T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MESLEK VE HOBİ EDİNDİRME KURSUNA KATILAN VE KATILMAYAN KADINLARIN RUH SAĞLIĞI DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ebru DIĞRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU

KONYA-2014

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MESLEK VE HOBİ EDİNDİRME KURSUNA KATILAN VE KATILMAYAN KADINLARIN RUH SAĞLIĞI DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ebru DIĞRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU

KONYA-2014

ÖNSÖZ

Araştırmanın her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle cömertçe paylasan, teşvik edici ve yönlendirici tutumu, sabrı ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım
Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU'na

Akademik hayata adım atmamı sağlayan, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak gelişimime büyük katkısı olan sevgili hocam
Doç. Dr. Belgin AKIN'a

Yüksek lisans derslerime giren ve yol gösteren bütün hocalarıma,

Yoğun çalışma hayatında boş zamanlarından fedakârlık ederek, veri toplanmasında yardımını esirgemeyen Hatice ÇATAKOĞLU'na,

Öğrenim hayatım çoğunluğunda maddi ve manevi desteği ile yanımda olan, tezin her aşamasında bütün zorlukları benimle birlikte yaşayan ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim sevgili dostum Sebahat EĞRİTAŞ'a

Başarılarıma dair beni sürekli yüreklendiren, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ve varlıkları ile her zaman bana güç veren AİLEME

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ebru DIĞRAK
Konya - 2014

İÇİNDEKİLER Sayfa

ONAY SAYFASI……. ..... **i**
ÖNSÖZ ..... **ii**
İÇİNDEKİLER ..... **iii**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **vi**

1.GİRİŞ **1**
1.1.Sağlığın Tanımı 1
1.2.Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi……1
1.3.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri 3
1.4.Toplum Ruh Sağlığı 4
1.5.Dünyada Ruh Sağlığı 6
1.6.Türkiye'de Ruh Sağlığı 8
1.7. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri 9
1.8. Kadınlarda Ruh Sağlığı ve Yapılan Çalışmalar 11

1.GEREÇ ve YÖNTEM **15**
2.1.Araştırmanın Tipi 15
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 15
2.3.Araştırmanın Evreni 15
2.4.Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi 15
2.5.Örnek Seçimi 16
2.6.Örnek Seçim Kriterleri 16
2.7.Veri Toplama Tekniği ve Araçları 16
2.7.1.Anket Soruları 17
2.7.2.Kısa Semptom Envanteri 17
2.8.Ön Uygulama 18
2.9.Verilerin Toplanması 19
2.10.Değişkenler 19
2.10.1.Bağımsız Değişkenler 19
2.10.2.Bağımlı değişkenler 19
2.11.Verilerin Analizi 19
2.12.Araştırmanın Soruları 20
2.13.Araştırmanın Varsayımları 20
2.14.Araştırmanın Etiği 20

3.BULGULAR..... 21

3.1.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması 21

3.2.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların kısa semptom envanterine ait puan ortalamasının karşılaştırılması 27

3.3.Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ile kısa semptom envanterinin ilişkisi 29

3.4.Kısa semptom envanteri belirti toplam indeksinin belirleyicileri 38

4. TARTIŞMA..... 40

4.1.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin incelenmesi 40

4.2.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların kısa semptom envanterine ait puan ortalamasının incelenmesi 43

4.3.Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ile kısa semptom envanterinin ilişkisinin incelenmesi 50

4.4.Kısa semptom envanteri belirti toplam indeksinin belirleyicilerinin incelenmesi 55

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 57

6. ÖZET 59

7. SUMMARY 60

8. KAYNAKLAR 61

9. EKLER..... 67

EK A: Anket Formu 67

EK B: Kısa Semptom Envanteri Formu 69

EK C: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi 71

EK D: Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi 72

EK E: Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi 73

EK F: Bilgilendirilmiş Onam Formu 74

10.ÖZGEÇMİŞ 75

ÇİZELGELER

3.1.Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 22
3.2.Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması 24
3.3.Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların bazı sosyal yaşamları ve yaşam tarzı özelliklerin karşılaştırılması..... 26
3.4.Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının karşılaştırılması..... 28
3.5.Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması 31
3.6.Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sağlık özelliklerine göre karşılaştırılması 33
3.7.Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının kişilerarası ilişki özelliklerine göre karşılaştırılması 35
3.8.Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının özelliklerine göre karşılaştırılması..... 37
3.9.Kısa Semptom Envanteri Belirti Toplam İndeksinin belirleyicileri..... 39

SİMGELER ve KISALTMALAR

A : Anksiyete

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BTİ : Belirti Toplam İndeksi

D : Depresyon

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EM : Ek Maddeler

FA : Fobik Anksiyete

H : Hostilite

KD : Kişilerarası Duyarlılık

KSE : Kısa Semptom Envanteri

OKB : Obsesif Kompulsif Semptom

P : Psikotizm

PD : Paranoid Düşünce

RCİ : Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi

S : Somatizasyon

SRİ : Semptom Rahatsızlık İndeksi

TÜİK : Türkiye İstatik Kurumu

1. GİRİŞ

İnsan sağlığını bütüncül bir bakış açısı ile ele aldığında ruh sağlığı hizmetlerinde temel sağlık hizmetlerinin bir parçası kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sayıl 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) mental sorunların tüm dünyada görülme sıklığının arttığını ve bu sorunların ele alınması gereken önemli sorunlar arasında olduğunu belirtmektedir (DSÖ 2011). Bu artışa yoğun insan ilişkileri, düzensiz kentleşme, ekonomik sorunlar, işsizlik, yoksulluk, kültür çatışmaları, sağlık sorunları, sanayileşme, hızlı sosyoekonomik değişim, şiddet, doğal afetler, kazalar, toplumsal düzensizlik, yurt içi ve dışı göçler, savaşlar, aile bölünmeleri, aşırı ahlaki değerler ve baskılar, aile içinde çocuğun yetiştirilmesi, beslenme bozuklukları, genel eğitim yetersizliği ve tüm bunların yarattığı zorlanmalar ile sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar gibi geniş bir yelpaze de ele alınabilecek nedenlerin olduğu belirtilmektedir (Karataş 1998, Öztürk 2004. Kaptanoğlu 2005). Ruh sağlığı sorunlarının yaygın görülmesi, stigmaya neden olması, yeti yitimi ve iş gücü kaybını ortaya çıkarması, mortaliteye neden olması, sağlık hizmetlerinde maliyeti artırması nedeniyle (Sağlık Bakanlığı 2001, Kaptanoğlu 2003) öncelikle ele alınması gereken sağlık sorunlarındandır.

Kadınların psikososyal ve ruhsal sağlık problemleri, nedenleri, sonuçları ve bu sorunların cinsiyetle olan ilişkisi toplum ruh sağlığında ayrı bir önem taşımaktadır ve kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulması gerekmektedir (Koyun ve ark 2011). Bu çalışma meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumu karşılaştırmak ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için bir haktır. Kişinin kendi ihtiyaçları ile çevresi arasında uyumlu ilişkiler kurması ve sürdürmesi ancak sağlıklı bir benlik kavramıyla mümkündür. Sağlık, değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır (Akın ve ark 2003). Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre sağlık, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (DSÖ 1948). Ancak bu

sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali, pek çok bilim insanı tarafından eleştirilmiş, hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece "sağlıklı" olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır (Lowenberg 1995).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında iyilik halinin subjektif olması, kişiye ve zamana göre bireysel farklılıklar göstermesi nedeniyle hem bedensel hem sosyal hem de ruhsal olarak tam bir iyilik halinin gerçekleşmesi ve sürdürülmesi zordur. Sağlık, hem subjektif hem de objektif olarak değerlendirilerek iyilik hali hakkında fikir sahibi olunabilir. Subjetif olarak sağlık; bireyin bedensel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılanması, objektif olarak sağlık ise muayene ve tanı testlerine göre belirlenen herhangi bir hastalığın olmamasıdır. Bir kişiye sağlıklı denebilmesi için bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir (Erci 2010).

1.2. Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bedensel, ruhsal, sosyal yönden birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Bedensel sağlığın tanımını yapmak daha kolay olduğu halde, normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayrımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak güçtür. Ruh sağlığının tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte; "kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi" olarak tanımlanabilir (Karataş 1998, Öztürk 2004).

Ruh sağlığı, DSÖ tarafından "bireyin kendi kapasitesinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli biçimde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır (DSÖ 2005). Ruh sağlığı ruhsal hastalık bulunmamasından öte bir durumdur, birey, ailesi ve toplum için yaşamsal önemi vardır ve toplumun sorumluluğunda olan bir konudur (Çoşkun 2012).

Ruh sağlığı, erken çocukluktan ölüme kadar devam eden; düşünce, iletişim becerileri, öğrenme ve duygusal gelişimle süren kendine güven ile güçlenen süreci ifade eden bir kavramdır. Genel olarak bakıldığında birey yaşamını, yaşadığı zaman diliminin içinde ve değişen mekânlarda kendisiyle, ailesiyle, yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumla ve yaptığı işle yoğun bir etkileşim içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkilere bağlı etkileşim sürecinde denge, uyum ve doyum varsa birey ruhsal açıdan sağlıklıdır. Kişinin beden sağlığı ve ruh sağlığı genel sağlığın belirleyicisidir, birinde ortaya çıkan herhangi bir değişme, öbürünü de etkilemektedir. Bu etkileşim bilinse de bedensel sağlığa verilen önem, aynı ölçüde ruh sağlığına verilmemektedir (Erci 2010).

Teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak insan sağlığına ilişkin sorunlarda hızlı bir değişim gözlenmektedir. Bu değişim ile birlikte biyolojik ve çevresel çok çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucu ruh sağlığı sorunları ortaya çıkmakta ve dünyada ruhsal sorunların artmasına neden olmaktadır. Yoğun insan ilişkileri, düzensiz kentleşme, ekonomik sorunlar, işsizlik, yoksulluk, kültür çatışmaları, sağlık sorunları, sanayileşme, hızlı sosyoekonomik değişim, şiddet, doğal afetler, kazalar, toplumsal düzensizlik, yurt içi ve dışı göçler, savaşlar, aile bölünmeleri, aşırı ahlaki değerler ve baskılar, aile içinde çocuğun yetiştirilmesi, beslenme bozuklukları, genel eğitim yetersizliği ve tüm bunların yarattığı zorlanmalar ile sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar toplumun ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde yukarıda belirtilen risk faktörlerinin tümü en ağır şekilde yaşanmaktadır (Karataş 1998, Öztürk 2004, Kaptanoğlu 2005).

1.3. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlamaktadır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kişiyi ve onun ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek her türlü durumu önlemek amacıyla alınan önlemleri ve risk altında bulunan grupların ruh sağlığını tehdit eden faktörlerden etkilenmesini en aza indirgemeyi kapsamaktadır (Özmen ve ark 2004). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalığa ait risk faktörlerinin olduğu ve bunlara yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır. Ruhsal

bozuklukları ortaya çıkaran faktörlerin çeşitliliği, önlemenin de çok yönlü olmasını gerekli kılar (Bulut 2011). Aslında ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Uğurlu ve Soydal 2004, Koyun ve ark 2011).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri hastalığın başlamasına, seyrine ve kronikleşmesine yönelik önlemleri içermelidir. Bunlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma faktörlerdir. Birincil (primer) koruma, bir bozukluğun sıklığını azaltan etkinlikleri; ikincil (sekonder) koruma, olgunun tanısını ve tedavisini ve üçüncül (tersiyer) koruma ise bozukluğun tekrarlama riskini ve ortaya çıkan olumsuzlukları azaltmayı amaçlamaktadır. Ayrıca birinci koruma, evrensel (universal), seçici (selective) ve gerekli (indicated) koruma olmak üzere üçe ayrılmakta olup evrensel koruma, genel nüfus veya tüm nüfus grubunu; seçici koruma, nüfustaki daha yüksek bozukluk gelişimi riski olan alt grupları ve son olarak gerekli koruma ise bir bozukluğun tanısal ölçütlerini karşılamayan ancak bozukluğa yatkınlık için biyolojik göstergeleri olan ya da bozukluğun en alt düzeyde işaret ve bulgularını taşıyan yüksek riskli bireyleri hedeflemektedir (Kuğu 2011).

Ruhsal bozuklukların ekonomiye yükü oldukça yüksek olup bu hastalıklar bireye, ailelere ve topluma oldukça pahalıya mal olmaktadır ve ekonomik maliyeti kolayca ölçülememektedir. Sağlık ve sosyal hizmet alımındaki maliyetlerine ek olarak iş kaybı, üretim azlığı, ailelere ve bakım vericilere etkisi, toplumun güvenliği ve suç seviyesine katkısı, erken ölümlere yol açması, damgalanma/ayrımcılık vb ölçümü zor ekonomik zorluklara yol açmaktadır. Ruhsal bozuklukları önleme, hastalıkların ülkeye yüklerini önlemede en etkili yollardan biridir. Ruhsal bozuklukların sağlık, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak isteyen ülke ve toplumların ruh sağlığı politikalarını oluştururken, yasaları hazırlarken ve karar verirken ruh sağlığında önleme ve iyileştirmeye daha fazla yer vermesi beklenilmektedir (Gültekin 2010).

1.4. Toplum Ruh Sağlığı

İnsan bedensel, ruhsal ve sosyal boyutu ile bir bütündür, ayrı ayrı düşünülemez, dolayısıyla ruh sağlığı hizmetleri de temel sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Temel sağlık hizmetleri yapısı gereği ruh sağlığı hizmetlerini de

kapsayacak biçimde bütüncül olmalıdır (Sayıl 2004). Temel sağlık hizmetleri kapsamında bütüncül yaklaşım, ruh sağlığı yönünden önlenebilecek sorunların azalması ve toplum ruh sağlığının yükseltilmesidir. Toplum ruh sağlığı, bireyin toplum içinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasını sağlayan, ruh sağlığı bozulduğunda toplum içinde bakım ve tedavisini içeren hizmetler bütünüdür (Worley 1997). Toplum ruh sağlığı hizmetleri ise, 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 çalışmaları 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 (üçüncül önleme) oluşturmaktır (Pektaş ve ark 2006).

Ruhsal bozuklukların mümkün olduğunca daha az kısıtlayıcı ortamlarda tedavi edilmesi anlayışı 1960'lı yıllarda ivme kazanmıştır. Bu yıllarda hastanelerde yürütülen kurumsal bakım yerine, toplumsal olanakların kullanılmasını öngören ve kurumsallaşma karşıtı düşünceler ağırlık kazanmaya başlamıştır. Toplumsal ruh sağlığı hareketlerinin başlangıcından beri bu düşünce ve bu alandaki uygulamalar ile ilgili olarak, büyük oranda değişimler olmuştur. Başlangıçta psikiyatrik hizmetler, ruh sağlığı hizmetleri olarak kabul edilmiştir. Özellikle "toplum ruh sağlığı" anlayışı "psikiyatrinin toplumda uygulanması " anlayışı ile eşitlenmiştir. Toplumda psikiyatri hizmetlerine gereksinim olduğu açıktır ancak, toplum ruh sağlığı yaklaşımı bundan farklıdır. Ruh sağlığı uygulamalarının temelinde bireyin psikopatolojisi yer almamaktadır. Ruh sağlığı, bireysel ve toplumsal yönden sağlıklı olmanın en önemli koşuludur ve ruhsal hastalığın olmamasından daha öte bir anlam taşımaktadır. Ruhsal yönden sağlıklı olmak bireyin kendi yeterliliklerinin farkında olduğu, günlük yaşamın zorlukları ile başa çıkabildiği, üretken bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkı verebildiği bir durumu ifade etmektedir. Multidisipliner bir ekip ile yürütülen toplum ruh sağlığı hizmetleri, oldukça kapsamlı bir tedavi, rehabilitasyon ve destek hizmetini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra birçok kuruluş ve meslek grubu da bu hizmetlerin içinde yer almaktadır (Buldukoğlu 2009).

1.5. Dünyada Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilmektedir. Her insan, hayatının bir döneminde ruh sağlığı ile ilgili bir sıkıntı yaşayabilir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık kurumlarına başvuran her dört kişiden birinde tanılanmamış ruhsal, nörolojik veya davranışsal bozukluk olduğunu, yeryüzünde 450 milyon kişinin halen bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele ettiğini ve her yıl yaklaşık 870 000 kişinin intihar ettiğini bildirmektedir. Tüm ülkelerde insanların acı çekme nedenlerinden biride ruhsal hastalıklardır; bu hastalıklara sahip kişilerin büyük bir çoğunluğu ruh sağlığı bozuklukları nedeniyle tek başına kalmaya mahkûm edilmekte, sosyal izolasyon yaşamakta, hastalanma oranları artmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu hastalıklar aynı zamanda ekonomik ve sosyal kayıpların da nedenlerinden biridir. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (DSÖ 2007).

Ruh sağlığı, toplumun sosyo-kültürel, ekonomik yönleri ve genel sorunlarıyla bağlantılıdır. Ruhsal sorunlar tüm dünyada oldukça yaygın olmakla birlikte, tanı ve tedavileri konusunda birçok zorluk yaşanmaktadır (Aydın 2009). Dünya Sağlık Örgütüne göre 2000 yılında tüm hastalıklar arasında nöropsikiyatrik hastalıkların oranı %12 olmasına karşın, on bin psikiyatri hastasına düşen yatak sayısı Avrupa'da 9,3; Amerika'da 3,6; Doğu Akdeniz'de 0,8; Afrika'da 0,4; Güneydoğu Asya'da 0,3; Pasifik'te 1,0 gibi çok düşük oranlardadır (DSÖ 2000).

Dünya'da ruh sağlığı konulu Atlas Projesi (2005) kapsamında, DSÖ'ne üye 191 devlete geniş kapsamlı bir anket bildirilmiş olup 181 devletten cevap alınmıştır. Katılan ülkelerin oranı %94,8 olup dünya nüfusunun %98,7'sini kapsamaktadır. Çalışmanın genel sonucu, ruhsal bozuklukların ağırlığı ve büyüklüğüne karşın Dünya'daki ruh sağlığı kaynaklarının yetersiz olduğu (gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda yok denecek kadar az) ve yükün büyüyerek arttığı şeklindedir.

