamlı farklılık yaratan gruplar	2>3 (U=511.00; p=.014)						
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Paranoid düşünce alt ölçeği	Evli	107	1.23	.81	2	34	
	Bekar	71	1.46	.89			

		Ayrılmış	22	1.15	.72	3.03	.220
		Toplam	200				
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Psikotizm alt ölçeği	Evli	107	.80	.61			
	Bekar	71	.92	.69	2	1.37	.502
	Ayrılmış	22	.73	.51			

		Toplam	200				
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Ek skala alt ölçeği	Evli	107	1.3	.75	2	.535	.765
	Bekar	71	5	.81			
	Ayrılmış	22	1.4	.71			
			4				
			1.3				
			7				
		Toplam	200				
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Genel değerlendirme ölçeği (toplam skor)	Evli	107	1.3	.64	2	.661	.718
	Bekar	71	1.46	.65			
	Ayrılmış	22	1.32	.61			
		Toplam	200				

*p<0.05

Tablo 3.5’de görüldüğü kadınların medeni durumlarına göre somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm, ek skala ve genel değerlendirme ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Sırasıyla; $x^2 = 2.33$, $sd=2$, $p=.312$; $x^2 = 1.62$, $sd=2$, $p=.444$; $x^2 = 5.25$, $sd=2$, $p=.072$; $x^2 = .638$, $sd=2$, $p=.727$; $x^2 = 1.05$, $sd=2$, $p= .589$; $x^2 = 1.64$, $sd=2$, $p= .439$; $x^2 = 3.03$, $sd=2$, $p=.220$; $x^2 = 1.37$, $sd=2$, $p=.502$; $x^2 = .535$, $sd=2$, $p=.765$ ve $x^2 = .661$, $sd=2$, $p=.718$; $p>0.05$).

Kadınların fobik anksiyete alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni durum değişkenine göre anlamlı düzeyde bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis testi neticesinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($x^2 = 6.30$, $sd=2$, $p=.043$; $p<0.05$). Kadınların fobik anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için yapılan Mann Whitney-U testi neticesinde bekar olan kadınlar ile ayrılmış olan kadınların ortalamaları arasındaki farklılık bekar olan kadınların aleyhine anlamlı olduğu ($U=511.00$, $p=.014$; $p<0.05$) tespit edilmiştir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde de üçüncü olarak “Kadınların eğitim düzeyleri ile kadınların scl 90 psikolojik belirti tarama envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 3.6: Kadınlarnn Eğitim Düzeylerine Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Somatizasyon alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.43	.82	2	.119	.942
	Lise mezunu	68	1.39	.84			
	Yüksekokul mezunu	88	1.39	.86			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Obsesif kompulsif alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.5	.87	2	.558	.757
	Lise mezunu	68	1.6	.77			
	Yüksekokul mezunu	88	1.69	.81			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Kişilerarası duyarlılık alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.3	.85	2	2.00	.368
	Lise mezunu	68	1.5	.87			
	Yüksekokul mezunu	88	1.56	.90			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Depresyon alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.7	.81	2	2.79	.247
	Lise mezunu	68	1.9	.80			
	Yüksekokul mezunu	88	1.96	.88			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Kaygı alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.1	.76	2	4.01	.134
	Lise mezunu	68	1.4	.78			
	Yüksekokul mezunu	88	1.2	.80			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Öfke-düşmanlık alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.3	1.02	2	1.00	.604
	Lise mezunu	68	1.4	.91			
	Yüksekokul mezunu	88	1.3	.96			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
Fobik anksiyete alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	.8	.74	2	2.95	.228
	Lise mezunu	68	.6	.67			
	Yüksekokul mezunu	88	.6	.82			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X ²	p
			37				

Paranoid	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.3	.79	2	2.84	.241
	Lise mezunu	68	1	.81			
düşünce alt ölçeği	Yüksekokul mezunu	88	1.41	.87	200		
	Toplam						
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Psikotizm	Ortaokul mezunu ve altı	44	.8	.67	2	1.79	.409
	alt Lise mezunu	68	0	.59			
ölçeği			.7		200		
	Yüksekokul mezunu	88	90	.64			
Grup		N	X	SS	sd	X²	p