Proje kapsamında elde edilen verilere göre;

_Dünya'daki devletlerin %43'ünün ruh sağlığı politikasının olmadığı,

_Ülkelerin %23'ünün ruh sağlığı kanunu ve mevzuatının olmadığı,

_Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının bütçelerinin %1'den az bir bölümünün ruh sağlığına ayrılmış olduğu,

_Ülkelerin %44'ünde temel sağlık çalışanlarına hiçbir şekilde eğitim programı verilmediği,

_Dünya'da halen ruh sağlığı hastalarına ayrılan %51 yatak kapasitesinin sadece ruh sağlığı hizmeti veren hastane ve kliniklerde bulunduğu,

_Ülkelerin %38'inde hiç ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşun bulunmadığı,

_Dünya nüfusunun %25'inin ulaşabileceği psikiyatrisi sayısı milyonda birden az olduğu,

_Dünya nüfusunun %46'sının ulaşabileceği psikiyatri hemşiresi sayısının milyonda birden az olduğu,

_Ülkelerin %52'sinde yaşlılara ruh sağlığı bakımı veren programlar bulunmadığı,

_Afrika ülkelerinin %83'ünün ve Güney Doğu Asya ülkelerinin %60'ının sağlık bütçelerinin %1'den azını ruh sağlığına ayırmakta olduğu ve Avrupa ülkelerinde bu oranın %2'nin üzerinde olduğu bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü 2008 verilerine göre, Avrupa bölgesinde her 100 bin kişiye sekiz akut psikiyatri yatağı düşen İtalya'dan sonra, 100 bin kişiye 10 psikiyatri yatağı ile (adli ve kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar dâhil) Türkiye ikinci en az yatak sayısına sahip ülkedir. Avrupa Birliği'nin 15 ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 12,9 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı düşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölge ülkeleri içinde en az ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı oranına sahip olan ülke Türkiye'dir (DSÖ 2008).

Dünya Sağlık Örgütü ruhsal hastalığı olanların gereksinimlerini medikal, toplumsal, ailesel ve rehabilitasyonla ilgili olarak sınıflanmıştır. Medikal gereksinimler, erken tanı, bilgilenme, tıbbi bakım ve psikolojik destektir. Toplumsal olarak, ayrım ve damgalanmadan kurtularak paylaşım sağlanması, ailesel olarak ise bakım, bağlılık, ekonomik ve kriz desteği gereksinimi mevcuttur. Rehabilitasyon gereksinimi ise sosyal ve iş desteği, eğitim olanağı ve bakım ihtiyacından oluşur (Aydın 2009).

Ruhsal sağlık problemlerinin yetişkin bireylerdeki boyutunu ölçebilmek oldukça zordur. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Dünyada yaşayan insanların %25'i, hayatlarının bir bölümünde, ruhsal hastalıklarla karşılaşmaktadırlar (DSÖ 2007). Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı raporuna göre dünyada en fazla hastalık yükü getiren 10 hastalığın dördünü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır.

1.6. Türkiye'de Ruh Sağlığı

Türkiye'de saha araştırmaları ruh sağlığı bozuklukları yaygınlığının %20 dolayında olduğunu işaret etmektedir (Tezcan ve Aslan 2000). Ülkemizde 1998 yılında gerçekleştirilen "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Çalışması"nda toplumun %17,2'sinde ruhsal hastalık tespit edilmiştir. Konulan tanılar arasında ise en sık olarak ağrı bozukluğu (%8,4) bulunmuş ve sık görülen tanılar sırasıyla depresyon (%4), özgül fobi (%2,7), nevrasteni (%2,4), sosyal fobi (%1,8), kronik yineleyici depresyon (%1,6) ve distimi (%1,6) olmuştur (Erol ve ark 2001).

Sağlık Bakanlığı'nın 10 Ekim 2001'de Dünya Ruh Sağlığı günü açıklamasında, Türkiye'de nüfusun %25'inin ruhsal bozukluk yaşadığı, bunların %10-12'sini anksiyete bozukluğu ve depresyonun oluşturduğu bildirilmektedir. Ayrıca ruhsal bozukluklar, erken ölüm ve özürlülük (yeti yitimi) nedenleri arasında ikinci sırayı almakta ve hastalık yükünün %15-20'sini nevrotik ve strese bağlı sorunlar oluşturmaktadır. Açıklamada kadınlarda depresif hastalıkların yaşam boyu görülme sıklığının %20-26 olduğu bildirilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan toplum kesimi ve bu hizmetlerin verildiği kurumların özelliklerini inceleyen araştırmalar giderek artmaktadır. Türkiye'de yapılan bir psikiyatrik epidemiyolojik çalışmada ruhsal bozuklukların önemli risk faktörlerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğu belirlemiştir (Güleç Öyeçkin 2008).

1.7. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sağlıklı biçimde yürütülebilmesi içi ekip çalışması önemli ve gereklidir. Ekip üyeleri psikiyatrist, pratisyen hekim, toplum ruh sağlığı hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı disiplinlerden oluşmaktadır. Özellikle alanda yapılan ev ziyaretleri ile ailelere en yakın ortamlarda bulunan hemşirelere bu konuda önemli görevler düşmektedir (Erci 2010).

Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, "Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir (Keltner 1995). Worley'e göre toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli grubu belirleme ve yeni tedavi modelleri olan danışmanlık, eğitim ve krize müdahale gibi işlevleri de gerçekleştirir (Worley 1998).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi becerileri ve yeteneklerini kazanmış olmalıdır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, bu beceri ve yeteneklerini maddi ve sosyal yardım sağlama (barınma, beslenme sorunlarına yardım), sorunlarla baş etmeye yardım etme (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürmeye yardım), psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme (hastalıklara özgü davranışları kontrol etmeye yardım), sosyal destek sağlama (akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirmeye yardım), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için kullanır (Pektaş ve ark 2006).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen, sağlam ya da hasta bireyin psikolojik durumunu algılayıp davranışlarını değerlendirebilen, bireyin psikolojik gereksinimleri kavrayabilen, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir (Gorman ve ark 2002).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, birey aile ve toplumun yaşamını hastalık ve sağlık diye ayırmaksızın, çevresiyle bir bütünlük içinde görerek, sağlık hizmetine ekip anlayışı içinde yaklaşarak, öncelikle sağlığı korumak, geliştirmek, hasta olanların tedavisine yardımcı olmak ve rehabilitasyon hizmetlerine katkıda bulunmak amacındadır. Toplum içinde, toplumla iç içe çalışmakla yükümlü olan hemşire, hastayı ya da risk altındaki bireyi kendi ev ve iş ortamında görme sansına sahip sağlık çalışanıdır. Bu nedenle bireyi, fizik, biyolojik ve sosyal çevresi, ilişkide olduğu diğer insanlarla birlikte gözleyerek bireyin yaşamının ruhsal ve sosyal boyutlarını daha gerçekçi biçiminde incelemek ve değerlendirmek durumundadır (Clement-Stone ve ark 2002).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin işlevleri üç kategoride ele alınmaktadır. Birincil işlevler; gelecekte var olacak psikiyatrik sorunları önlemek amacıyla, çeşitli sağlık meslek grupları ile iş birliği yaparak gerçekleştirilecek koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin (sağlık eğitimi, danışmanlık vs) tümünü kapsar. İkincil işlevler; doğrudan doğruya hastanın fiziksel ve ruhsal bakımını gerektiren işlevlerdir. Hastaların temel gereksinimlerine dayanır. Hemşirelik sürecinin uygulanması ile gerçekleştirilir. Üçüncül işlevler; daha çok mesleki eğitim, yönetim, araştırma, rehabilitasyon ve taburcu olan hastaların evde bakım programlarını organize ederek topluma uyumlarını kolaylaştırmada aile ve ilgili kuruluşlarla işbirliğini içerir (Dönmez ve ark 2000).

Toplum ruh sağlığı hemşireleri ruh sağlığı alanında eğitim almış tescilli hemşirelerdir ve yaşlı, çocuk ve madde bağımlıları ile çalışma konusunda uzmanlaşabilirler. Toplum ruh sağlığı hemşireleri mental retardasyon, şiddetli ruhsal hastalık, madde bağımlılığı tedavi programlarının yürütüldüğü toplum ruh sağlığı birimlerinde çalışırlar. Amerika'da toplum ruh sağlığı hemşirelerinin sorumluluk alanı oldukça geniştir. Derinlemesine ve kapsamlı bilgi gerektiren görev ve sorumluluklar üstlenmişlerdir. Çeşitli düzeylerde eğitimsel hazırlığını tamamlayan hemşireler, bu alanlarda "temel ve ileri düzey psikiyatri hemşireliği" bilgi ve becerilerini kullanarak oldukça yetkin bir şekilde çalışmaktadırlar. Toplum ruh sağlığı hemşireleri sosyal çalışmacı, psikolog, psikiyatrist, mental retardasyon uzmanı ve madde bağımlılığı uzmanından oluşan interdisipliner bir ekibin üyesidir. Avustralya'da toplum ruh sağlığı hemşireleri, ruhsal sağlık bakımı kapsamında "vaka

yöneticisi" olarak çalışmaktadır. Hemşireler genellikle bu rolü yataklı tedavi ünitelerinde uzun yıllar boyunca çalıştıktan sonra üstlenmektedir. Türkiye'de toplum ruh sağlığı hemşireliği eğitimi veren bir program yoktur. Ülkemizdeki tüm hemşire okullarında genel pratisyen hemşirelik eğitimi, bazı hemşirelik okullarında ise master ve doktora düzeyinde ruh sağlığı ve/veya psikiyatri hemşireliği eğitimi yürütülmektedir. Bu hemşirelerin çok azı yataklı psikiyatri kliniklerinde çalışmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı hizmetlerinin primer sağlık bakımına entegre edilmesinin şart olduğunu vurgulamaktadır. Türkiye'de ise birçok hemşirenin ruhsal bozuklukları tanılama ve müdahale etme becerisi yeterli değildir. Bu nedenle, temel hemşirelik eğitiminin, mümkün olduğunca ruh sağlığı ile ilgili konuları kapsaması, müfredatın bu yönde güçlendirilmesi ve öğrencilere ruh sağlığı yaklaşımına ilişkin öğrenme olanaklarının sunulması çok önemlidir. Ayrıca sürekli eğitim yolu ile çalışan hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmeleri sağlanabilir. Daha da önemlisi, toplum ruh sağlığı hemşireliği eğitim programlarının bir an önce açılmasıdır (Buldukoğlu 2009, Doğan ve Sabancıoğulları 2011).

1.8. Kadınlarda Ruh Sağlığı ve Yapılan Çalışmalar

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren erkek ve kadınlar arasındaki tedavi farklılıkları her zaman olagelmiştir. Bu farklılıklar temel olarak fizyolojik, fiziksel ya da psikolojik faktörlere bağlıdır. Birçok toplumda kadınlar erkeklere göre olumlu açılardan daha az değerlendirilmektedir ve yüklenen roller çok daha fazladır (Kohen 2000, Tseng 2003, Walters 2004, Youngkin ve Davis 2004, Altınel 2008). Kadınlar sosyal yaşamlarında güçlüklerle karşılaşırlar ve zorlu yaşantılarında mücadele etmektedir. Hormonal etmenler, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, toplumsal roller (ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler, ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülme nedenleri arasındadır (Noble 2005, Lee ve ark 2005, Ross ve ark 2005, Cengiz Özyurt ve Deveci 2011).

Kadınlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır (Koyun ve ark 2011). Kadınların yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1,7-2,7 katıdır (Akdeniz ve Gönül

2004). Bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır: İlki; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır. İkincisi; dünyanın birçok bölgesinde yapılan çalışmalarda ruhsal belirtileri kadınların erkeklerden daha çok yaşadıkları belirlenmiştir. Üçüncüsü ise; kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır. Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının nedenleri yoksulluktan ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (Taşkın 2007).

Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planındaki 21 hedeften birisi kadınların ruh sağlığının iyileştirilmesi doğrultusunda stratejiler içermektedir. Bu eylem planında kadın ruh sağlığının iyileştirilmesinde öncelikle yapılması gerekenin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tanınması ve önlenmesine yönelik önlemlerin uygulanması olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda herkese sağlık hedefi içerisinde ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasada da ruh sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili stratejiler yer almaktadır (Akın ve ark 2003). Türkiye İstatistik Kurumuna (TÜİK) 2012'ye göre ülke nüfusumuzun % 25'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu kadınlar giderek artan düzeyde ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum kadınların yaşama bakış açılarını olumsuz yönde değiştirmektedir. Bu değişim öncelikle kendi içlerinde, bunun yansıması olarak aile ve toplum içindeki dinamikleri etkilemektedir. Toplum içindeki etkinliği tartışılamayan kadınların aile içi, toplum ve iş çevresindeki ruhsal yapıları her zaman dikkat çekmiştir (Gomel 1997).

Kadınlar dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de eğitim, sağlık, çalışma yaşamı gibi 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).

Kadınların genel ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda oranlar farklılık göstermektedir. Patel ve ark (1997) birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülen ruhsal bozuklukları, kadınlarda daha sık bildirmiş iken, Mumford ve ark (2000) Pakistan'da kırsal alanda yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların kadınlarda 2,5 kat daha sık görüldüğünü bulmuşlardır.

Kadınlarla ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalarda ruh sağlığı sorunu yaşama sıklıkları %14,1 ile %58,3 arasında bulunmuştur (Kelleci ve ark 2003, Buzlu ve ark 2006, Özşahin ve ark 2008, Cengiz Özyurt ve Deveci 2011). İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde %58,3 (Kelleci ve ark 2003); Denizli ili genelinde doğurgan çağ kadınlarda %38,4 (Özşahin ve ark 2008); İstanbul'da bir sağlık ocağı bölgesinde başvuran kadınlarda %45 (Buzlu ve ark 2006); Manisa'da bir sağlık ocağı bölgesinde doğurgan çağ evli kadınlarda %14,7 (Cengiz Özyurt ve Deveci 2011) olarak bulmuşlardır. Antalya bir sağlık ocağında yapılan araştırmada cinsiyetin kadın olmasının duygu durum bozukluğu riskini 2,07 kat, anksiyete riskini 3,56 kat ve somatoform bozukluk riskini 1,90 kat arttırdığını bulmuşlardır (Dönmez ve ark 2000).

Konya'da ev kadınları ve çalışan kadınlarda yapılan bir araştırmada, lise mezunu olan çalışan evli kadınların fobik, obsesyon, öfke, psikotik, paranoid ve global şiddet indeksi puanları yüksek öğrenimli çalışan evli kadınlardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Özellikle kadınların duygu durumu yönünden daha az dayanıklı olduğu (Dönmez ve ark 2000), düşük gelir, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, uygunsuz çalışma koşulları, eşle olumsuz ilişki gibi durumlarında ruh sağlığı sorunlarında risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Belek 1999, Dökmen 2003, Kayahan ve ark 2003, Çilli ve ark 2004, Kaplan ve Saddock 2004).

Kaplan ve Saddock (2004) evlilikte ilişki sorunlarının depresyona zemin hazırladığını ve bu nedenle evliliğin depresyon açısından risk oluşturabileceğini iddia etmişlerdir. Dökmen (2003) yaptığı çalışmada, üç farklı grup kadının (pazarcı, çalışan, ev kadını) ruhsal bozuklukları açısından da farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Belek (1999) Antalya ilinde yaptığı bir alan araştırmasında, aylık geliri yüksek olanların ve geliri giderinden daha fazla olanların daha sağlıklı olduğunu ortaya koymuştur. Kayahan ve ark (2003) yaptıkları 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 gelirinin olmadığı saptanmıştır. Ayrıca işsizliğin ruhsal bozuklukların yaygınlığında artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (Yüksel 2003).

Ülkemiz gerçekleri, düşük sosyoekonomik düzeyde bulunma, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkâr, fedakâr ve pasif olma gibi toplum öğretilerinin kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz, çaresiz, kendini değersiz görme gibi duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (Türmen 2003). Bu nedenle kadınlar tüm yaşam evrelerinin farklı gelişimsel süreçlerinde kadın cinsiyetine özgü biyolojik ve psikolojik deneyimler yaşarlar. Bu deneyimler olağan psikolojik özellikleri ortaya çıkarabildiği gibi bazı psikiyatrik hastalıklara da yatkınlık artırabilmektedir (Sadıkoğlu 2006).

Kadınların psikososyal ve ruhsal sağlık problemleri, nedenleri, sonuçları ve bu sorunların cinsiyetle olan ilişkisi toplum ruh sağlığında ayrı bir önem taşımaktadır ve kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulması gerekmektedir (Koyun ve ark 2011). Yaşanılan ruh sağlığı sorunlarına ilaç ile müdahale kadar, toplum ruh merkezleri aracılığıyla toplum kaynaklarını kullanarak da müdahale etme Avrupa ülkelerinde görülen yaygın bir yaklaşımdır. Bu müdahaleler hobi geliştirme, stresle baş etmeyi güçlendirme, aile eğitimleri, akraba ve sosyal ilişkileri geliştirme gibi alanları içermektedir (DSÖ 2003, Beyhan 2012).

Ruhsal bozukluklar yaygınlıkları, dağılımı, ciddiyeti, yeti yitimine yol açması, kronikleşme eğilimlerinin olması, insanları yaratıcılık ve üretkenlikten alıkoyması nedeniyle toplumda yaygın olarak karşılaşılan ve temel sağlık hizmetleri içinde ele alınması gereken önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Ruhsal bozuklukların yaygınlılığı ile ilişkili faktörlerinin belirlenmesi, her türlü eğitim programının hazırlanmasında ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada özellikle ruh sağlığı açısından risk grubu olduğu bilinen ev hanımlarının ruh sağlığı düzeyinin belirlenerek, ülkemizde verilen meslek ve hobi edindirme kurslarının etkisi olup olmadığı saptamak ve bu hizmeti planlayanların hizmeti değerlendirmeleri açısından bilgi üretilmiş olacaktır. Böylece bu uygulamaların toplum ruh merkezlerinin uygulamaları ile entegre edilmesi ve kadınlar tarafından kolayca ulaşılabilir bir hale gelmesi için bilgi üretilecektir.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumlarını ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Karatay ilçesinde 15 Nolu Selim Sultan Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) bölgesinde yapılmıştır. Karatay ilçesi 128 820 erkek, 127 635 kadın olmak üzere toplam 275 987 nüfusa sahiptir ve yıllık nüfus artış hızı %16,6'dır (TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2012). İlçe merkezinde 20 ASM bulunmaktadır. 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinin seçilme nedeni bölgede meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınlara ulaşılabilir olmasıdır. Böylece meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların aynı bölgeden seçilmesiyle sosyal ve kültürel dış değişkenler kontrol altına alınmıştır. Ayrıca bu ASM'nin kayıtların düzenli olması, diğer ASM'lere göre daha fazla nüfusa sahip olması ve sosyodemografik özellikler yönünden çalışmasına uygun olması nedeniyle tercih edilmiştir. 15 Nolu Selim Sultan ASM'de toplam dört aile hekimi ve dört ebe çalışmaktadır. ASM toplam 13 666 nüfusa sahiptir.