Ek skala alt ölçeği	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.30	.73	2	.677	.713
	Lise mezunu	68	1.38	.81			
	Yüksekokul mezunu	88	1.43	.75			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Genel değerlendirme ölçeği (toplamlar skor)	Ortaokul mezunu ve altı	44	1.32	.64	2	1.75	.416
	Lise mezunu	68	1.38	.61			
	Yüksekokul mezunu	88	1.46	.66			
	Toplam	200					

Tablo 3.6’da görüldüğü kadınların eğitim durumlarına göre somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skala ve genel değerlendirme ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Sırasıyla; $x^2 = .119$, $sd=2$, $p=.942$; $x^2 = .558$, $sd=2$, $p=.757$; $x^2 = 2.00$, $sd=2$, $p=.368$; $x^2 = 2.79$, $sd=2$, $p=.247$; $x^2 = 4.01$, $sd=2$, $p=.134$; $x^2 = 1.00$, $sd=2$, $p=.604$; $x^2 = 2.95$, $sd=2$, $p=.228$; $x^2 = 2.84$, $sd=2$, $p= .241$; $x^2 = 1.79$, $sd=2$, $p=.409$; $x^2 = .677$, $sd=2$, $p=.713$ ve $x^2 = 1.75$, $sd=2$, $p=.416$; $p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesin de dördüncü olarak “Kadınların çalışma durumları ile kadınların scl 90 psikolojik belirti tarama envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 3.7: Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Grupların SCL 90 Psikolojik Belirti Tarama Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

Somatizasyon alt ölçeği	Çalışıyor	58	1.46	.87	2	3.47	.176
	Çalışmıyor	65	1.50	.80			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.27	.84			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p
Obsesif kompulsif alt ölçeği	Çalışıyor	58	1.78	.88	2	5.06	.216
	Çalışmıyor	65	1.73	.80			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.53	.74			
	Toplam	200					
Grup		N	X	SS	sd	X²	p

Kişilerarası duyarlılık ölçeği	Çalışıyor	58	1.52	.91	2	.096	.953
	Çalışmıyor	65	1.51	.91			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.45	.83			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Depresyon ölçeği	Çalışıyor	58	1.98	.92	2	1.91	.383
	Çalışmıyor	65	2.01	.75			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.81	.84			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Kaygı ölçeği	Çalışıyor	58	1.43	.85	2	1.30	.520
	Çalışmıyor	65	1.35	.84			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.24	.68			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Öfke-düşmanlık ölçeği	Çalışıyor	58	1.50	.98	2	1.32	.516
	Çalışmıyor	65	1.34	.96			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.40	.93			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Fobik anksiyete ölçeği	Çalışıyor	58	.79	.89	2	1.88	.390
	Çalışmıyor	65	.86	.69			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	.77	.71			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Paranoid düşünce ölçeği	Çalışıyor	58	1.32	.83	2	.649	.723
	Çalışmıyor	65	1.35	.82			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.26	.85			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Psikotizm ölçeği	Çalışıyor	58	.84	.65	2	1.00	.604
	Çalışmıyor	65	.89	.65			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	.78	.60			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Ek skala ölçeği	Çalışıyor	58	1.39	.76	2	.295	.863
	Çalışmıyor	65	1.43	.80			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.33	.74			
	Toplam	200					
Grup	N	X	SS	sd	X²	p	
Genel değerlendirme ölçeği	Çalışıyor	58	1.46	.68	2	1.71	.425
	Çalışmıyor	65	1.44	.64			
	Başka nedenlerle çalışmıyor	77	1.32	.60			
	Toplam	200					

Tablo 3.7’de görüldüğü kadınların çalışma durumlarına göre somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skala ve genel değerlendirme ölçeklerinin

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Sırasıyla; $\chi^2 = 3.47$, $sd=2$, $p=.176$; $\chi^2 = 3.06$, $sd=2$, $p=.216$; $\chi^2 = .096$, $sd=2$, $p=.953$; $\chi^2 = 1.91$, $sd=2$, $p=.383$; $\chi^2 = 1.30$, $sd=2$, $p=.520$; $\chi^2 = 1.32$, $sd=2$, $p=.516$; $\chi^2 = 1.88$, $sd=2$, $p=.390$; $\chi^2 = .649$, $sd=2$, $p=.723$; $\chi^2 = 1.00$, $sd=2$, $p=.604$; $\chi^2 = .295$, $sd=2$, $p=.863$ ve $\chi^2 = 1.71$, $sd=2$, $p=.425$; $p>0.05$).

Tüm bulgular genel olarak değerlendirildiğinde en dikkat çekici olanlar:

1. Kadınların yaşları arttıkça; obsesif kompulsif ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
2. Kadınların yaşları arttıkça; kişilerarası duyarlılık ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
3. Kadınların yaşları arttıkça; depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
4. Kadınların yaşları arttıkça; kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
5. Kadınların yaşları arttıkça; öfke-düşmanlık ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
6. Kadınların yaşları arttıkça; fobik anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
7. Kadınların yaşları arttıkça; paranoid düşünce ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
8. Kadınların yaşları arttıkça; psikotizm ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
9. Kadınların yaşları arttıkça; genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu görülmüştür.
10. Bekar olan kadınların ayrılmış olan kadınlara oranla fobik anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kadınların yaşları arttıkça; obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlarda düşmekte olduğu saptanmıştır.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre; depresyon görülme sıklığı 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13'tür. Bu kapsamlı çalışma yaşın artışı ile birlikte ruh sağlığı sorunlarının paralel bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte ruhsal hastalıkların daha fazla ortaya çıktığı saptayan çok sayıda çalışma vardır (Atasoylu ve ark. 2012; Bingöl ve ark. 2012).

Lakin alanda yapılan çalışmalara baktığımız zaman farklı sonuçlara da ulaşabilmekteyiz. Nalbantoğlu (2011) tarafından Denizli il sınırları içerisinde yaşları 20-59 arasında değişen 314 kadın ile yapılan çalışmada yaş değişkeninin ruhsal sağlığı sorunları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (Nalbantoğlu, 2011). Cengiz (2013) tarafından Antalya il sınırları içerisinde 145 kadın ile gerçekleştirilen çalışmada ise kadın cinsiyet rolünün ruh sağlığı üzerindeki bozucu etkisi 40 yaş üzerindeki kadınlarda daha az olduğu saptanmıştır. Cengiz bu sonucu; toplumun 40 yaş üstü kadına bakış açısı, artık güzel ve estetik olma zorunluluğunun olmamasına bağlamıştır (Cengiz, 2013).

Kadınlarda en yaygın görülen ruh sağlığı bozukluğu olan depresyonu somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluk takip etmektedir. Somatizasyon bozukluğu yüzde 5 ve panik bozukluk sıklığı yüzde 2'dir. Depresyonda olduğu gibi 15-64 yaş arası kadınlarda yaşa bağlı bir yükseliş gözükmektedir (TKHRFSC, 2013).

Epidemiyolojik Saha Çalışması verilerine göre yaşamları boyunca OKB geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklerden 1.5 kat fazladır ve ortalama başlangıç yaşı erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 20 ve 25'dir (Akt. Bal ve ark., 2013).

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre kadınlarda YAB görölme olasılığı erkeklerden iki kat fazladır (Akt. Bal ve ark., 2013).

Deniz (2015) tarafından İstanbul il sınırları içerisinde 60 kadın ile yapılan çalışmada yaş değişkeni ile obsesif kompulsif ve anksiyete belirtileri arasında bir ilişki kurulamadığı görölmüştür (Deniz, 2015).

Doğan ve ark. (1990) tarafından 16-65 yaşlarındaki 165 kadın ile gerçekleştirilen çalışmada; yaş ile birlikte somatizasyon, depresyon ve öfke-düşmanlık artışı görülürken, kişilerarası duyarlılık, bunaltı, paranoid düşünce ve psikotizmde yaş ile birlikte düşüş görölmektedir (Doğan ve ark., 1990).

Yeşilyaprak (2001) tarafından 19-25 yaş arası gençler ile gerçekleştirilen çalışmada üniversiteye devam etmeyen gençler arasında kişilerarası duyarlılık ve öfke düşmanlık puanları en genç grupta en yüksek şekilde saptanmıştır (Yeşilyaprak, 2001).

Yıldırım ve ark. (2006) tarafından yaşları 18-22 arasında değişen 150 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada ise SCL-90 puan ortalamaları 18 yaş grubunda daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Yıldırım ve ark., 2006).

Yiğit (2007) tarafından özel okul öğretmenleri ile yapılan ruh sağlığı çalışmasında, ruh sağlığı puanları ile yaş değişkeni arasında bir ilişki bulunamamıştır (Yiğit, 2007).