2.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya Karatay 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlar ve aynı bölgede oturup Konya Karatay Halk Eğitim Merkezine kayıtlı olan kadınlar oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmada örnek büyüklüğü G*Power analiz programında hesaplanmış olup, ölçek için ortalama değer (belirti toplam indeksine göre) 23,7 standart sapma 7,4, etki büyüklüğü 0,25, güç %90, alfa hata değeri 0,05 kabul edilerek tek grup için örneklem büyüklüğü 180 olarak belirlenmiş, meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan grup olmak üzere örneklem büyüklüğü 360 kabul edilmiştir.

2.5. Örnek Seçimi

Araştırmanın örnek grubunda yer alan herhangi bir kursa devam eden kadınlar, Halk Eğitim Merkezi kayıtları incelenerek belirlenmiştir. Bu kayıtlardan Konya Karatay 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde ikamet eden kadınlar listelenmiş ve bu listeden rastgele seçilen 180 kadın örneklem grubuna alınmıştır. Herhangi bir kursa katılmayan kadınlar ise 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde ikamet eden, Halk Eğitim ya da benzeri herhangi bir kursa katılmamış, yaş yönünden kursa katılan gruba benzer yapıda araştırmacı tarafından gelişi güzel ve amaca uygun olarak seçilmiştir. Bunun için ASM merkezine belirli günler gidilerek ASM'ye başvuran ve bu bölgede sürekli oturan kadınlarla görüşülmüştür.

Örnek grup oluşturulurken

- Yaş aralığı yönünden grup eşleştirilmiş ve
- Hem kursa katılan hem de mahalleden katılımcıların aynı bölgede oturmalarından dolayı toplumsal kaynaklar yönünden eşitlenmesi sağlanmıştır.

2.6. Örnek Seçim Kriterleri

Örnek dışında kalma koşulları;

- Okuryazar olmama
- Bedensel engeli olma
- Kursta bir aydan kısa süreli bulunma
- Herhangi bir işte çalışıyor olma
- Karatay 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde ikamet etmeme
- Karatay 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde ikamet etme süresinin bir yılın altında olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemedir.

2.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bireylerin sosyodemografik özelliklerini, sağlık durumunu ve yaşam alışkanlıklarını belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen anket soruları (EK-A), ruhsal durumlarını belirlemek için Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK-B) uygulanmıştır.

2.7.1 Anket Soruları (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Tezcan ve Arslan 2000, Güleç Öyekçin 2008, Ünsal Barlas ve ark 2010, Nalbantoğlu 2011) oluşturulan anket sorularında sosyo-demografik özellikler, sağlık durumu ve yaşam alışkanlıkları başlıklarında üç ayrı bölüm ve 36 soru bulunmaktadır.

Sosyodemografik özelliklerle bölümünde; yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, aylık geliri, ekonomik durumunu nasıl algıladığı, evde kiminle yaşadığı, aile içinde önemli kararları kimin aldığı, yaşadığı evin mülkiyet durumu ve oda sayısına ilişkin 13 soru bulunmaktadır.

Sağlık durumu ile ilgili özellikler bölümünde; kronik ve psikiyatik bir rahatsızlığı olup olmadığı, psikiyatri uzmanına gidip gitmediği, psikolojik destek almak isteyip istemediği ve sürekli kullandığı bir ilaç olup olmadığına ilişkin beş soru bulunmaktadır.

Yaşam alışkanlıkları ile ilgili özellikler bölümünde; katıldığın kursun türü ve süresi, bedeninde rahatsızlık duyduğu bir bölge olup olmadığı, eşi, çocukları, komşusu, akrabası ile ilişkisi, sırdaş durumu, herhangibir dernek veya vakıf üyeliğinin olup olmadığı, tatile gitme durumu, gazete ve kitap okuma durumu, televizyon izleme durumu, internet kullanımı, spor yapma sıklığı, sigara ve alkol kullanma durumuna ilişkin 18 soru bulunmaktadır.

2.7.2. Kısa Semptom Envanteri (EK-B)

Bireylerin ruhsal durumunu belirlemek amacıyla 53 maddeden oluşan likert tipi kendini değerlendirme ölçeği "Kısa Semptom Envanteri" kullanılmıştır. Ölçeğin belirlenen dokuz alt ölçeği sırayla, somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), obsesif kompulsif semptom (OKS) (5,15,26,27,32,36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), anksiyete (A) (1,12,19,38,45,49. maddeler), hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler), fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili maddeler vardır. Ölçeğin üç global indeksi şunlardır:

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

Belirti toplamı indeksi (BTİ): Sıfır olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerler) bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

Semptom rahatsızlık indeksi (SRİ): Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM / Belirti Puanı

Ölçek, ergen ve yetişkin bireylere ve gruplara uygulanabilir. Ölçeğin cevaplanması için zaman sınırlaması yoktur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir. Her alt ölçek, ek madde ve üç global indekste bir birey en fazla dört puan, en az sıfır puan alabilir. Bu puan ortalamaları dörde yaklaştıkça belirtilerin ileri derecede olduğu, sıfıra yaklaştıkça belirtilerin azaldığı görülmektedir.

Ergenler için geçerlik ve güvenirliği Şahin, Batıgün ve Uğurtaş (2002) tarafından yapılmıştır. Puan ranjı 0-212 arasındadır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0,96 ve 0,95 alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0,55 ile 0,86 arasında değişmektedir. Faktör analizi sonucunda da depresyon (14 madde), anksiyete (17 madde), olumsuz benlik (9 madde), somatizasyon (7 madde) ve hostilite (4 madde) olmak üzere beş faktör saptanmıştır (Şahin ve ark 2002).

2.8. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü bölge dışında başka bir ASM bölgesinde kursa katılan beş birey ve kursa katılmayan beş bireye ev ortamında araştırmacı tarafından uygulanmış ve bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 – 20 dk sürdüğü gözlemlenmiştir.

2.9. Verilerin Toplanması

Kursa katılmayan kadınların verileri, 16 Eylül-30 Ekim tarihleri arasında, Karatay 15 Nolu Selim Sultan ASM'ne başvuran kadınlardan, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle; kursa katılan kadınların verileri ise 17 Haziran-16 Eylül 2013 tarihleri arasında, aynı bölgede Karatay Halk Eğitim Merkezine bağlı okullarda 15 Nolu Selim Sultan ASM bölgesinde sürekli oturan kadınlardan, araştırmacı tarafından, anket yöntemi ile sözel onam alınarak toplanmıştır.

2.10. Değişkenler

2.10.1. Bağımsız Değişkenler:

- Sosyodemografik özellikler **(**yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, aylık geliri, ekonomik durumunu nasıl değerlendirdiği, evde kiminle yaşadığı, aile içinde önemli kararları kimin aldığı, yaşadığı evin mülkiyet durumu ve oda sayısı)
- Sağlık durumu (kronik ve psikiyatik bir rahatsızlığı olup olmadığı, psikiyatri uzmanına gidip gitmediği, psikolojik destek almak isteyip istemediğine, düzenli ilaç kullanıp kullanmadığına ilişkin bilgiler)
- Yaşam alışkanlıkları (katıldığın kursun türü ve süresi, bedeninde rahatsızlık duyduğu bölge, eşi, çocukları, komşusu, akrabası ile ilişkisi, sırdaş durumu, dernek veya vakıf üyeliği, tatile gitme durumu, gazete ve kitap okuma durumu, televizyon izleme durumu, internet kullanımı, spor yapma sıklığı, sigara ve alkol kullanma durumu)

2.10.2 Bağımlı değişkenler:

Kısa Semptom Envanteri ile belirlenen ruh sağlığı düzeyi

2.11. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için SSPS 15.0 paket programından yararlanıldı. Veriler sayı, yüzde, ortalama olarak özetlenmiş, kikare testi, t testi, tek yönlü varyans analizi yapıldı. Bağımsız değişkenlerin etkilerinin incelenmesinde çoklu regresyon analizleri uygulandı ($p= 0.05$ kabul edildi).

2.12. Araştırmanın Soruları

1. Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınlarda sosyodemografik özellikler açısından farklılık var mıdır?
2. Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınlarda ruh sağlığı düzeyi nedir?
3. Kursa katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı düzeyi arasında farklılık var mıdır?
4. Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınlarda ruh sağlığı düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi var mıdır?
5. Herhangi bir meslek ya da hobi edindirme kursuna katılmak ruh sağlığı düzeyinin belirleyicisi midir, diğer belirleyiciler nelerdir?

2.13. Araştırmanın Varsayımları

1. Örnek grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırma yürütülürken bilgilerine başvurulan kişilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.
3. Hem kursa katılan hem de mahalleden katılımcıların aynı bölgede oturmalarından dolayı toplumsal kaynaklar yönünden aynı kaynaklara sahip olduğu varsayılmıştır.

2.14. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan (EK-C) (34967403) etik onay alınmıştır. Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü (EK-D) (42933958-1631) ve Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (EK-E) (86104336-770) araştırmanın ön uygulaması ve uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere onam formu okunarak sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır (EK-F).

3. BULGULAR

Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumlarını ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada araştırma grubuna ait tanımlayıcı bulgular ve ruhsal durumlarına ilişkin bulgular dört ana başlık altında sunulmuştur. Bu bölümler;

1. Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması
2. Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların KSE'ne ait puan ortalamasının karşılaştırılması
3. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri ile KSE'nin ilişkisi
4. Kısa semptom envanteri belirti toplam indeksinin belirleyicileri

3.1. Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Herhangi bir meslek ya da hobi edinme kursuna katılan ve katılmayan kadınların sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1.'de karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmaya göre her iki grubun yaş dağılımı benzer olduğu görülmektedir (X^2=6,564 p=0,161). Diğer özellikler değerlendirildiğinde lise ve üzeri eğitim alanların (%72,8), bekâr olanların (%70,0), sahip çocuk sayısı 0-1 olanların (%62,5), 2500 tl ve üzerinde gelire sahip olanların (%75,0), evde yaşayan kişi sayısının 1-4 olanların (%54,3) ve ailede alınan karalarda söz sahibi olanların (%63,7) oranı kursa katılan grupta kursa katılmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumunu kötü algılayanların oranı ise kursa katılmayan (%66,7) kadınlar arasında katılanlara (%33,3) göre daha yüksek bulunmuştur (p=1,000). Ayrıca sağlık güvencesine sahip olma (X^2=3,030 p=0,062) ve evin mülkiyet durumu (X^2=0,720 p=0,396) bakımından da gruplar benzer özellik göstermektedir.

Çizelge 3.1. Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Kursa Katılanlar		**Kursa Katılmayanlar**		
Sosyodemografik Özellikler	**Sayı**	**(%)**	**Sayı**	**(%)**	**Test ve p değeri**
Yaş					
15-24	43	56,6	33	43,4	X^2=6,564
25-34	56	42,7	75	57,3	p=0,161
35-44	50	55,6	40	44,4	
45-54	19	44,2	24	55,8	
55-65	12	60,0	8	40,0	
Eğitim					
İlkokul	76	40,9	110	59,1	**X^2=30,042**
Ortaokul	29	40,8	42	59,2	**p=0,000**
Lise ve üzeri	75	72,8	28	27,2	
Medeni Durum					
Bekar	49	70,0	21	30,0	**X^2=13,903**
Evli	131	45,2	159	54,8	**p= 0,000**
Sahip Olunan Çocuk Sayısı					
0-1	80	62,5	48	37,5	**X^2=13,556**
2-3	82	41,6	115	58,4	**p=0,001**
4 ve üzeri	18	51,4	17	48,6	
Sağlık Güvencesi					
Evet	152	52,2	139	47,8	X^2=3,030
Hayır	28	40,6	41	59,4	p=0,062
Gelir					
500 ve altı	25	48,1	27	51,9	**X^2=17,927**
501-1500	87	42,2	119	57,8	**p=0,000**
1501-2500	41	62,1	25	37,9	
2500 ve üstü	27	75,0	9	25,0	
Algılanan Ekonomik Durum					
İyi	32	54,2	27	45,8	X^2=4,609
Orta	136	51,3	129	48,7	p=0,100
Kötü	12	33,3	24	66,7	
Evin Mülkiyet Durumu					
Kendisine ait	84	52,5	76	47,5	**X^2=0,720**
Kiracı	96	48,0	104	52,0	**p=0,396**
Evde yaşayan kişi sayısı					
1-4	134	54,3	113	45,7	**X^2=5,688**
5 ve üzeri	46	40,7	67	59,3	**p=0,017**
Ailede karar verici					
Aile büyükleri karar	37	59,7	25	40,3	**X^2=18,172**
Eşi	78	39,7	118	60,2	**p=0,000**
Kendisi ya da ortak	65	63,7	37	36,3	
Toplam	***180***	***(50,0)***	***180***	***(50,0)***	***360 (100,0)***

Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınlara ait bazı sağlık özellikleri yönünden karşılaştırma Çizelge 3.2.'de yer almaktadır. Psikolojik rahatsızlık yaşama, psikiyatri doktoruna başvurma, psikolojik destek isteme, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumu kursa katılan (sırasıyla; %50; %54,8; %42,1; %49,2; %45,8; %57,4) ve katılmayan (%50; %45,2; %57,9; %50,8; %54,2; %42,6) kadınlarda benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Beden Kitle İndeksi (BKİ) göre çok zayıf/zayıf (%56,1; %43,9), normal (%57,7; %42,3) ve kilolu (%46,3; %53,7) olma oranının kursa katılan ve katılmayan kadınlarda birbirine yakın ancak obez kadınların oranının kursa katılan kadınlarda (%35,2), katılmayan kadınlara (%64,8) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($X^2=10,806$ $p=0,013$). Çalışma grubunda düzenli alkol alan bulunmamakla birlikte ara-sıra alkol tükettiğini söyleyen kadınların oranı kursa katılan kadınlarda (%87,5), katılmayanlara göre (%12,5) daha yüksektir ($X^2=11,990$ $p=0,017$).

Çizelge 3.2. Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması

	Kursa Katılanlar		**Kursa Katılmayanlar**		
Sağlık Özellikleri	**Sayı**	**(%)**	**Sayı**	**(%)**	**Test ve p değeri**
BKİ					
Çok zayıf-zayıf	32	56,1	25	43,9	**X^2=10,806**
Normal	79	57,7	58	42,3	**p=0,013**
Kilolu	44	46,3	51	53,7	
Obez	25	35,2	46	64,8	
Psikolojik Rahatsızlık Durumı					
Evet	6	50	6	50	X^2=1,000
Hayır	174	50	174	50	
Psikiyatri Uzmanına Başvuru Durumu					
Evet	40	54,8	33	45,2	X^2=0,842
Hayır	140	48,8	147	51,2	p=0,359
Psikolojik Destek İsteme Durumu					
Evet	53	42,1	73	57,9	X^2=7,553
Hayır	109	56,8	83	43,2	p=0,223
Kararsız	18	42,8	24	52,7	
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	30	49,2	31	50,8	X^2=0,020
Hayır	150	50,2	149	49,8	p=0,888
Düzenli İlaç Kullanımı					
Evet	27	45,8	32	54,2	X^2=0,507
Hayır	153	50,8	148	49,2	p=0,477
Sigara içme durumu					
Her gün	27	57,4	20	42,6	X^2= 3,046
Ara sıra	6	33,3	12	66,7	p=0,218
Hiç kullanmamış – Bırakmış	147	49,8	148	50,2	
Alkol içme durumu					
Ara sıra	14	87,5	1	12,5	**X^2=11,990**
Hiç içmemiş	166	48,1	179	51,9	**p=0,017**
Toplam	***180***	***(50,0)***	***180***	***(50,0)***	***360 (100,0)***

Herhangi bir kursa katılan ve katılmayan kadınların bazı sosyal yaşamları ve yaşam tarzına ilişkin değişkenler yönünden karşılaştırılması Çizelge 3.3.'de yer almaktadır. Eşi ve çocuğuyla olan ilişkisini kötü-orta ya da iyi olarak değerlendirme (X^2=2,224 p=0,136 ve X^2=2,138 p=0,144) ile akrabalarıyla görüşme sıklığı bakımından (X^2=1,538 p=0,463) grupların benzer olduğu görülmektedir. Ancak komşularıyla görüşme oranı bakımından gruplar arasındaki fark anlamlıdır. (X^2=14,112 p=0,001). Komşularıyla her gün görüşenlerin kursa katılan grupta oranı %35,8; on beş gün ve daha az görüşenlerin kursa katılmayan grupta oranı ise %64,2 olarak belirlenmiş ve kursa katılmayanlarda komşularıyla her gün görüşenlerin oranı kursa katılanlardan daha yüksek, on beş günde bir görüşenlerin oranı ise düşük bulunmuştur. Sırdaşa sahip olmayanların kursa katılan grupta oranı daha düşük (X^2=6,544 p=0,011) olmakla birlikte herhangi bir derneğe üye olanların kursa katılan ve katılmayan grupta benzer dağılıma sahip olduğu görülmektedir (X^2=0,038 p=0,846). Kursa katılan ve katılmayan kadınların gazete okuma alışkanlığı yönünden benzer dağılıma sahip olduğu görülmektedir (X^2=4,180 p=0,124). Bunun yanı sıra kursa katılan kadınlar arasında her gün kitap okuma (%77,1), interneti kullanma alışkanlığı (%72,4) olanların kursa katılmayan gruba göre daha yüksek (%22,9; %27,6) bulunmuştur. Televizyon izleme durumları hafta da bir ya da daha az olanların herhangi bir kursa katılma oranı daha yüksektir (%60,3). Son bir yılda tatile gidenlerin kursa katılma oranı (%65,2), katılmama oranlarına göre (%34,8) yüksek, düzenli spor yapmayanların kursa katılma oranı %33,3, kursa katılmama oranlarına göre (%66,7) daha düşüktür ($p<0,05$).