Çalışmamızda bekar olan kadınların ayrılmış olan kadınlara oranla fobik anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar kadınlar ve ayrılık yaşamış olan kadınlar özelinde fobik anksiyete düzeylerini kıyaslayan spesifik bir çalışmaya ulaşılammıştır. Alanda yapılan çalışmaları taradığımızda medeni durum özelinde farklı sonuçlar ile karşılaşılmaktadır.

Kelleci ve ark. (2003) tarafından bir sağlık ocağına başvuran 108 kadın ile gerçekleştirilen çalışmada bekar ve dul olan kadınların evli olanlara göre daha fazla ruhsal belirti gösterdikleri saptanmıştır (Kelleci ve ark., 2003).

Karasu (2007) tarafından sağlık ocaklarına başvurmuş olan 1011 kişi ile gerçekleştirilmiş olan çalışmada bekar ve evlilerde Başka Türü Adlandırlamayan

Anksiyete Bozukluğu daha yaygın görölmüş, dullarda ise en yaygın Yaygın Anksiyete Bozukluğu görölmüştür. Bekar ve evlilerde Başka Türlü Adlandırılmayan Somaform Bozukluğu tanısı, en yaygın tanı iken; dullarda ise en yaygın tanı Kronik Ağrı Bozukluğu olmuştur.

Önen ve ark. (1993) tarafından 150 hekim ile gerçekleştirilen ruhsal belirti dağılımı çalışmasında evli hekimlerin somatizasyon, obsesif kompülsif belirtiler, öfke ve düşmanlık, ek belirtiler semptom boyutlarında bekar hekimlerin üzerinde yer aldığı görölmüştür. Bekar hekimlerde depresyon ve kişiler arası duyarlılık semptom boyutlarında biraz daha yüksektir (Önen ve ark., 1993).

Doğan ve ark. (1990) tarafından 167 kadın ile gerçekleştirilen ruhsal belirti yaygınlığı çalışmasında en yüksek ortalama alt puan gruplarında bekarlarda kişilerarası duyarlılık, evlilerde ve diğer grupta somatizasyon alt grubunda bulunmuştur. Evlilerin ortalama belirti puanı bekarlardan sonra ikinci yüksek değer olarak bulunmuştur. Bu durum toplumsal yönden eş ve anne olarak kadına verilen sorumlulukların fazlalığına bağlanmıştır (Doğan ve ark., 1990).

Yiğit (2007) tarafından özel eğitim kurumlarında çalışan 402 öğretmen ile gerçekleştirilen ruh sağlık düzeylerinin incelendiği çalışmada boşanmış olan öğretmenlerin somatizasyon, obsesif-kompulsif, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve genel ruh sağlık düzeylerinde puan ortalamaları, evli olanların puan ortalamalarından daha yüksektir (Yiğit, 2007).

Dünya sağlık örgütünün öngörülerine göre; 2020'de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır (DSÖ, 2009). Bu görüşten yola çıktığımızda, özellikle kadınlar için, fakat toplumun geneline hizmet verecek şekilde Koruyucu Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması ve yaygınlaşması, günümüzde ve gelecekte toplum sağlığı adına atılması gereken önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

Akdeniz, E.B., Öz, F. (2009) Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Göç ve Kadın, Kriz Dergisi.

Aydın, H. B. (2004). Çocuk Ruh Sağlığı. Morpa Kültür Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

Bal, U., Çakmak, S., Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.

Belek, İ.(1999) Genel Sağlık Anketi İle Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyodemografik Eşitsizlikler, Antalya'da Bir Alan Araştırması, Türk Psikiyatri Dergisi.

Bilgin, M. (1990) Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Budakoğlu, İ., Maral, I., Coşar, B., Biri, A., Bumin, M.A. (2005) 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Gelişimi ve Sıklığını Etkileyen Faktörler.

Buzlu, S., Bostancı, N., Özbaş, D., Yılmaz, S. (2006) İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınlarda Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, STED.

Çelikkol, A. (2001) Koruyucu Ruh Sağlığı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, İzmir.

Cengiz, A. (2013). Kadın Ruh Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet; Antalya İlinde Bir Klinikte Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Antalya.

Çetin, İ., Bilici, M., Bekaroğlu, M., Köroğlu, M.A., Uluutku, N. (1999) Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı Ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve

Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon.

Çilli, AS., Kaya, N., Bodur, S. (2004) Çalışan ve Ev Kadınlarında Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması, Genel Tıp Dergisi.

Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması Raporu.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirlik ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi.

Deniz, P. (2015). Çalışan ve Çalışmayan Kadınlardaki Obsesif Kompulsif Belirtiler, Anksiyete ve Mizaç Özelliklerinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas.

Dökmen, Z. (2009). Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı, Türk Psikoloji Yazıları.

Dönmez, L., Dedeoğlu, N., Özcan, E., (2000) Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar, Türk Psikiyatri Dergisi.

Dünya Ekonomik Forumu (2011) Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu, İsviçre.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Raporu, TNSA-2008, Ankara.

İlkkaracan, P., İlkkaracan, İ. (1998) 1990'lar Türkiye'sinde Kadın ve Göç. Bilanço 98: 75 Yılda Köylerden Şehirlere Kitabı, Tarih Vakfı Yayınları, İstanbul.

Karaca, A. ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve

Psikiyatri Hemşiresinin Rolü, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.

Karasar, N. (2009). “Araştırmalarda Rapor Hazırlama” Ankara: Nobel Yayınevi.

Karasu, U. (2007) Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk, Ö. (2003) On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi

Kelleci, M., Aştı, N., Küçük, L. (2003) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınlarda Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.

Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-R-90) Geçerlilik ve Güvenirliliği, Psikolojik Rehberlik ve Danışma Dergisi.

Kılıç, M. ve Uzunçakmak, T. (2016). Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler, Türk Aile Hekimleri Dergisi.

KONAN, M. (1997). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde Lisans Öğrenimi Gören Öğrencilerin Ruhsal Durumlarıyla Gelecek Beklentisi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Van.

Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu F. (2010). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.

Macit, Y. (1996). Ruh Sağlığı Açısından Kur'an-ı Kerim. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

Mumford, D.B., Minhas, F.A., Akhtar, I., Akhtar, S., Mubbashar, M.H. (2000) Stress

And Psychiatric Disorder In Urban Rawalpindi, The British Journal Of Psychiatry.

Nalbantoğlu, D. (2015). Ruh Sağlığında Görünmeyen – denmeyen Kadın Emeği. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.

Nalbantoğlu, D., (2011). Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları Ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Ocaktan, M. E., zdemir, O., & Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi.

zmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Boratav, C. (2002) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk, Türk Psikiyatri Dergisi.

zşahin, A., Zencir, M., Yılmaz, B.G., atak, B. (2008, mart.22-23). Denizli İli Doğurgan ağ Evli Kadınlarda Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, 1.Kadın Sağlığı Kongresi, Ankara.

Öztürk, M.O. (1995). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Altıncı baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

zyurt Cengiz B., Deveci, A. (2011) Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi şiddetle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi.

Patel, V., Todd, C., Winston, M., Gwanzura, F., Simunyu, E., Acuda, W., Mann, A.(1997, jul.) Common Mental Disorders In Primary Care In Harare, Zimbabwe: Associations And Risk Factors. Br JPsychiatry.

Pektaş, İ., Bilge, A.,Ersoy,M.A. (2006) Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik alışmalar ve TRS Hemşireliğinin Rolü, Anadolu Psikiyatri Dergisi.

Rezaki, M. (1995) Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi.

Sağduyu, A. (1995). Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon.

Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., Boratav, C.(2000) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi.

Sağlam, S. (2006). Türkiye’de İç Göç Olgusu Ve Kentleşme, Türkiyat Araştırmaları.

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2004) Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi Final Raporu, RSHMB 2004, Ankara.

Tabak, R.S., Şarlak, K. (2008) Türkiye’de Ambulatuvar Psikiyatrik Bakım Veren Sağlık Personelinin İleri Eğitim Gereksinimi Değerlendirme Raporu.

Topcu, S., Başer, A. (2006) Göç ve Sağlık, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.

TUİK İşgücü İstatistikleri.

Türk İş (2005) Türkiye’de Emek Piyasasında Kadınların Durumu Raporu, TÜRK-İŞ, Ankara.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013), Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Türkleş, S., Yılmaz, M., Özcan A., Öncü, E., Karataş, B., (2013). Kadınlarda Ruh Sağlığını ve Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.