Çizelge 3.3. Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların sosyal yaşamları ve yaşam tarzına ilişkin bazı özelliklerin karşılaştırılması

	Kursa Katılanlar		**Kursa Katılmayanlar**		
Sosyal Yaşam ve Yaşam Tarzı Özellikleri	**Sayı**	**(%)**	**Sayı**	**(%)**	**Test ve p değeri**
Eşi ile ilişkisi (n=290)					
Kötü-Orta	43	52,9	49	47,1	X^2=2,224
İyi	90	43,4	119	56,6	p=0,136
Çocuğu ile ilişkisi (n=290)					
Kötü-Orta	14	34,9	25	65,1	X^2=2,138
İyi	117	46,9	133	53,1	p=0,144
Komşuları ile görüşme sıklığı (n=278)					
Her gün	49	35,8	88	64,2	**X^2=14,112**
Haftada bir-iki	56	57,1	42	42,9	**p=0,001**
Onbeş gün ve daha az	26	60,5	17	39,5	
Akrabaları ile görüşme sıklığı	**(n=203)**				
Her gün	16	44,4	20	55,6	X^2= 1,538
Haftada bir-iki	69	56,1	54	43,9	p=0,463
Onbeş gün ve daha az	23	52,3	21	47,7	
Sırdaş durumu					
Var	139	54,3	117	45,7	**X^2=6,544**
Yok	41	39,4	63	60,6	**p=0,011**
Dernek üyeliği					
Var	14	48,3	15	51,7	X^2=0,038
Yok	166	50,2	165	49,8	p=0,846
Son bir yılda tatile gitme					
Var	90	65,2	48	34,8	**X^2=20,729**
Yok	90	40,5	132	59,5	**p=0,000**
Gazete okuma alışkanlığı					
Okumuyor	71	45,8	84	54,2	X^2=4,180
Nadiren	91	51,1	87	48,9	p=0,124
Hergün	18	66,7	9	33,3	
Kitap okuma alışkanlığı					
Okumuyor	46	47,4	51	52,6	**X^2=16,392**
Nadiren	97	45,1	118	54,9	**p=0,000**
Hergün	37	77,1	11	22,9	
Televizyon izleme sıklığı					
Her gün	110	45,1	134	54,9	**X^2=7,326**
Haftada bir ve daha az	70	60,3	46	39,7	**p=0,007**
İnternet kullanma sıklığı					
Her gün	55	72,4	21	27,6	**X^2=21,410**
Haftada bir	13	56,5	10	43,5	**p=0,000**
Haftada iki-üç gün	38	46,3	44	53,7	
Bilmiyor	74	41,3	105	58,7	
Spor yapma sıklığı					
Her gün	33	68,8	15	33,3	**X^2=8,491**
Arasıra	138	48,4	147	41,5	**p=0,014**
Yapmıyor	9	33,3	18	66,7	
Toplam	***180***	***(50,0)***	***180***	***(50,0)***	***360 (100,0)***

3.2. Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Kısa Semptom Envanterine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların KSE puan ortalamaları Çizelge 3.4. karşılaştırılmıştır. Ruhsal sağlıklarına göre kursa katılan kadınların somatizasyon 0,7±0,5; obsesif-kompulsif bozukluk 0,9±0,7; kişilerarası duyarlılık 0,8±0,7; depresyon 0,7±0,7; anksiyete bozukluğu 0,6±0,6; hostilite 0,8±0,7 ve ek maddeler puan ortalamasının 0,3±0,2 olduğu görülmektedir. Kursa katılmayan kadınlar da ise somatizasyon 1,2±0,8; obsesif-kompulsif bozukluk 1,4±0,7; kişilerarası duyarlılık 1,3±0,8; depresyon 0,9±0,7; anksiyete bozukluğu 1,1±0,7; hostilite 1,1±0,8 ve ek maddeler puan ortalaması 0,9±0,7'dir. Kursa katılan ve katılmayan kadınların ölçeğin bu alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklı olduğu ve kursa katılan kadınlarda puan ortalamasının daha düşük görülmektedir ($p<0,05$). Ölçeğin fobik anksiyete ($t=-1,417$ $p=0,157$), paranoid düşünce ($t=2,251$ $p=0,225$) ve psikotizm ($t=1,714$, $p=0,087$) alt boyutlarında ise gruplar arası bir fark olmadığı görülmektedir. Kursa katılan kadınlarda RCİ puan ortalaması 0,7±0,5; BTİ puan ortalaması 23,3±13,5; SRİ puan ortalaması 1,5±0,5; kursa katılmayan kadınlarda ise bu ortalamalar sırasıyla 1,0±0,6; 31,1±11,8 ve 1,7±0,4'dir. Bu sonuçlara göre istatistiksel açıdan kursa katılan kadınların puan ortalaması, kursa katılmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 3.4. Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Puan Ortalamaları X ± SD		**Beklenen Değerler**		
Ruhsal Belirtiler	**Kursa Katılan**	**Kursa Katılmayan**	**Mini mum**	**Maksi mum**	**Test ve p değeri**
Somatizasyon	0,7±0,5	1,2±0,8	0	4	**t= 6,777 p=0,000**
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	0,9±0,7	1,4±0,7	0	4	**t=21,649 p=0,000**
Kişilerarası Duyarlılık	0,8±0,7	1,3±0,8	0	4	**t=3,384 p=0,001**
Depresyon	0,7±0,7	0,9±0,7	0	4	**t=-3,973 p=0,000**
Anksiyete Bozukluğu	0,6±0,6	1,1±0,7	0	4	**t=-3,152 p=0,002**
Hostilite	0,8±0,7	1,1±0,8	0	4	**t=-3,536 p=0,000**
Fobik Ansiyete	0,4±0,5	0,8±0,6	0	4	t=-1,417 p=0,157
Paranoid Düşünce	0,8±0,7	0,8±0,8	0	4	t=2,251 p=0,225
Psikotizm	0,5±0,5	0,6±0,5	0	4	t=1,714 p=0,087
Ek Maddeler	0,3±0,2	0,9±0,7	0	4	**t=-7,324 p=0,000**
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	*07±0,5*	*1,0±0,6*	*0*	*4*	***t=-3,360 p=0,001***
Belirti Toplam İndeksi	*23,3±13,5*	*31,1±11,8*	*0*	*53*	***t=34,554 p=0,000***
Semptom Rahatsızlık İndeksi	*1,5±0,5*	*1,7±0,4*	*0*	*4*	***t=14,239 p=0,000***

3.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Kısa Semptom Envanterinin İlişkisi

Çalışmaya katılan kadınların KSE'ne göre puan ortalamalarını bazı sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.5.'de karşılaştırılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen RCİ'nin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı değerlendirildiğinde yaş, eğitim durumu, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik durum, evin mülkiyet durumu, evde yaşayan kişi sayısına göre oluşturulan grupların puan ortalaması arasında bir farklılığın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Gelir ($F=3,732$ $p=0,012$) ve ailede karar verici kişiye ($F=3,252$ $p=0,040$) göre gruplar arasında farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir. Yapılan Tukey analizine göre gelir düzeyi 2500 TL ve üzerinde olan grubun RCİ puanı diğer gelir düzeylerine ve ailede kararları kendisi ve eşiyle birlikte ortak alan kadınların ise aile içinde aile büyükleri ve eş tarafından kararların verildiği gruba göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Belirti Toplam İndeksi içinse yaş, evin mülkiyet durumu, sağlık güvencesi, evde yaşayan kişi değişkelerinde oluşturulan gruplar arasında puan ortalamasına göre farklılığın olmadığı görülmektedir. Eğitim grupları arasında farklılığın anlamlı olduğu ($F=10,324$ $p<0,001$) lise ve üzerinde eğitim grubunun puan ortalamasının Tukey testine göre anlamlı olarak diğer eğitim gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir. Sahip olunan çocuk ($F=3,446$ $p=0,033$) değişkeninde ise 2-3 çocuğa sahip olanların puan ortalamasının (18,0±17,3); 0-1 çocuğa sahip olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek (12,8±17,5) olduğu görülmektedir. Gelir ($F=5,286$ $p=0,001$); algılanan ekonomik durum ($F=4,642$ $p=0,010$) ve ailede karar verici kişi ($F=6,326$ $p=0,002$) ile ilgili değişkenler ise farklılığın anlamlı olduğu diğer değişkenlerdir. Tukey testine göre gelir düzeyi 2500 ve üzerinde olanların puan ortalaması diğer gelir gruplarına göre düşük, ekonomik durumunu kötü algılayanların ise ekonomik durumunu iyi ve kötü algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur Ailede kararları eşi alan kadınların BTİ puanı aile içinde aile büyükleri kendi tarafından kararların verildiği gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Semptom Rahatsızlık İndeksi'ne ait puan ortalamasının medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, sağlık güvencesi, gelir düzeyi algılanan ekonomik durum, evin mülkiyet durumu, evde yaşayan kişi sayısına göre oluşturulan gruplar arasındaki puan farkının önemli olmadığı, grupların benzer ortalamaya sahip olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Ancak yaş gruplarına göre farkın anlamlı olduğu ($F=2,477$ $p=0,046$), Tukey testine göre 55-65 yaş grubunun SRİ puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu görülmektedir. Eğitim grupları arasında farklılıkta ise ($F=3,645$ $p=0,027$) Tukey testine göre lise ve üzerinde eğitim grubunun puan ortalamasının diğer eğitim gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir. Ailede kararları eşi alan kadınların SRİ puanı aile içinde aile büyükleri yada kendi tarafından kararların verildiği gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=3,417$ $p=0,034$).

Çizelge 3.5. Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Sosyodemgrafik Özellikler	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Yaş			
15-24	0,9±0,7	13,4±16,8	1,2±0,76
25-34	0,9±0,6	18,2±17,6	1,2±0,70
35-44	1,0±0,7	15,2±18,0	1,2±0,78
45-54	0,8±0,5	16,7±16,7	1,4±0,73
55-65	0,7±0,8	11,0±16,4	0,8±0,79
F değeri	F=0,554 p=0,696	F=1,397 p=0,234	**F=2,477 p=0,05**
Eğitim			
İlkokul	0,93±0.66	18,4±17,1	1,26±0,73
Ortaokul	0,98±0.73	18,4±17,4	1,42±0,67
Lise ve üzeri	0,93±0.79	9,4±16,5	1,11±0,80
F değeri	F=0,162 p=0.850	**F=10.324 p<0.001**	**F=3,645 p=0.027**
Medeni Durum			
Bekar	1,01±0,8	10,9±17,1	1,14±0,8
Evli	0,93±0,6	17,08±17,3	1,27±0,7
t değeri	t=0,731 p=0,407	**t=-2,654 p=0,008**	t=-1,288 p=0,198
Sahip Olunan Çocuk Sayısı			
0-1	0,97±0,7	12,8±17,5	1,18±0,7
2-3	0,93±0,7	18,0±17,3	1,30±0,7
4 ve üzeri	0,91±0,5	14,8±17,0	1,19±0,8
F değeri	F=0,181 p=0,834	**F=3,446 p=0,033**	F=1,113 p=0,330
Sağlık Güvencesi			
Evet	0,9±0.7	15,11±15.4	1,21±
Hayır	1,07±0.6	19,14±16.3	1,39±
t değeri	t=-1,605 p=0,109	t=-1,728 p=0,085	t=-1,792 p=0,074
Gelir			
500 ve altı	1,00±0,69	16,8±18,0	1,27±0,73
501-1500	0,98±0,72	18,2±17,4	1,30±0,75
1501-2500	0,98±0,74	12,4±17,1	1,1±0,77
2500 ve üstü	0,57±0,52	7,2±14,1	0,94±0,62
F değeri	**F=3,732 p=0,012**	**F=5,286 p=0,001**	F=2,518 p=0,058
Algılanan Ekonomik Durum			
İyi	0,82±0,8	11,9±15,0	1,22±0,7
Orta	0,94±0,6	15,7±17,6	1,21±0,7
Kötü	1,09±0,6	23,0±18,4	1,52±0,6
F değeri	F=1,057 p=0,349	**F=4,642 p=0,010**	**F=2,694 p=0,06**
Evin Mülkiyet Durumı			
Kendisine ait	0,91±0,67	15,2±17,2	1,17±0,73
Kiracı	0,97±0,75	16,4±17,6	1,31±0,76
t değeri	t=-0,720 p=0,472	t=-0,666 p=0,506	t=-1,769 p=0,076
Evde yaşayan kişi sayı			
1-4	0,93±0,7	14,79±17,3	1,21±0,7
5 ve üzeri	0,96±0,6	18,29±17,5	1,34±0,7
t değeri	t=-0,289 p=0,766	t=-1,770 p=0,078	t=-1,527 p=0,128
Ailede karar verici			
Aile büyükleri	1.01±0.8	13.0±16.3	1.24±0.73
Eşi	1.00±0.6	18.8±17.4	1.33±0.72
Kendisi ya da ortak	0.79±0.7	11.9±17.2	1.09±0.79
F değeri	**F=3.252 p=0.040**	**F=6.326 p=0.002**	**F=3.417 p=0.034**

Çalışmaya katılan kadınların KSE göre puan ortalamaları bazı sağlık özellikleri Çizelge 3.6.'de karşılaştırılmıştır.

Bazı sağlık özellikleri ve davranışlarının RCİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde BKİ; psikolojik rahatsızlık durumu, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre RCİ puan ortalamasının değişmediği görülmektedir. Psikiyatri uzmanına başvuranların (1,2±0,7) başvuruda bulanmayanlara göre (0,8±0,7) puan ortalaması daha yüksektir (t=7,324 p=0,000). Psikolojik destek isteme durumunda da gruplar arasında farklılıklar anlamlı bulunmuş (F=18,122 p=0,000), Tukey testine göre farklılığın destek isteyen ve istemeyen grup arasında olduğu görülmüştür. Destek isteyenlerin puan ortalaması (1,2±0,79) istemeyenlere (0,7±0,61) göre daha yüksektir.

Belirti Toplam İndeksi içinse psikolojik rahatsızlık durumu, psikiyatri uzmanına başvuru durumu, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre gruplar arası puan ortalaması farkının anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05). Psikolojik destek isteme durumuna (F=8,681 p=0,000) ve BKİ (F=2,685 p=0,047) ve göre gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığı belirlemek için yapılan Tukey testine göre obez olan grubun puan ortalamasının normal olan gruba göre, psikolojik destek isteyen grubun istemeyen gruba göre puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir (p<0,05).

Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamasının BKİ, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre oluşturulan gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05). Psikolojik rahatsızlık yaşayan (1,6±0,5) ve psikiyatri doktoruna başvuran (1,4±0,7) kadınların puan ortalamasının; psikolojik rahatsızlık yaşamayan (1,2±0,7) ve doktora başvurmayan (1,2±0,7) kadınlara göre daha yüksektir (p<0,05). Ayrıca psikolojik destek istemeyen kadınların SRİ puan ortalaması destek isteyen ve kararsız olan kadınlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür (F=11,839 p<0,001).

Çizelge 3.6. Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sağlık özelliklerine göre karşılaştırılması

Sağlık Özellikleri	**Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi**	**Belirti Toplam İndeksi**	**Semptom Rahatsızlık İndeksi**
BKİ			
Çok zayıf-zayıf	0,93±0,77	14,8±17,7	1,2±0,79
Normal	0,92±0,75	13,3±16,9	1,1±0,73
Kilolu	0,97±0,70	16,8±17,6	1,2±0,77
Obez	0,95±0,62	20,3±17,3	1,3±071
F değeri	F=0,111	**F=2,685**	F=1,076
	p=0,953	**p= 0,047**	p=0,359
Psikolojik Rahatsızlık Durumu			
Evet	1,2±0,6	23,1±23,6	1,6±0,5
Hayır	0,9±0,7	15,6±17,2	1,2±0,7
t değeri	t=1,439	t=1,489	**t=1,319**
	p=0,067	p=0,090	**p=0,030**
Psikiyatri Uzmanına Başvuru Durumu			
Evet	1,2±07	17,3±19,8	1,4±0,77
Hayır	0,8±0,7	15,5±16,8	1,2±0,73
t değeri	**t=7,324**	t=9,648	**t=8,505**
	p=0,000	p=0,297	**p=0,013**
Psikolojik Destek İsteme Durumu			
Evet	1,2±0,79	20,2±18,2	1,4±0,67
Hayır	0,7±0,61	12,8±15,8	1,0±0,77
Kararsız	0,9±0,63	19,1±19,1	1,3±0,67
F değeri	**F=18,122**	**F=8,681**	**F=11,839**
	p=0,000	**t=0,000**	**p=0,000**
Kronik Hastalık Durumu			
Evet	0,97±0,76	16,34±17,8	1,22±0,80
Hayır	0,94±0,70	15,79±17,4	1,25±0,74
t değeri	t=0,312	t=0,982	t=-0,256
	p=0,755	p=0,825	p=0,798
Düzenli İlaç Kullanımı			
Evet	0,96±0,78	17,3±17,8	1,3±0,82
Hayır	0,94±0,70	15,6±17,4	1,2±0,33
t değeri	t=0,269	t=0,736	t=0,645
	p=0,788	p=0,481	p=0,519
Sigara içme durumu			
Her gün	0,99±0,72	15,41±18,9	1,3±0,8
Ara sıra	0,93±0,72	15,7±17,3	1,2±0,7
Hiç kullanmamış - Bırakmış	0,96±0,56	19,4±16,2	1,4±0,5
KW değeri	0,624	1,415	19,83
	0,732	0,493	0,371

Çalışmaya katılan kadınların KSE göre puan ortalamaları kişilerarası ilişki özellikleri Çizelge 3.7. karşılaştırılmıştır.

Aile ve sosyal ilişkileri ile RCİ puan ortalamasının değişip değişmediği değerlendirildiğinde eşi ve çocukları ile ilişkisini kötü-orta değerlendiren ve sırdaş olarak nitelendirdiği kadınların puan ortalamasın eşi ve çocukları ile ilişkisini iyi değerlendiren ve sırdaş arkadaş olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (t=2,701 p=0,007). Komşularıyla (t=1,695 p=0,186) ve akrabalarıyla görüşme sıklığına (t=1,417 p=0,245) göre RCİ puan ortalamasının gruplara göre benzer olduğu görülmektedir.

Belirti Toplam İndeksi içinse eşi (t=-0,639 p=0,523) ve çocuklarıyla ilişkisi (t=1,626 p=0,105) ve akrabalarıyla (t=1,733 p=0,179) görüşme sıklığına göre puan ortalaması değişmemektedir. Komşularıyla görüşme sıklığına göre farkın anlamlı olduğu (F=6,605 p=0,002) Tukey testi sonucuna göre her gün komşularıyla görüşen kadınların puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Sırdaş bir arkadaşa sahip olmayan (19,8±18,1) kadınların BTİ puan ortalaması olan (14,2±16,9) kadınlara göre daha yüksektir (t=-2,740 p=0,006).

Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamasına göre çocuğu ile ilişkisi kötü-orta olan (t=2,339 p=0,020), sırdaş bir arkadaşa sahip olmayan kadınların (t=-2,151 p=0,032) puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Komşularıyla (F=3,884 p=0,023) ve akrabalarıyla (F=3,562 p=0,030) görüşme sıklığına göre SRİ puan ortalamasının farklılaştığı, Tukey testine göre komşularıyla ve akrabalarıyla her gün görüşen kadınların puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.7. Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının kişilerarası ilişki özelliklerine göre karşılaştırılması

Kişilerarası İlişki Özellikleri	**Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi**	**Belirti Toplam İndeksi**	**Semptom Rahatsızlık İndeksi**
Eşi ile ilişkisi			
Kötü-Orta	1,08±0,66	15,81±18,1	1,3±0,69
İyi	0,8±0,68	17,2±17,0	1,2±0,74
	t=2,701	t=-0,639	t=1,236
	p=0,007	p=0,523	p=0,217
Çocuğu ile ilişkisi			
Kötü-Orta	1,2±0,7	21,2±18,2	1,5±0,6
İyi	0,8±0,6	16,5±17,2	1,2±0,7
	t=3,174	t=1,626	**t=2,339**
	p=0,002	p=0,105	**p=0,020**
Komşuları ile görüşme sıklığı			
Her gün	0,19±0,70	20,4±16,9	1,3±0,76
Haftada bir-iki	0,91±0,70	13,1±13,5	1,1±0,73
Onbeş gün ve daha az	0,77±0,62	12,4±17,0	1,0±0,70
	t=1,695	**F=6,605**	**F=3,884**
	p=0,186	**p=0,002**	**p=0,023**
Akrabaları ile görüşme sıklığı			
Her gün	0,99±0,79	19,3±18,8	1,5±0,94
Haftada bir-iki	0,88±0,74	13,3±16,8	1,1±0,73
Onbeş gün ve daha az	0,72±0,59	14,4±17,0	1,0±0,69
	t=1,417	t=1,733	**F=3,562**
	p=0,245	p=0,179	**p=0,030**
Sırdaş durumu			
Var	0,8±0,70	14,2±16,9	1,1±0,74
Yok	1,0±0,73	19,8±18,1	1,3±0,74
	t=-2,263	**t=-2,740**	**t=-2,151**
	p=0,024	**p=0,006**	**p=0 ,032**

Çalışmaya katılan kadınların KSE göre puan ortalamaları bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının özellikleri Çizelge 3.8.'de karşılaştırılmıştır.

Bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının RCİ puan ortalamasının etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde dernek üyeliği, son bir yılda tatile gitme gazete / kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme, internet kullanma ve spor yapma sıklığına göre oluşturulan gruplar arasında puan ortalamaları bakımından bir farklılığın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Belirti Toplam İndeksi bakımından ise dernek üyeliği olan ve olmayan grubun puan ortalamasının benzer ($t=-0,085$ $p=0,932$), son bir yıl içinde tatile gitmeyen öğrencilerin puan ortalaması gidenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=-4,123$ $p=0,000$). Gazete okuma sıklığına göre gruplar arası BTİ puan ortalaması benzerdir ($F=1,475$ $p=0,230$). Ancak kitap okuma alışkanlığına göre gruplar arası fark anlamlıdır ($F=8,769$ $p=0,000$). Tukey testine göre her gün kitap okuyanların puan ortalaması diğer gruplara göre düşüktür. Her gün internet kullanan kadınların BTİ puan ortalaması internet kullanmayı bilmeyen ya da seyrek kullanan kadınlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($F=5,431$ $p=0,01$). Spor yapma sıklığı değerlendirildiğinde de her gün spor yapanların, yapmayanlara göre puan ortalaması anlamlı şekilde düşüktür ($F=4,194$ $p=0,016$).

Semptom Rahatsızlık İndeksi dernek üyeliği, son bir yılda tatile gitme kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme ve internet kullanma sıklığına göre oluşturulan gruplar arasında puan ortalamaları bakımından bir farklılığın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Gazete okuma alışkanlığı ($F=2,069$ $p=0,048$) ve spor yapma sıklığına ($F=3,365$ $p=0,036$) göre gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Tukey analizine göre her gün gazete okuyanların diğer gruplara göre puan ortalaması düşük, spor yapmayanların puan ortalaması ise her gün ve ara sıra yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3.8. Çalışmaya katılan kadınların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamalarının bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının özelliklerine göre karşılaştırılması

Sosyal Faaliyet ve Yaşam Alışkanlıkları Özellikleri	**Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi**	**Belirti Toplam İndeksi**	**Semptom Rahasızlık İndeksi**
Dernek Üyeliği			
Var	0,91±0,71	16,15±18,0	1,48±0,74
Yok	0,94±0,71	15,86±17,4	1,23±0,74
	t=-0,228	t=-0,085	t=0,644
	p=0,820	p= 0,932	p=0,075
Son bir yılda tatile gitme			
Var	0,92±0,70	11,16±16,1	1,1±0,77
Yok	0,95±0,72	18,82±17,6	1,2±0,73
	t=-0,384	**t=-4,123**	t=-1,403
	p=0,701	**p=0,000**	p=0,161
Gazete okuma alışkanlığı			
Okumuyor	0,96±0,69	17,40±18,0	1,3±0,79
Nadiren	0,90±0,71	15,19±16,8	1,1±0,69
Hergün	1,12±0,85	11,78±18,1	1,1±0,80
	F=1,269	F=1,475	**F=2,069**
	p=0,282	p=0,230	**p=0,048**
Kitap okuma alışkanlığı			
Okumuyor	0,90±0,67	16,00±17,2	1,28±0,80
Nadiren	0,99±0,71	17,98±17,9	1,26±0,72
Hergün	0,79±0,80	6,49±12,3	1,12±0,36
	F=1,761	**F=8,769**	F=0,773
	p=0,173	**p=0,000**	p=0,462
Televizyon izleme sıklığı			
Her gün	0,94±0,70	17,2±17,2	1,23±0,75
Haftada bir ve daha az	0,95±0,74	13,0±17,6	1,28±0,74
	t=-0,071	**t=2,128**	t=-0,632
	p=0,944	**p=0,034**	p=0,502
İnternet kullanma sıklığı			
Her gün	0,88±0,73	9,12±15,2	1,19±0,72
Haftada bir	0,93±0,71	15,15±13,8	0,99±0,73
Haftada iki-üç gün	0,92±0,80	16,56±18,2	1,18±0,74
Bilmiyor	0,98±0,66	18,54±17,1	1,34±0,96
	F=0,403	**F=5,431**	F=2,112
	p=0,751	**p=0,01**	p=0,096
Spor yapma sıklığı			
Her gün	0,96±0,74	9,6±14,8	1,2±0,7
Arasıra	0,83±0,69	16,5±17,7	1,0±0,10
Yapmıyor	0,96±0,71	20,2±16,5	1,4±0,4
	F=0,656	**F=4,194**	**F=3,365**
	p=0,520	**p= 0,016**	**p=0,036**

3.4. Kısa Semptom Envanteri Belirti Toplam İndeksinin Belirleyicileri

Herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna kadınların katılan ve katılmayan KSE'ne göre BTİ'nin belirleyicileri Çizelge 3.9.'de belirtilmiştir.

Belirti Toplam İndeksi'nin belirleyicileri çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analize tekli analizlerde anlamlı çıkan bağımsız değişkenler alınmış ve bu bağımsız değişkenlerle kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir. ($F=84,974$ $p<0,0001$). Eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir, ekonomik durum algısı, sırdaşın olması, tatile gitme, kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme, internet kullanma ve spor yapma değişkenlerinin modele katkısının olmadığı görülmektedir. Modele anlamlı katkısı olan değişken ise herhangi bir meslek edinme ya da hobi kursuna gitmemedir. Bu değişken için $\beta=0,880$, $t=31,102$, $p<0,001$ değerleri elde edilmiştir. Herhangi bir kursa katılmama BTİ'nin puanına pozitif etki etmekte ve puanı artırmaktadır. Bu değişkenler BTİ puanının %77,5 gibi önemli bir kısmını açıklamaktadır.

Çizelge 3.9. Kısa Semptom Envanteri Belirti Toplam İndeksinin belirleyicileri

Değişkenler	**β**	**T testi**	**p**
Eğitim düzeyinin ortaokul ve altında olması	-0,020	-0,616	0,538
Evli olma	-0,035	-1,147	0,252
Çocuk sayısının 2-3 olması	-0,001	-0,044	0,965
Gelirin 1500 TL ve altında olması	0,007	0,234	0,815
Ekonomik durumunu kötü algılama	0,041	1,558	0,120
Sırdaşının olmaması	0,028	1,065	0,288
Son bir yıl içinde tatile gitmeme	0,005	0,156	0,876
Kitap okuma alışkanlığının olmaması	0,039	1,398	0,163
Hergün televizyon izlemesi	-0,015	-0,544	0,587
İnternet kullanmama ya da bilmeme	-0,010	-0,334	0,739
Spor yapma alışkanlılığının olmaması	0,022	0,818	0,414
Herhangi bir meslek edinme ya da hobi kursuna katılmama	**0,880**	**31,102**	**0,000**
F=84,974 **p<0,0001**	**R^2=0,775**	**Adj R^2=0,766**	

4. TARTIŞMA

Genetik, biyolojik, sosyal, psikolojik faktörlere ek olarak toplumsal cinsiyet ve kadının statüsünün düşük olması gibi nedenler kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerinde hayati bir rol oynamaktadır (Yardım 2001). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin hayatın her alanında yaygın olması sonucu ortaya çıkan doğrudan veya dolaylı ayrımcılığa ve kadının yaşadığı kültürel değersizleştirmeye bağlı olarak kadınların ruhsal sorunlarla daha fazla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Kadınlar, erkeklerle karşılaştırıldığında dezavantajlı bir şekilde erkeklerden farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeye, farklı sosyal imkânlara ve sosyal desteğe, farklı çalışma hayatına katılma şekillerine ve düzeylerine sahiptir. Bu farklılıklar onların ruh sağlığı ile ilgili sağlık göstergelerine de yansımaktadır. Toplum içindeki etkinliği tartışılmaz bir şekilde önemli olan kadınların aile içi, toplum ve iş çevresindeki ruhsal yapıları her zaman dikkat çekmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar son yıllarda artmış olsa da yine de yetersiz kalmaktadır. Kadınların ruhsal belirti durumlarının ve nedenlerinin araştırıldığı çalışmalar, kadınların yaşadıkları ruhsal sorunlarını erken dönemde belirleyerek erken dönemde müdahale yapılmasını sağlayacaktır. Ayrıca ruh sağlığı düzeyini artırmaya yönelik uygulamalar içinde kadın ruh sağlığını geliştirici aktivitelerin belirlenmesi önemlidir. Çalışmamızda kadınların ruhsal durumlarının belirlenerek, meslek edindirme ve hobi kurslarının etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır ve kadınların ruhsal sorunlarına katkı sağlaması hedeflenmektedir.

4.1. Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların tanımlayıcı özelliklerinde; sosyodemografik özellikler (Çizelge 3.1.), sağlık özellikleri (Çizelge 3.2.) ve sosyal yaşam ile yaşam tarzına ilişkin özelliklerine (Çizelge 3.3.) ait bulgular incelenmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların yaş dağılımların benzer olduğu görülmektedir (X^2=6,564 p=0,161). Ancak bu benzerlik yaşın ruh sağlığı üzerindeki etkisinden dolayı araştırmacılar tarafından, çalışmanın dış geçerliliğini artırmak üzere özellikle

oluşturulmuştur. Ancak diğer sosyodemografik özellikler incelendiğinde lise ve üzerinde eğitim alanların, bekâr olanların, 0-1 sayıda çocuğa sahip olanların, geliri 1501 tl ve üzerinde olanların, evde yaşayan kişi sayısı 1- 4 arasında olanların, ailedeki kararları kendisi ya da eşiyle ortak verenlerin, BKİ indeksi çok zayıf/ zayıf ve normal olanların, komşularıyla on beş ve daha az görüşenlerin, sırdaşı (yakın arkadaş) olanların, son bir yılda tatile gidenlerin, her gün kitap okuyanların, televizyon izleme alışkanlığı haftada bir ve daha az olanların, her gün internet kullananların ve her gün spor yapanların herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlara ait sosyodemografik özellikler incelendiğinde; ilkokul ve ortaokul mezunu olanların, evli olanların, 2-3 sayıda çocuğa sahip olanların, geliri 1501 TL ve altında olanların, ekonomik durumun kötü olarak algılayanların, evde yaşayan kişi sayısı beş ve üzerinde olanların, aile de karar verici olarak eş olanların, BKİ indeksi kilolu ve obez olanların, komşularıyla her gün görüşenlerin, sırdaşı (yakın arkadaş) olmayanların, son bir yılda tatile gitmeyenlerin, nadiren ya da hiç kitap okumayanların, her gün televizyon izleyenlerin, internet kullanmayanların ve spor yapmayanların meslek ve hobi edindirme kursuna katılmama oranı anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu bulguların gösterdiği gibi toplum tarafından kadınlara sunulan kaynaklardan biri olan meslek ve hobi edindirme kursuna katılma olasılığı sosyodemografik – ekonomik göstergeleri daha iyi olan kadınlar için ulaşılabilir durumdadır. Bu kaynakların aslında sosyal statüsü her ne olursa olsun bütün kadınlar için ulaşılabilir olması toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması açısından önemli olacaktır. Toplumda kadınlara sunulan hizmetlerin onların sosyal statüsünün yükseltilmesi yönünden katkı sağlaması amaçlanırken, bu bulgular kadınlara sunulan hizmetlerin düşük statülü kadınlara ulaşmayıp, orta-yüksek statülü kadınlar tarafından kullanıldığını göstermektedir. Bulgularımız bu hizmeti sunan belediyeler, halk eğitim merkezleri ve bölgede hizmet eden sağlık çalışanlarının düşük sosyoekonomik düzeyde kadınların bu hizmeti kullanabilmesi için çaba harcamasının gerekliliği göstermektedir. Kadınların verimliliklerinin artırılması, sosyoekonomik konumlarının iyileştirilmesi ve kararlara daha üst düzeyde katılmalarını öngören

eğitim politikalarının etkinleştirilmesi ile kadınların toplumsal değişime uyum sağlaması mümkün olabilir. Kadınların aile yaşamı, çalışma yaşamı ve politik yaşamda arka planda kalmalarına yol açan sosyokültürel faktörlerin aşılması, bilimsel bilgi ve bireysel girişimin yönlendirdiği bir yaşam biçiminin benimsenmesi, kadınlar üzerine yaşam boyu eğitim politikalarının üretilmesi; ülkemizin çağdaş ve demokratik ülkeler arasında yer alabilmesi için gereklidir.

Sağlık güvencesi (X^2=3,030 p=0,062), evin mülkiyet durumu (X^2=0,720 p=0,396), psikolojik rahatsızlık yaşama (X^2=1,000), psikiyatri uzmanına başvuru durumu (X^2=0,842 p=0,359), psikolojik destek isteme durumu (X^2=7,553 p=0,223), kronik hastalık durumu (X^2=0,020 p=0,888), düzenli ilaç kullanımı (X^2=0,507 p=0,477), eş ile ilişkisi (X^2=3,030 p=0,062), çocuğuyla ilişkisi (X^2=3,030 p=0,062), akrabalarıyla görüşme sıklığı (X^2=3,030 p=0,062), dernek üyeliği (X^2=3,030 p=0,062) ve gazete okuma alışkanlığı (X^2=4,180 p=0,124) bakımından kadınların meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan grupta benzer oranda yer aldığı görülmektedir. Özellikle ruh sağlığı düzeyi hakkında bilgi veren psikolojik rahatsızlık yaşama, psikiyatri uzmanına başvuru ve psikolojik destek isteme durumu bakımından grupların benzer olması, grupların ruh sağlığı düzeylerinin karşılaştırılmasına dayalı bu çalışma için çalışmanın geçerliliğini artıran önemli bulgulardır.

Elde edilen diğer bir bulguda sigara ve alkol kullanımına ilişkin sonuçlardır. Tüm grupta sigara kullanım oranı ve alkol tüketim sıklığı düşük olmakla birlikte sigara içme özelliğine göre grupların benzer (X^2=3,046 p=0,218) olduğu, alkol tüketimi bakımında da kursa katılanlarda ara sıra tüketenlerin daha yüksek oranda bulunduğu görülmektedir (X^2=11,990 p=0,017).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerde kadınların %22'si gelişmekte olan ülkelerde ise %9'u sigara içicisidir (Markay ve Ericsen 2002, Markay ve Amos 2003). Ülkemizde Türk psikologlar derneğinin hazırladığı bir profil raporunda 2002'de yapılan bir çalışmada toplumumuzun %18,9'unun sigara kullandığı belirlenmiştir. Türkiye genelinde 15 ve üstü yaş grubundaki kadınlarda TÜİK 2012 verilerine göre; %13,8'sinin her gün tütün ve tütün mamullerini kullandığı ve Kuçur ve ark (2000) yaptığı çalışmada kadınların %16,2'sinin, Akvardar ve ark (2003) yaptığı çalışmada kadınların %21,3'ünün, Kaya ve Çilli'nin

(2002) yaptığı çalışmada kadınların %21,3'ünün, Tot ve ark (2004) yaptığı çalışmada kadınların %32,2'sinin, Saka ve ark (2008) yaptığı çalışmada kadınların %22,9'nun sigara kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca ülkemizde kadınlarda alkol kullanımına ilişkin çalışmalarda farklı oranlar bulunmuştur. Türkiye genelinde 15 ve üstü yaş grubundaki kadınlarda TÜİK 2012 verilerine göre; %3,8'sinin alkol kullandığı ve Buğdaycı ve ark (2003) yaptığı çalışmada alkol içiciliğinin kızlarda %34,1 olduğunu, Tot ve ark (2004) kadınların %33'ünün alkol kullandığını saptamıştır.

Yapılan bu çalışmalara göre, bu çalışma grubunda alkol ve sigara kullanımının düşük oranda olması bu toplumun sosyokültürel yapısından kaynaklanmakta ve çalışmanın yapıldığı grubun birçok sağlık riskleri bakımından avantajlı konumda olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Kadınlar üzerinde sigara ve alkol kullanımın oranlarının belirlenmesine yönelik yapılacak araştırmalar; sigara ve alkol kullanım oranın artmasını engelleyerek, kadınların ciddi sağlık sorunlarını önleyecek, ruh sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacak ve ülke ekonomimiz üzerindeki ağır yükü hafifletecektir.

4.2. Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Kısa Semptom Envanterine Ait Puan Ortalamasının İncelenmesi

Bireylerin RCİ puan ortalaması kursa katılan kadınlarda 0,7±0,5 ve kursa katılmayan kadınlarda 1,0±0,6 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.4.). Ölçek genel puanı olan RCİ artış, bireydeki ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. Çalışmamızdaki değerlere göre kursa katılmayan kadınlarda RCİ değeri daha yüksektir yani kursa katılmayan kadınlarda ruhsal belirtilerden duyulan rahatsızlık daha fazladır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalara bakıldığında; KSE'nin adölesanlar ile yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalaması 0,7±0,5 (Şahin ve ark 2002), üniversite öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada 0,1±0,1 (Demirel ve ark 2011), kadınlarda yapılan bir çalışmada 0,7±0,5 (Dökmen 2003), 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada 0,9±0,5 (Ekemen 2006) ve aynı yaş grubu kadınlardan oluşan başka bir çalışmada 0,5±0,5 (Altınel 2008) olarak bulunmuştur. Bu bağlamda, kursa katılan kadınların ortalaması yapılan diğer çalışmaların ortalamasıyla yaklaşık olarak aynıdır fakat kursa

katılmayan kadınların ortalamalarının toplumun geneline göre anlamlı oranda olumsuz yönde olduğu söylenebilir.