Uçman, P. (1990) Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar, Psikoloji Dergisi.

Üçok, G.Ö. (1995) Bir Sağlık Ocağına Buşvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuşu, Türk Psikiyatri Dergisi.

Ünal, S., Özcan, E. (2000) Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi.

World Health Organization (2009) Women and Health , WHO 2009, Switzerland.

Yardıı, N., Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Aydın, S., & Ünüvar, N. (2007). 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

Yeşilyaprak, B. (2001). Üniversiteye Devam Eden ve Etmeyen Bir Grup Gencin Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.

Yiğit, A. (2007). Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin İş Doyumu Tükenmişlik ve Ruh Sağlık Düzeylerinin Çeşitlik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Niğde.

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.

Yörükoğlu, A. (1996), Çocuk Ruh Sağlığı.

EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaş:

2) Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Ayrılmış

3) Eğitim: 1) Yok 2) İlk 3) Orta 4) Lise 5) Yüksek

4) Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
3) Başka nedenlerle çalışmıyor (öğrenci, emekli vb.)

EK-2

SCL 90 - R

Hiç yoksa 0'a

Çok az derecede rahatsız ediyorsa 1'e

Orta derecede rahatsız ediyorsa 2'ye

Oldukça fazla rahatsız ediyorsa 3'e

İleri derecede rahatsız ediyorsa 4'e çarpı işareti koyunuz.

0	1	2	3	4	
					1. Baş ağrısı
					2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
					3. Zihinden atamadığınız yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
					4. Baygınlık ya da baş dönmesi
					5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
					6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
					7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerini kontrol edebileceği fikri
					8. Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
					9. Olayları anımsamada güçlük
					10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler
					11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
					12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
					13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
					14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
					15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
					16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
					17. Titreme
					18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
					19. İştah azalması
					20. Kolayca ağlama
					21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
					22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
					23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
					24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
					25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
					26. Olanlar için kendini suçlama
					27. Belin alt kısmında ağrılar
					28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
0	1	2	3	4	

					29. Yalnızlık hissi
					30. Karamsarlık hissi
					31. Her şey için çok fazla endişe duyma
					32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
					33. Korku hissi
					34. Duyularımızın kolayca incitilebilmesi hali
					35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
					36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissetmeyeceği duygusu
					37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar getirdiği hissi
					38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
					39. Kalbin çok hızlı çarpması
					40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
					41. Kendini başkalarından aşağı görme
					42. Adale (kas) ağrıları
					43. Başkalarının sizi gözlediği veya konuştuğu hissi
					44. Uykuya dalmada güçlük
					45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
					46. Karar vermede güçlük
					47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
					48. Nefes almada güçlük
					49. Soğuk ya da sıcak basması
					50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
					51. Hiçbir şey düşünmeme hali
					52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
					53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
					54. Gelecek konusunda ümitsizlik
					55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
					56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
					57. Gerginlik veya coşku hissi
					58. . Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
					59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
					60. Aşırı yemek yeme
					61. İnsanlar size baktığında ya da hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
					62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
					63. Bir başkasını vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
					64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
					65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
0	1	2	3	4	
					66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama hali
					67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
					68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması

				69. Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetmek
				70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
				71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
				72. Dehşet ve panik nöbetleri
				73. Toplum içinde yer-içerken rahatsızlık hali
				74.Sık sık tartışmaya girmek
				75.Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali
				76.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
				77.Başkaları ile olunan durumlarda bile yalnızlık hissi
				78.Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duymak
				79.Değersizlik duygusu
				80.Size kötü bir şey olacakmış duygusu
				81.Bağırma ya da eşyaları fırlatma
				82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
				83.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
				84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
				85.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
				86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller
				87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
				88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
				89.Suçluluk duygusu
				90.Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Tuğba KELOĞLU
Doğum Yeri ve Tarihi : Balıkesir/ 20.09.1986

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans : Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji
Öğrenimi
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Stajlar : Balıkesir Devlet Hastanesi Psikiyatri Klini
2009

Projeler : Kadıköy Belediyesi Gebe Okulu
Kadıköy Belediyesi Ergenlikte Anne-Bab
Rolü

Çalıştığı Kurumlar : Kadıköy Belediyesi Dr. Rana Beşe Sağlık
Polikliniği (2010- Halen)

İletişim

E-Posta Adresi :tugbakeloglu@gmail.com