Bireylerin BTİ puan ortalaması kursa katılan kadınlarda 23,3±13,5 ve kursa katılmayan kadınlarda 31,1±11,8 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.4.). Belirti Toplam İndeksi, bireyin kendisinde algıladıkları ruhsal belirtilerin çeşitliliği hakkındaki bilgiyi göstermektedir. Çalışmamızdaki değerlere göre kursa katılmayan kadınlardaki yüksek BTİ kadınlarda daha fazla ruhsal belirti göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; KSE'nin adölesanlar ile yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalama 23,5±10,7 (Şahin ve ark 2002), üniversite öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada 26,4±12,8 (Demirel ve ark 2011), kadınlarda yapılan bir çalışmada 21,2±11,0 (Dökmen 2003), 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada 25,2±10,2 (Ekemen 2006) ve aynı yaş grubu kadınlardan oluşan başka bir çalışmada 16,9±12,2 (Altınel 2008) olarak bulunmuştur. Bu bağlamda, kursa katılan kadınların ortalaması yapılan diğer çalışmaların ortalamalarına yaklaşık olarak aynıdır fakat kursa katılmayan kadınların ortalamalarının olumsuz yönde ve daha fazla belirtiye sahip olduklarını söyleyebilir.

Bireylerin SRİ puan ortalaması kursa katılan kadınlarda 1,5±0,5 ve kursa katılmayan kadınlarda 1,7±0,4 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.4.). SRİ'deki artış ise bireyin kendisinde var olan belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını vermektedir. Kısa Semptom Envanteri'nin adölesanlar ile yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalama 1,5±0,5 (Şahin ve ark 2002), üniversite öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada 0,3±0,1 (Demirel ve ark 2011), 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada 1,9±0,7 (Ekemen 2006) ve aynı yaş grubu kadınlardan oluşan başka bir çalışmada 1,2±0,6 (Altınel 2008) olarak bulunmuştur. Bu bağlamda üniversite gençleri üzerinde yapılan çalışma hariç diğer çalışmalarda elde edilen ortalamalar yaklaşık olarak bu çalışmayla aynıdır ve puan ortalamaları orta düzeye daha yakın yani olumsuz yöndedir. Ayrıca kursa katılmayan kadınlarda RCİ ve BTİ puanı yüksek olmasına rağmen, belirtilerden duyduğu sıkıntıyı gösteren SRİ'nin istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte kursa gidenlerle yakın olması belirtileri önemsemediklerini ve bu nedenle yardım arayıcı davranış içine girme olasılıklarının düşük olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Bireylerin ruh sağlığına ilişkin sorunlar incelenmiş ve kursa katılan kadınların en yüksek puan ortalamaları, obsesif-kompulsif bozukluk 0,9±0,7; kişilerarası duyarlılık 0,8±0,7; hostilite 0,8±0,7 ve paranoid düşünce 0,8±0,7 olarak bulunmuştur. Kursa katılmayan kadınlar da ise en yüksek puan ortalamaları obsesif-kompulsif bozukluk 1,4±0,7; kişilerarası duyarlılık 1,3±0,8; somatizasyon 1,2±0,8; hostilite 1,1±0,8 ve anksiyete bozukluğu 1,1±0,7 olarak belirlenmiştir. Ayrıca kursa katılan ve katılmayan kadınların ölçeğin bu alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklı olduğu ve kursa katılan kadınlarda puan ortalamasının daha olumsuz yönde olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ölçeğin fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm alt boyutlarında ise gruplar arası bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada en yüksek puan ortalamalarının hostilite 1,0±0,8; obsesif-kompulsif bozukluk 1,0±0,8; paranoid düşünce 1,0±0,8 (Demirel ve ark 2011), 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada paranoid düşünce 1,2±0,8; kişilerarası duyarlılık 1,1±0,8; ek maddeler 1,1±0,8 (Ekemen 2006), aynı yaş grubu kadınlardan oluşan başka bir çalışmada ise paranoid düşünce 0,6±0,7; obsesif-kompulsif bozukluk 0,6±0,6; anksiyete bozukluğu 0,5±0,6 (Altınel 2008) daha yüksek puana sahip olan sorunlar olarak bulunmuştur ve bu çalışmayla genel olarak benzerdir.

Somatizasyon, sıkıntı ve yakınmaların bedensel hastalık şeklinde ifade edilmesidir. Bireyin yaşadığı ruhsal sorunun, vücudunun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozuklukları yaşadığını düşünmesi şeklinde ortaya çıkmasıdır. Çözümlenemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları ifade etmektedir (Kum 1996, Öztürk ve Günay 2000). Somatizasyon, anksiyetenin neden olduğu, ilerleyen zamanlarda depresyon ve kaygı bozukluklarına eşlik eden bir rahatsızlıktır (Varcaloris 1998). Temel Sağlık Hizmetleri veren bir kurumda yapılan çalışmada psikiyatrik bozukluk tanısı alanların yarısından çoğunun uzun süren somatik yakınmalar ile doktora geldiği belirlenmiştir (Kelleci ve ark 2003). Bu çalışmada somatizasyon, kursa katılan kadınlarda puan ortalamasında 0,7±0,5 olarak altıncı sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 1,2±0,8 olarak üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profil araştırmasına göre somatoform bozuklukların 12 aylık yaygınlığı kadınlarda %20,4 olarak bulunmuştur (Erol ve ark 2001). Temel Sağlık Hizmetleri veren bir kurumda yapılan çalışmada psikiyatrik bozukluk tanısı alanların

yarısından çoğunun uzun süren somatik yakınmalar ile doktora geldiği belirlenmiştir ve araştırmaya katılanların yaşları arttıkça somatizasyon puan ortalamaları arttığı bulunmuştur (Kelleci ve ark 2003). Genç nüfusta yapılan bir çalışmada ise erkeklerde, kadınlardan daha yüksek oranda somatizasyon bozukluğu bulunmuştur (Kaya 2002).

Obsesif kompulsif bozukluk, bireyin düşünmekten veya yapmaktan kendini alamadığı, istenmeyen düşünce ve davranışların oluşturduğu zorlanma sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceler bireylerde yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimde bulunmaktadır (Öztürk 2002). Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluğun puan ortalaması, kursa katılan kadınlarda 0,9±0,7 ve kursa katılmayan kadınlarda 1,4±0,7 olarak bulunmuştur ve her ikisinde içinde birinci sırada yer almaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu prevalansı %2-3 civarındadır. Ortalama başlangıç yaşı 20 olup, hastaların 2/3'ünde semptomlar 25 yaş öncesinde, %15'inin azında ise 35 yaş sonrası başlamaktadır (Ertan 2008). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık yaygınlık kadınlarda %0,6 olarak bulunmuştur (Erol ve ark 2001). Obsesif- kompülsif bozukluk bu çalışmada mevcut verilere göre daha ön planda yaşanan bir sorun olarak çıkmıştır. Ancak çalışmada kullanılan ölçeğin obsesif – kompülsif bozuklukla, obsesif – kompülsif kişilik özelliği arasındaki farkı kesin tanı şeklinde değerlendirilmemesinden kaynaklanabilir. Obsesif – kompülsif kişilik özelliği psikiyatri kliniklerinde yaygın görülebilmektedir (Şahin 2009). Ölçekle değerlendirilen özellik obsesif – kompülsif bozuklukluğu değil, obsesif – kompülsif kişilik sorunu olabilir.

Kişilerarası duyarlılık, kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır (Güleç ve Köroğlu 1998). Bu çalışmada kişisel duyarlılık, kursa katılan kadınlarda puan ortalamasında 0,8±0,7 ve kursa katılmayan kadınlarda 1,3±0,8 olarak her ikisinde de ikinci sırada yer almaktadır. Kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kişilerarası duyarlılık en sık görülen ruhsal belirtiler arasındadır ve çalışmayan, eş ilişkisi iyi olmayanlarda, ruhsal hastalık geçiren, arkadaş desteği düşük kadınlarda daha fazla bulunmaktadır (Altunel 2008). Diğer bir

çalışmada ise eğitim ve gelir düzey düşüklüğünün, aile içinde şiddete maruz kalmanın, sorunları olduğunda kimseden destek almamanın, kişilerarası duyarlılığını arttırdığını saptamıştır (Ekemen 2006). Çilli ve ark (2004) yaptığı çalışmasında ortaokul eğitimli ev kadınlarında kişiler arası duyarlılık, yüksek öğrenimlilerden yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da kursa katılmayan kadınların eğitim düzeyi, yakın arkadaşa sahip olma durumu, komşularıyla ilişkilerinin daha az olması sosyal destek kaynaklarını azaltabilir bu durumda Ekemen (2006) tarafından bildirildiği gibi kişiler arası duyarlılığın artmasına neden olmuş olabilir.

Depresyon, gündelik etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyonda güçlük, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan haz alamama, karamsarlık, aşırı keder, iritabilite, vb. belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur (Kum 1996). Biyolojik ve hormonal nedenler, geleneksek kadın rolü ve diğer psikososyal nedenler kadınlarda depresyona yatkınlığı artıran risk faktörleri arasındadır (Yüksel 2001). Bu çalışmada depresyon kursa katılan kadınlarda puan ortalamasında 0,7±0,7 olarak beşinci sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 0,9±0,7 olarak yedinci sırada yer almaktadır. Kalıtımsal eğilimin olduğu major depresyonun, kadınlarda yaşam boyu görülme sıklığı Amerika'da %7,0, Kanada'da %5,9, Kore'de 4,1 ve ülkemizde %20-26 olarak bulunmuştur (Alper ve ark 2000, Öztürk 2002). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasının verilerine göre birinci basamağa başvuran psikiyatri hastalarında depresyon görülme sıklığı %20 olarak belirlenmiştir (Erol ve ark 2001, Öztürk 2002). Manisa'da 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti sıklığı %14,7 (Cengiz Özyurt ve Deveci 2011), İzmir'de 15-49 yaş arası kadınlarda %51,3'ünde depresif belirti sıklığı (Kayahan ve ark 2003) olduğu belirtilmiştir.

Anksiyete bozukluğu, nedeni belli olmadan kişinin kendini sürekli kaygı halinde hissetmesi ve sürekli kötü bir haber alacağını düşünmesidir (Öztürk 2002). Sağlık hizmetlerinin kullanılmasını önemli ölçüde artıran bir bozukluktur. Anksiyete bozukluğuna sahip hastalar, genellikle bir diğer anksiyete bozukluğu veya depresif mizaç bozuklukları ile birliktedir (Güleç ve Köroğlu 1998). Amerika'da yapılan bir araştırmada bir yıllık anksiyete prevalansı %17,3'tür (Phyllis 2005). Bu çalışmada anksiyete bozukluğu kursa katılan kadınlarda puan ortalaması 0,6±0,6 olarak yedinci sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 1,1±0,7 olarak beşinci sırada yer almaktadır. Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre kadınlarda

anksiyete bozukluğu %10,4 ile %25,1 arasında değişmektedir (Berenzon ve Juarez 2005). Anksiyete Bozuklukları kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuş ve kadın cinsiyeti anksiyete bozuklukları açısından risk olarak saptanmıştır. Bu sonuç literatürle de uyumludur ve daha sık ve yaygın görülmesini biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmaktadır (Dönmez ve ark 2000, Ansseau ve ark 2004, Karasu 2007).

Hostilite, düşünce, duygu ve davranış boyutlarındaki öfke ve düşmanlıktır (Kum 1996). Araştırmalar, hostilite yani öfke duygusunun cinsiyete göre değiştiğine işaret etmektedir. Averill (2005) öfkelenme sıklığı açısından kadınların erkeklerle benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelendiğini belirtmektedir. Erkekler kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade etmektedirler. Kadınların ifade biçimi ise dolaylı olmaktadır. Bu çalışmada hostilite kursa katılan kadınlarda puan ortalamasında 0.8±0.7 olarak ikinci sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 1,1±0,8 olarak dördüncü sırada yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük, stresli yaşam olayı öyküsü olan, ailesinde şiddet gören kadınlarda hostiliteyi yüksek saptamıştır ve bu çalışmayı desteler niteliktedir (Ekemen 2006).

Fobik anksiyete, belirli bir nesneye ve duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır. Açık yerlere, seyahat, kalabalığa, vasıtalara vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır (Kum 1996). Bu çalışmada fobik anksiyete kursa katılan kadınlarda puan ortalamasında 0,4±0,5 ve kursa katılmayan kadınlarda 0,8±0,6 olarak her ikisinde de dokuzuncu sırada yer almaktadır. Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında panik bozukluğu %0,4, agorafobi %0,6, sosyal fobi %1,8, özgül fobi %2,7 oranında bulunmuştur (Erol ve 2001). Amerika'da yapılmış epidemiyolojik bir çalışmada altı aylık bir süre içinde nüfusun %5-12'sinde fobik bozukluk saptanmıştır (Walling 2004). Çalışmayan kadınlarda yapılan bir çalışmada fobi daha yüksek saptanmıştır. Eğitim düzeyi düşüklüğünün, sosyal güvencenin olmamasının, ailesinde fiziksel şiddet görmüş olmanın, aile gelirinin düşük olmasının fobik anksiyeteyi arttırdığını saptayan çalışmalar vardır (Çilli ve ark 2004).

Paranoid düşüncede yansıtıcı, kuşkucu, düşmanca düşünceler yoğundur. Bu düşüncelere kötülük görme, otonomi kaybı gibi korku ve sanrılar eşlik edebilir (Güleç 1998). Bu çalışmada paranoid düşünce kursa katılan kadınlarda puan ortalaması 0,8±0,7 olarak ikinci sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 0,8±0,8 olarak sekizinci sırada yer almaktadır. Çilli ve ark (2004)'nin çalışmasında eğitim düzeyi düşük olanlarda ve çalışmayan kadınlarda paranoid puanlar yüksek bulunmuş ve Ökdem (1997) çalışmasında gecekondu bölgesindeki kadınların yaşadıkları stresli yaşam olayların, diğer ruhsal belirtileri olduğu gibi, paranoid düşünceleri de arttırdığını saptamıştır.

Psikotizm, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olması durumudur. Psikotik bozukluklar düşüncenin kapsamında ve oluşumunda, uyaranların algılanmasında, duygulanımda, kimlik duygusunda, gerçeği değerlendirme ve kişilerarası ilişkiler kurma yeteneğinde değişikliklerin olduğu bir grup klinik belirtilerden oluşmaktadır. Psikotik hastalıklardan şizofreninin görülme sıklığı binde 0,4-0,7 arasında değişmektedir (Öztürk 2002). Bu çalışmada psikotizm, kursa katılan kadınlarda puan ortalaması 0,5±0,5 olarak sekizinci sırada ve kursa katılmayan kadınlarda 0,6±0,5 olarak onuncu sırada yer almaktadır. Altınel (2008)'in yaptığı çalışmada son bir yıl içinde kendisini üzen ve/veya sıkıntıya sokan olay yaşamış kadınlarda psikotizm belirtileri daha fazla saptanmıştır. Ekemen (2006) yaptığı çalışmada yaşam olaylarının psikotizm belirtileri üzerindeki etkisine dikkat çekmiştir ve aynı zamanda sosyoekonomik düzeyin, fiziksel şiddet görüyor olmanın ve dul olmanın psikotizm bulgularını arttırdığını belirtilmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada psikoz, psikonevroz ve psikosomatik hastalıkların öğrenim görmemişlerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Baykan ve ark 2001).

Bu çalışmanın sonuçları daha önce literatürde tanımlanan ruh sağlığı sorunları, toplumsal etyolojik faktörler yönünden benzer olarak ortaya çıkmıştır. Sosyodemografik ve ekonomik yönden sorun yaşayan, aile içi şiddette dâhil olmak üzere toplumsal şiddete maruz kalan ve toplum kaynaklarını yeterince kullanamayan kişilerde ruh sağlığı sorunlarının yaygın olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da sosyodemografik-ekonomik ve sosyal ilişkiler açısından olumsuz özelliklere sahip olan meslek ya da hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

4.3. Çalışmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Kısa Semptom Envanterinin İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ile KSE ile ilişkisi; sosyodemografik özellikleri (Çizelge 3.5.), sağlık özellikleri (Çizelge 3.6.), kişilerarası ilişkileri (Çizelge 3.7.) ve sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlıkları olarak incelenmiştir. Bu inceleme grubun ruh sağlığını genel olarak tanımlayan RCİ, BTİ ve SRİ puanları üzerinden yapılmıştır.

Kısa semptom envanterinden elde edilen RCİ'nin sosyodemografik özelliklerle dağılımı değerlendirildiğinde, gelir ve ailede karar verici kişiye göre gruplar arasında farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir (Çizelge 3.5.). Gelir düzeyi 2500 TL ve üzerinde olan kadınlar ile ailede kararları kendisi ve eşiyle birlikte ortak alan kadınların RCİ puanı daha düşük belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik durum, evin mülkiyet durumu, evde yaşayan kişi sayısına göre, oluşturulan grupların puan ortalaması arasında bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Birçok sağlık sorunun ekonomik eşitsizliklerle (Koştu 2005) ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilgili olması gibi (Akın ve Bahar Özvarış 2006) kadınların ruh sağlığı sorunlarından duyduğu rahatsızlık hissi de bu toplumsal eşitsizlik alanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla kadınların ruh sağlığının iyileştirilmesinde asıl ilgi alanının eşitsizliklerle mücadele olduğunu söyleyebiliriz.

Kısa semptom envanterinden elde edilen BTİ'nin sosyodemografik özelliklerle göre dağılımı değerlendirildiğinde, eğitim, sahip olunan çocuk sayısı, gelir, algılanan ekonomik durum ve ailede karar verici kişi ile ilgili değişkenler farklılığın anlamlı olduğu değişkenlerdir. Lise ve üzerinde eğitim alan, gelir düzeyi 2500 ve üzerinde olan kadınların puan ortalamasının diğer gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir Ekonomik durumunu kötü algılayan, 2-3 çocuğa sahip olan, ailede kararları eşi alan kadınların puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Diğer sosyodemografik özelliklerle dağılım değerlendirildiğinde, yaş, evin mülkiyet durumu ve evde yaşayan kişiye göre oluşturulan gruplar arasında puan ortalamasına göre farklılığın olmadığı görülmektedir. Daha önce yapılan değerlendirmelerde de bahsedildiği gibi ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasındaki etyolojik faktörlerin birey ve toplumla

ilişkili olması, BTİ ve sosyodemografik özellikle ilişkisinin değerlendirildiği sonuçlarla da desteklenmektedir.

Kısa semptom envanterinden elde edilen SRİ'nin sosyodemografik özelliklerle dağılımı değerlendirildiğinde, 55-65 yaş grubunda olanların ve lise ve üzerinde eğitim alanların, SRİ puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu görülmektedir. Ailede kararları eşi alan kadınların SRİ puanı aile içinde aile büyükleri yada kendi tarafından kararların verildiği gruba göre daha olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklerle dağılımın değerlendirildiğinde, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, algılanan ekonomik durum, evin mülkiyet durumu, evde yaşayan kişi sayısına göre oluşturulan gruplar arasındaki puan farkının önemli olmadığı görülmektedir. Yaşın ilerlemesinin SRİ puanının düşmesiyle ilişkili bulunması, yaşla birlikte artan fizyolojik sorunlardan dolayı ruh sağlığı sorunlarının birey açısından daha yakınmaya yol açması olabilir. Bazı çalışmalarda da bu çalışmayı destekler niteliktedir ve ruhsal hastalıkların en sık görülme çağı 25-44 yaşları arası olarak belirtilmiştir (Dökmen 2003, Çavuş 2006, Altınel 2008, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Ruh sağlığı ve sosyodemografik özellikleri inceleyen çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlar özetlendiğinde; eğitim seviyesi düşük olanların (Dönmez ve ark 2000, Çilli ve ark 2004, Buzlu ve ark 2006, Karasu 2007), evlilerin (Kayahan ve ark 2003, Çilli ve ark 2004, Kaplan ve Saddock 2004), çocuk sayısı fazla olanların (Kayahan ve ark 2003, Buzlu ver ark 2006), sosyal güvencesi olmayanların, geliri düşük olanların (Belek 1999, Olfson ve ark 2000, Kayahan ve ark 2003, Güleç 2006, Karasu 2007) ruh sağlığı düzeyinin kötü olduğu ve çeşitli ruh sağlığı sorunlarını daha fazla yaşadıkları görülmektedir. Ancak yine de literatürde sosyodemografik değişkenlerin farklı etkilerinin olabileceğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Sağduyu ve ark 2000, Ayrancı ve Yenilmez 2002, Kelleci ve ark 2003, Maclean ve ark 2004, Sarı 2005, Cengiz Özyurt ve ark 2011).

Bazı sağlık özellikleri ve davranışlarının RCİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde (Çizelge 3.6.), psikiyatri uzmanına başvuranların ve psikolojik destek isteyenlerin kadınların puan ortalaması daha diğer grupların puan ortalamasına göre daha olumsuz yöndedir. Diğer sağlık özellikleri ve davranışlarının RCİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde; BKİ, psikolojik rahatsızlık durumu, kronik

hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre RCİ puan ortalamasının değişmediği görülmektedir ($p>0,05$). Bazı sağlık özellikleri ve davranışlarının BTİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde, BKİ ve psikolojik destek isteme durumuna göre gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Obez olan grubun puan ortalamasının normal olan gruba göre, psikolojik destek isteyen grubun istemeyen gruba göre puan ortalamasının anlamlı olarak olumsuz yönde olduğu görülmektedir. Diğer sağlık özellikleri ve davranışlarının BTİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde, psikolojik rahatsızlık durumu, psikiyatri uzmanına başvuru durumu, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre gruplar arası puan ortalaması farkının anlamlı olmadığı görülmektedir. Diğer sağlık özellikleri ve davranışlarının SRİ üzerine etkisi değerlendirildiğinde, BKİ, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma ve sigara içme durumuna göre oluşturulan gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir. Psikolojik rahatsızlık yaşayan ve psikiyatri doktoruna başvuran kadınların puan ortalamasının; psikolojik rahatsızlık yaşamayan ve doktora başvurmayan kadınlara göre daha olumsuz yönde olduğu görülmektedir. Ayrıca psikolojik destek istemeyen kadınların SRİ puan ortalaması destek isteyen ve kararsız olan kadınlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür.

Bu sonuçlarla ilişkili yapılabilecek değerlendirme kadının beden algısı ile ruh sağlığı düzeyi ile bir ilişkinin olduğu, obezitenin birçok sağlık sorunu yanı sıra kadınların ruh sağlığını da etkileyebilecek bir sorun olduğudur. Diğer bir değerlendirmede kadının ruh sağlığı ile ilgili belirtilere sahip olmasının psikiyatri uzmanıyla görüşmesi için yeterli olmadığı, algıladığı ciddiyet ve rahatsızlık hissilerinin yardım arama davranışı için daha belirleyici olduğudur. Yapılan çalışmalarda da ruhsal yakınması olan kadınların önemli bir kısmının yardım almak için herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı (Aksakoğlu ve ark 2009, Cengiz Özyurt ve ark 2011) görülmektedir. Yapılan bu çalışmalarda başvurmama nedenleri yararsızlık, zaman bulamama, güvensizlik, ekonomik sorunlar olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise rahatsızlık ve ciddiyet algısının başvuru etkileyen önemli faktör olduğu ön plana çıkmıştır.

Bu çalışmada kronik hastalıklara sahip olma ile ruh sağlığı düzeyi arasında ilişkili bulunmamıştır, ancak literatürde arasındaki ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Kayahan ve ark 2003, Budakoğlu ve ark 2005, Buzlu ve ark 2006, Karasu 2007, Cengiz Özyurt ve Deveci 2011). Ayrıca bedensel hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu bulunmuştur (Ünal ve Özcan 2000). Çalışmada gruplar arasında farklılık bulunmayan diğer bir değişken ise sigaradır. Kronik hastalıklarda olduğu gibi sigara tüketiminin ruh sağlığını olumsuz etkilediği literatürde yer almaktadır. Ama bu ilişki sigara içmenin mi ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu, yoksa ruh sağlığı iyi olmayanların mı sigara tükettiği hakkında bilgiyi içermemektedir (Ögel ve ark 2003, Budakoğlu ve ark 2005, Nalbantoğlu 2011, Cengiz Özyurt ve Deveci 2011).

Çalışmaya katılan kadınların KSE göre puan ortalamaları kişilerarası ilişki özellikleri karşılaştırılarak incelenmiştir (Çizelge 3.7.). Aile ve sosyal ilişkileri ile RCİ puan ortalamasının değişip değişmediği değerlendirildiğinde eşi ve çocukları ile ilişkisini kötü-orta değerlendiren ve sırdaşı olmayan kadınların puan ortalamasının eşi ve çocukları ile ilişkisini iyi değerlendiren ve sırdaşı olan kadınlara göre daha olumsuz yönde bulunmuştur. Komşularıyla ve akrabalarıyla görüşme sıklığına göre RCİ puan ortalamasının gruplara göre benzer olduğu görülmektedir. Ancak BTİ puan ortalamasının, her gün komşularıyla görüşenlerin ve sırdaş bir arkadaşa sahip olmayan kadınların puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak daha olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir. Eşi ve çocuklarıyla ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığına göre puan ortalaması değişmemektedir. Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamasının ise, çocuğu ile ilişkisi kötü-orta olan, sırdaş bir arkadaşa sahip olmayanların, komşularıyla ve akrabalarıyla her gün görüşen kadınların puan ortalamasının daha olumsuz yönde olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlara göre; eşi ve çocukları ile ilişkisini kötü olarak değerlendiren ve sırdaşı olmayan kadınların çeşitli ruh sağlığı sorunlarını daha fazla yaşadıkları görülmektedir ve literatürdeki çalışmalarda bunu desteklemektedir. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu (Eker 2001), sosyal izolasyonun oldukça yüksek mortalite habercisi olduğunu ve aile desteğinin, özellikle evlilik ve akrabalarla ilişkinin koruyucu olduğunu (McDaniel ve ark 2005),

kişiye destek olan çok yakın bir arkadaş ya da eşin varlığın kadınlarda ruhsal hastalıklara karşı koruyucu olduğunu (Altınel 2008) gösteren çalışmalar vardır.

Çalışmaya katılan kadınların KSE göre puan ortalamaları bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının özelliklerine karşılaştırılarak incelenmiştir (Çizelge 3.8). Bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının RCİ puan ortalamasını değerlendirildiğinde, dernek üyeliği, son bir yılda tatile gitme gazete / kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme, internet kullanma ve spor yapma sıklığına göre oluşturulan gruplar arasında puan ortalamaları bakımından bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının BTİ puan ortalamasıyla ilişkisi değerlendirildiğinde, son bir yıl içinde tatile gitmeyen kadınların puan ortalaması gidenlere göre anlamlı olarak olumsuz yönde bulunurken; her gün kitap okuyanların, her gün internet kullananların ve her gün spor yapanların puan ortalaması diğer gruplara göre daha olumlu yöndedir. Diğer sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının BTİ puan ortalamasını değerlendirildiğinde, dernek üyeliği ve gazete okuma alışkanlığı gruplar arasında puan ortalamaları bakımından bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Bazı sosyal faaliyet ve yaşam alışkanlılarının SRİ puan ortalamasına etkisi değerlendirildiğinde, her gün gazete okuyanların diğer gruplara göre puan ortalaması olumlu, spor yapmayanların puan ortalaması ise her gün ve ara sıra yapanlara göre daha olumsuz bulunmuştur. Semptom Rahatsızlık İndeksi açısından dernek üyeliği, son bir yılda tatile gitme kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme ve internet kullanma sıklığına göre oluşturulan gruplar arasında puan ortalamaları bakımından bir farklılığın olmadığı görülmektedir.

Bu sonuçlar değerlendirildiğinde; son bir yıl içinde tatile gitmeyen ve spor yapmayanların kadınlarda ruh sağlığı olumsuz etkilenirken; her gün kitap ve gazete okuyan, internet kullanan ve her gün spor yapan kadınların ruh sağlığı olumlu etkilenmiştir. Nalbantoğlu (2011)'nun bulguları bu çalışmayı destekler niteliktedir ve tatil olanağına sahip, kitap, internet gibi olanaklara ulaşan, sosyal etkileşimi olan kadınların daha iyi düzeyde olduğu sonucunu içermektedir. Ayrıca kadınların gazete okuma alışkanlıkları ile ruhsal bozukluk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve her gün gazete okuyan kadınlarda ruhsal bozukluk düşük saptanmıştır.

4.4. Kısa Semptom Envanteri Belirti Toplam İndeksinin Belirleyicilerinin İncelenmesi

Kısa Semptom Envanteri RCİ, BTİ ve SRİ değerleri ile kişilerin ruh sağlığı düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Sağlıklı kabul edilen toplumlarda ruh sağlığı yönünden yapılan taramalar semptom (belirti) aramaya yöneliktir (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi 2010). Bunlara paralel olarak ruh sağlığı taramalarıyla ilgili yapılan çalışmalarda sıklılıkla belirti tarama ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir (Ayrancı ve Yenilmez 2002, Buzlu ve ark 2006, Kartal ve ark 2009, Selvi ve ark 2010). Bu nedenle bu çalışma büyük bir bölümü psikiyatrik tanı almamış (Çizelge 3.2) grup üzerinden yapıldığından ve çalışma tarama niteliğinde planlandığından dolayı belirleyicilik analizi KSE'nin belirti toplam indeksi alt boyutu üzerinden yapılmıştır. Ayrıca çoklu regresyon analizi örneklem sayısına duyarlı bir analiz olduğundan, RCİ ve SRİ hakkında bilgi edinebilmek için daha büyük örneklemlerle modellerin kurulması gerekmektedir. Çünkü bu durumlar ruh sağlığı belirtilerine göre toplumda daha az görülmekte ve yine BTİ'ye göre subjektif olmalarından dolayı daha fazla örnekleme gereksinim duymaktadırlar.

Belirti Toplam İndeksi için sosyodemografik özelliklerin belirleyici olup olmadığı çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Çizelge 3.9.). Analize tekli analizlerde anlamlı çıkan bağımsız değişkenler alınmış ve bu bağımsız değişkenlerle kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=84,974$ $p<0,0001$). Eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir, ekonomik durum algısı, sırdaşın olması, tatile gitme, kitap okuma alışkanlığı, televizyon izleme, internet kullanma ve spor yapma değişkenlerinin modele katkısının olmadığı görülmektedir. Modele anlamlı katkısı olan değişken ise herhangi bir meslek edinme ya da hobi kursuna katılmamadır. Bu değişken için $\beta=0,880$, $t=31,102$, $p<0,001$ değerleri elde edilmiştir. Herhangi bir kursa katılmama BTİ puanına pozitif etki etmekte ve puanı artırmaktadır ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu değişkenler BTİ puanının %77,5 gibi önemli bir kısmını açıklamaktadır.

Çalışmada bu bulgu bize kadınların sosyodemografik ve ekonomik özellikleri nedeniyle ruh sağlığı açısından sahip oldukları dezavantajlı konumun, toplumsal kaynaklardan her kadının eşit olarak yararlandırılması durumunda düzeltilebileceğini göstermesi açısından önemlidir. Kadınların kendi ruh sağlığı durumlarının olumsuz

etkileyebilecek yaş, medeni durum, kötü ekonomik koşullar, çevreyle olan kötü iletişim gibi özelliklerin kontrol altına alınmasında ve sağlık personeli tarafından yönetilmesinde bu kadınların meslek ve hobi edindirme gibi kurslara yönlendirilmesi önemli olmaktadır.

Yapılan çalışmada, meslek ve hobi kurslarına katılma nedenlerini olarak, yeni insanlarla tanışma ve yeni arkadaşlar edinme, bedensel ve ruhsal olarak daha sağlıklı olma, içinde bulunduğu stres ve sıkıntıdan kurtulma, toplumun hızlı değişmesine uyum sağlayabilme, boş zamanlarımı değerlendirme, günlük yaşamımda değişiklik yapma, çevreye veya çalıştığı kuruma daha faydalı olma, katıldığı kursa çevre tarafından değer verilmesi, meslek edinmek veya mesleğini geliştirme, kendini ve ailesinin bazı ihtiyaçlarını evde karşılama, aile masraflarını azaltma, bireysel özelliklerimi geliştirme, asıl işi yanında ek gelir sağlayacak ikinci bir iş için gerekli bilgi ve beceri edinme, yeni bir iş için hazırlanma, sadece merak, çevremde daha çok takdir görme, kurs sonunda alacağı belgeye ihtiyaç duyma gibi nedenlerden bu kursların kursiyerler için önemli olduğu bulunmuştur (Çoşkun 2012). Diğer bir araştırmada kadınlar kursa katılma nedenleri olarak, takı tasarımı kurslarını tercih eden kişilerin genellikle boş zamanını değerlendirmek, aynı zamanda da yeni bir şeyler öğrenmek, bunları evlerinde de uygulamak, işten arta kalan zamanlarında kurslara katılıp stresten uzaklaşmak, kendilerine vakit ayırmak, iş yerinde yaşadığı sıkıntılarından kurtulmak gibi nedenlerden oluştuğunu tespit edilmiştir (Yanar 2011). Başka bir çalışmada kursiyerlerin en çok kursa katılma nedenleri; bedensel ve ruhsal daha sağlıklı olmak, boş zamanını değerlendirmek, içinde bulunduğu stres ve sıkıntıdan uzaklaşıp rahatlamak ve yeni bilgi ve beceriler kazanmak olduğu belirlenmiştir (Tırınoğlu 2006). Bütün bu nedenleri incelediğimizde; sosyal ilişkilerini geliştirmek ve üretkenlik ön plana çıkmaktadır. Bu tür toplum merkezlerin kadınlara sağladığı etkileşim fırsatı ve üretkenlik tıpkı kadınların bahsettiği gibi beden ve ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadınlara önemli fırsatlar sunan merkezler olduğu bu çalışma ile de belirlenmiştir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Araştırmanın yönteminde belirtilen araştırma sorularına göre şu sonuçlar elde edilmiştir;

1.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınların sosyodemografik özelliklerinde; ilkokul ve ortaokul mezunu, evli olan, 2-3 çocuğu olan, geliri 1501 TL ve altında olan, ekonomik durumun kötü olarak algılayan, evde yaşayan kişi sayısı beş ve üzerinde olan, ailede karar verici olarak eş olan, BKİ indeksi kilolu ve obez olan, komşularıyla görüşen, sırdaşı olmayan, son bir yılda tatile gitmeyen, kitap okumayan, televizyon izleyen, internet kullanmayan ve spor yapmayanların oranının yüksek olduğu ve kursa katılan kadınlara göre daha olumsuz olduğu;

2.Meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlarda, KSE alt boyutlarından somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu ve hostilite ile ilgili puan ortalamalarının kursa katılan kadınlara göre daha olumsuz olduğu;

3.Kısa Semptom Envanteri özet puanları olan ve ruh sağlığı düzeyini gösteren RCİ, BTİ, SRİ puanlarının meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlarda daha olumsuz olduğu,

4.Eğitimi düşük olan, evli olan, çocuk sayısı fazla olan, sosyal güvencesi olmayan, geliri düşük olan, eşi ve çocukları ile ilişkisini kötü-orta olarak değerlendiren, sırdaşı olmayan, son bir yıl içinde tatile gitmeyen ve spor yapmayan kadınların çeşitli ruh sağlığı sorunlarını daha fazla yaşadıkları, obezitenin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği, her gün kitap ve gazete okuma, internet kullanma ve spor yapmanın kadınların ruh sağlığı üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur.

5.Çalışmadan elde edilen en önemli bulgu ise meslek ve hobi edindirme kursuna katılmanın ruh sağlığına olumlu etkisi olduğu, ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili belirti görülme durumunu azaltan oldukça önemli bir belirleyici olduğudur.

Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda öneriler;

Kadınların sosyal statüsünün yükseltilmesi yönünde katkı sağlamayı amaçlayan meslek ve hobi edindirme kurslarında sunulan hizmetler düşük statülü kadınlara ulaşmayıp, orta-yüksek statülü kadınlar tarafından kullanılmaktadır. Bu hizmeti sunan belediyeler, halk eğitim merkezleri ve bölgede hizmet eden sağlık çalışanlarının düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınların bu hizmeti kullanabilmesi için çaba harcaması gerekmekte ve meslek ve hobi edindirme kurslarının kadınlarda ruhsal sağlığı geliştirmede toplumsal bir strateji olarak kullanılması önerilmektedir. Araştırma sonuçlarına dayalı yapılabilecek en temel öneri bu olmakla birlikte;

Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı yapılabilecek diğer öneriler ise;

Sağlık politikacıları için;

-Ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesini ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek toplumsal risklere karşı bir stratejinin geliştirilmesi,

Hemşireler için;

-Düşük eğitim, gelir, kötü sosyal ilişkilere sahip kadınların ruh sağlığı sorunları için risk altındaki grup olduğunun farkında olması,

-Psikolojik desteğe ihtiyacı olan kadınlarla çalışırken onları meslek ve hobi edindirme kurslarına yönlendirilmesi,

Araştırmacılar için;

-Bu çalışmanın farklı bölgede ve kültürde tekrarının yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,

-Kadınların ruh sağlığı düzeylerine iyileştirecek meslek ve hobi edindirme kurslarına katılım dışında diğer toplumsal ve bireysel kaynakların belirlenmesi için çalışmalar yapılması,

-Meslek ve hobi kurslarının ruh sağlığı sorunu yaşayan kadınların ruh sağlığı düzeyinin iyileştirilmesindeki rolünün yarı deneysel çalışmalarla değerlendirmeleri önerilmektedir.

6.ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması

Ebru DIĞRAK

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA – 2013

Araştırma, Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumlarını ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada Konya Karatay bölgesinde herhangi bir meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınlar ve aynı bölgede oturup Konya Karatay Halk Eğitim Merkezine kayıtlı olan kadınlardan 180'er olmak üzere toplam 360 birey yer almıştır.

Bireylerin sosyodemografik özelliklerini, sağlık durumunu ve yaşam alışkanlıklarını belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen 36 soruluk anket formu ve ruhsal durumlarını belirlemek için Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Kursa katılmayan kadınlara aile sağlığı merkezinde, kursa katılan kadınlara ise Karatay Halk Eğitim Merkezine bağlı okullarda ulaşılmıştır. Elde edilen veriler yüzde ve ortalama±standart sapma kullanılarak özetlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t testi ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi(anavo) ile Tukey HSD testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde Konya il merkezinde meslek ve hobi edindirme kursuna katılmayan kadınların ruh sağlığı sorunlarına kursa katılan kadınlara göre daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Kursa katılmayan kadınlarda ruhsal belirtiler ve ruhsal belirtilerden duyulan rahatsızlık anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çoklu regresyon analizine göre de meslek ve hobi edindirme kursuna katılma kadınların ruh sağlığı düzeyine pozitif yönde katkı sağlayan önemli bir belirleyicidir. Ayrıca meslek ve hobi edindirme kursuna katılma olasılığı sosyodemografik – ekonomik göstergeleri daha iyi olan kadınlar için ulaşılabilir durumdadır.

Topluma hizmet sunan belediyeler, halk eğitim merkezlerinin ve bölgede hizmet eden sağlık çalışanlarının düşük sosyoekonomik düzeyde kadınların bu hizmeti kullanabilmesi için çaba harcamasının gerekliliğini gösterilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kadın Ruh Sağlığı, Meslek ve Hobi Edindirme Kursu, Ruhsal Belirtiler

8. SUMMARY

The Comparison of Psychological States of Women Participating and Non-Participanting in Vocational and Hobby Course

The research was conducted with the purpose of determining psychological states of women, who participated / didn't participate in vocational and hobby courses in Konya and relevant factors thereof. Totally, 360 women living in Konya's Karatay region took part in the research, 180 women were picked up among the women participating in vocational and hobby courses, resident in Konya's Karatay region, the rest 180 vice versa, resident at the same location.

A survey form constituting from 36 questions and developed by the researcher for determining individuals' sociodemographic attributes, health status and living habits and Short Symptom Inventory for determining their psychological states were used. The women, who didn't participate in courses, were reached in family health center and the rest were reached in schools cooperating with Karatay Public Education Center. Obtained data were summarized by using percentage and average±standard deviation. During evaluation of the data, t-test, chi-square test, one-way analysis of variance (anavo), Turkey's HSD (Honestly Significant Difference) test and multiphasic regression analysis were used.

When research findings were evaluated, it concluded that, the women, who didn't participate in vocational and hobby courses in Konya's city centrum, had more psychological problems than the women, who participated in those courses. Psychological symptoms and complaints about psychological symptoms of the women, who didn't participate in course, were found significantly high. According to multiphasic regression analysis, participating in vocational and hobby courses is an important determiner contributing to women's psychological health positively.

It is reflected that, serving municipalities, public education centers and medical staff should put effort in order to enable women from low socioeconomic status to benefit from this service.

Key Words: Mental Symptoms, Vocational and Hobby Course,Women Mental Health

8. KAYNAKLAR

1.Akdeniz F, Gönül S. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004; 2: 70-74.

2.Akın A, Bahar Özvarış Ş. Türkiye'de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 16: 3-4.

3.Akın A, Esin C, Çelik K. Kadın sağlığı hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003; 17-32.

4.Aksakoğlu G, Uçku R, Okuyan Z, Ergör G, Günay T, Ergör A, Şemin S, Civaner M, Demiral Y, Kıran S, Kılıç B. İzmir ili "Metropolitan" alanda toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımı. Toplum ve Hekim Dergisi, 2009; 24: 226-233.

5.Alper Y. Bayraktar E. Karaçam Ö. Herkes için psikiyatri. İstanbul, Kaya Matbaası, 2000.

6.Altınel T. Edirne şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler. Edirne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008.

7.Akvardar Y, Tumuklu M, Alptekin K. Şizofreni ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 2003; 4: 118-122.

8.Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord, 2004; 78: 49-55.

9.Averill V. Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies. Social Science & Medicine, 2005; 61: 10-12.

10.Aydın S. Birinci basamakta psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinin kullanımı. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2009; 9: 26-31.

11.Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 2: 87-98.

12.Baykan Z, Özkan S, Maral I, Candansayar S. Ankara ilinde bir ilçe merkezinde 15 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının genel sağlık anketi 12 kullanılarak değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 2001.

13.Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya'da bir alan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10: 163-172.

14.Berenzon **S** and F Juarez Br. Mental health services **to** poor patients with affective disorders in Mexico City. J Psychiatry Suppl, 2005; 48: 24-28.

15.Beyhan B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2012; 4: 465-485.

16.Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010.

17.Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme Raporu, UNDP, USA. 2011.

18.Buğdaycı R, Şaşmaz T, Aytaç N, Çamdeviren H. Mersin, Adana ve Hatay illerinde beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinde alkol içme prevalansı ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2003; 23: 208-212.

19.Budakoğlu İ, Maral I, Çoşar B, Biri A, Bumin MA. On beş yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2005; 2: 92-97.

20.Buldukoğlu K. Toplum ruh sağlığı hemşiresinin önemi rol ve sorumlulukları. Üçüncü Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongre Kitabı, 3-6 Haziran 2009, Düzce Üniversitesi, Akçakoca.

21.Bulut I. Koruyucu psikiyatri ve sosyal hizmet. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı, 2011; 4: 101-104.

22.Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. STED, 2006; 15: 134-138.

23.Cengiz Özyurt B, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22: 10-16.

24.Clement-Stone, S., McGuire, S.L., & Gerber, D. Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregate and Community Practice. 6th edition, USA, Mosby Publications, 2002.

25.Coşkun A. Halk eğitim merkezlerinde açılan kurslara katılan yetişkinlerin beklentilerinin ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi (Tuzla örneği). İstanbul, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2012.

26.Çilli AS, Kaya N, Bodur S. Çalışan ve ev kadınlarında psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi, 2004; 14: 1-5.

27.Demirel SA, Eğlence R, Kaçmaz E. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011; 1: 18-29.

28.Doğan S, Sabancıoğulları S. Koruyucu Psikiyatri ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı, 2011; 4: 94-101.

29.Dökmen ZY. Çalışma durumları farklı üç grup kadında ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 2003; 18: 111-124.

30.Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11: 198-203.

31.Dünya Ekonomik Forumu. Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu, WEF, Switzerland. 2011.

32.Sağlık Bakanlığı Dünya Ruh Sağlığı 10 Ekim 2001 günü açıklaması Erişim Tarihi: 21.11.13 Erişim: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-29868/dunya-ruh-sagligi-gunu-basin-aciklamasi.

33. Dünya Sağlık Günü 7 Nisan 2007, DSÖ ve Türkiye'deki Birleşmiş Milletlerin yaptığı açıklama. Erişim Tarihi: 23.10.13 Erişim:http://195.142.135.65/who/mhealth/mhealthpressspeechrclo.

34.Ekemen N. On beş - kırk dokuz yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi. Kayseri, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2006.

35.Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12: 17-25.

36.Erci B. Halk sağlığı hemşireliği. Ankara, Göktuğ Basın Yayın, 2009; 235-245.

37.Erol N, Kılıc C, Ulusoy M, Kececi M, Simsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd, 2001; 34-42.

38.Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Dergisi, 2008; 25-28.

39.Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. Philadelphia, USA, 2nd Edition, F.A. Davis Company**;** 2002; 12-16.

40.Gomel MK. Nations for mental health: A fokus on women. Geneva: World Health Organization, 1997: 6-7.

41.Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı 2. Ankara, Hekimler yayın birliği, 1998; 1320-1328.

42.Güleç C. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Vakfı Yayını, Ankara, 2006.

43.Güleç Öyekçin D. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008; 9: 39-43.

44.Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2010; 2: 583-594.

45.Kaplan HI, Sadock J. Klinik Psikiyatri. Ankara, Nobel Tıp Yayınevi, 2004; 159-161.

46.Kaptanoğlu C. Türkiye'de Psikiyatri: "YAPAMADIKLARIMIZ". Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2005; 12: 43-45.

47.Karasu U. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Uzmanlık tezi, 2007.

48.Karataş N. Halk Sağlığı Hemşireliği el kitabı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı yayınları, 1998; 97-104.

49.Kartal A, Çetinkaya B, Turan T. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal belirtilerin taranması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009; 8: 161-166.

50.Kaya B. Somatoform bozuklukların epidemiyolojisi. İzmir, Ege Psikiyatri yayınları, 2002; 66-70.

51.Kaya N, Çilli A. Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi, 2002; 3: 1-8.

52.Kaya Y, şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2013; 10: 3-7.

53.Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürtk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003; 4: 208-219.

54.Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003; 7: 11-15.

55.Keltner LN. Introduction to psychiatric nursing. Philadelphia, USA, 2nd edition, 1995; 3-15.

56.Kohen D. Women and mental health. Library of congress cataloging in publication data. 2000; 1-6.

57.Koştu N. Yoksulluk, sağlık ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2005; 2: 11-18.

58.Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2011; 3: 67-99.

59.Kutlu Y. Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2: 90-93.

60.Kuçur R, Çilli AS, Aşkın R, Herken H ve ark. Konya'da üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-IV Ruhsal Bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Projesi, 2000; 7-8.

61.Kuğu N. Koruyucu psikiyatri açısından toplu yaşanan yerler (okul, işyeri, huzurevi, cezaevi). Türkiye klinikleri psikiyatri özel sayısı, 2011; 4: 85-89.

62.Kum N. Psikiyatri hemşireliği el kitabı. İstanbul, Birlik Ofset Ltd Şti, 1996.

63.Lee L, Casanueva C, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. Journal of Women's Health, 2005; 14: 225-232.

64.Lowenberg JS. Health promotion and the "Ideology of choice". Public Health Nursing, 1995; 12: 319-323.

65.Mackay J, Ericsen M. The tobacco atlas. World Health Organization, 2002.

66.Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respirology. 2003; 8: 2: 123-130.

67.McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile yönelimli birincil bakım. İstanbul, 2. Basım, Yüce Yayını, 2005; 16-27.

68.Mumford, D.B, Minhas FA, Akhtar I, Akhtar S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in Urban Rawalpindi. The British Journal Of Psychiatry, 2000; 177: 557-562.

69.Nalbantoğlu D. Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Yüksek lisans tezi, 2011.

70.Noble RE. Depression in women. Metabolism, 2005; 54: 49-52.

71.Ökdem Ş. Gecekondu bölgesinde yaşayan kadınların karşılaştıkları krize neden olabilecek yaşam olaylarının saptanması ve ruhsal belirtilerinin değerlendirilmesi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1997.

72.Ögel K, Tamar D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratav C, Liman O. İstanbul örnekleminde tütün (sigara) kullanım yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi, 2003; 4: 105-108.

73.Özmen E, Taşkın EO. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. 3P Dergisi, 2004; 12: 83-92.

74.Özşahin A, Zencir M, Yılmaz BG, Çatak B. Denizli ili doğurgan çağ evli kadınlarda genel ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. 1.Kadın Sağlığı Kongresi kitabı, 20-28 Mart 2008, Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi, Ankara.

75.Özturk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.

76.Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara, Hekimler yayın birliği, 2002.

77.Öztürk Y, Günay O. Sağlık 21, 21.Yüzyılda herkese sağlık. Kayseri, Erciyes Üniversitesi yayınları, 2000.

78.Patel V, Todd C, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda W, Mann A. Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: Associations and risk factors. Br J Psychiatry, 1997; 171: 60-64.

79.Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7: 43-48.

80.Phyllis M. Mothers with a serious mental illness: a critical review of the literature. Archives of Psychiatric Nursing, 2005; 19: 226-235.

81.Ross E, Burstrom B, Saastamoinen P. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. Social Science Medicine, 2005; 60: 2443-2451.

82.Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11: 3-16.

83.Sadıkoğlu G. Aile Hekimliğinde kadınların ruh sağlığı. Bursa, Medikal Tıp Kitapevi, 2006; 571-581.

84. Saka G, Ertem M, Çifçi S, Değer V, Keskin C. Mardin kent merkezinde 15 yaş üstü kadınlarda sigara içme sıklığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7: 141-146.

85.Sayıl I. Bireyden topluma ruh sağlığı. Birinci baskı, İstanbul, Erler Matbaacılık, 2004; 31-40.

86.Sarı H. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstü kadınların statüsü, yaşam kalitesi ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili görüşler. Bursa, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 2005.

87.Selvi Y, Güzel Özdemir P, Özdemir O, Aydın A. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010; 23: 238-243.

88.Şahin D. Kişilik Bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi, 2009; 22-26.

89.Şahin N H, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri: Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13: 125-135.

90.Şaşmaz T, Buğdaycı R, Toros F, Kurt AÖ. Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: Okul tabanlı kesitsel bir çalışma. Taf Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5: 94-104.

91.Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sekizinci Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.

92.Tezcan S, Aslan D. Ankara'da çeşitli meslek gruplarında genel ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 2000; 8: 1-8.

93.Tırınoğlu Ş. Aile yaşam merkezlerindeki kadınların kurslara katılma nedenleri ve memnuniyetlerinin araştırılması. Ankara, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2006.

94.Tot Ş, Yazıcı A, Yazıcı K, Erdem P, Bal N, Metin Ö. Prevalance of smoking, drinking and illicit drug use among adolescents in Mersin, Turkey: Comparison of secondary, high school and university students. Yeni Symposium, 2004; 42: 77-81.

95.Tseng W. Clinician's guide to cultural psychiatry. USA, Academic Press, 2003; 382-385.

96.Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Ankara, 2012.

97.Türk Psikologlar Derneği "Türkiye'de madde kullanımı yaygınlığı ve profili araştırması" raporu. 2002.

98.Türmen T. Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003; 3-16.

99.Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu: Birinci basamakta ruh sağlığı eğitim programı. Kriz Dergisi, 2004; 12: 41-45.

100.Ünal Barlas G, Karaca S, Işıl O, Barlas U. Üniversite sınavına hazırlanan bir grup öğrencinin kendilik algıları ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010; 1: 18-24.

101.Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1: 41-48.

102. Varcaloris EM. Foundations of psyhiatric mental health nursing, Third Edition, Tokyo, Saunders Company, 1998.

103. Walling A. Depression and anxiety. West Nyack, USA, Canbridge University Pres; 2004; 7: 97-121.

104. Walters V. The Social Context of Women's Health. BMC Women's Health, 2004; 4: 1-6.

105. World Health Organization. Investing in Mental Health 2003. Erişim Tarihi:21.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf

106. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Erişim Tarihi: 22.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html

107. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Erişim Tarihi: 21.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html

108. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) (2008). Integrating Mental Health into Primary Care: A global perspective. Erişim Tarihi:22.02.2013 Erişim: http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/index.html

109. World Health Organization. The world health report 2000. Erişim Tarihi: 22.02.2013 Erişim: http://www.who.int/whr/2001/en

110. World Health Organization. WHO definition of Health 1948. Erişim Tarihi: 21.02.2013 Erişim: http://www.who.int/about/definition/en/print.html

111. Worley N. Mental health nursing ın the community. USA, Michigan, Mosby Year Book, 1997; 239-255.

112. Worley N. Community psychiatric nursing care. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, USA, South Carolina, 1998; 716-733.

113. Yanar H. Afyon ili halk eğitim merkezindeki takı tasarım dersinin incelenmesi. Ankara, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2011.

114. Youngkin E, Davis MS. Women's health primary care clinical guide. library of congress cataloging-in-publication. Data, New Jersey, 2004; 10-14.

115. Yardım N. Cinsiyet sağlık yoksulluk. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 2001; 6-9.

116. Yüksel İ. İşsizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara örneği). Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2003; 4: 21-25.

117. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.

9. EKLER

EK – A

ANKET FORMU

1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?
( ) 1.Okuryazar ( ) 2.İlkokul ( ) 3.Ortaokul
( ) 4.Lise ( ) 5.Yüksekokul

3. Medeni durumunuz nedir?
( ) 1.Bekâr ( ) 2.Evli
( ) 3.Dul (eşini kaybetmiş) ( ) 4.Dul (boşanmış)

4. Kaç çocuğunuz var?..... 5. Boyunuz?…… 6. Kilonuz?.....

7. Sosyal güvenceniz var mı?
( ) 1.Var ( ) 2.Yok

8. Ailenin aylık geliri nedir?
( ) 1.500 ve altı ( ) 2.501-1500 ( ) 3.1501-2500 ( ) 4.2501 ve üstü

9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
( ) 1.İyi ( ) 2.Orta ( ) 3.Kötü

10. Evde kiminle yaşıyorsunuz?
( ) 1.Yalnız ( ) 2.Eş ( ) 3.Anne ( ) 4.Baba
( ) 5.15 yaş altı çocuk/lar (Kaç tane?……) ( ) 6.15 yaş ustu çocuk/lar (Kaç tane?…….)
( ) 7.Kardeş ( ) 8.Kayınpeder ( ) 9. Kayınvalide ( ) 10.Diğer ……..

11. Aile içinde önemli kararları kim/kimler verir?
( ) 1.Ben ( ) 2.Eşim ( ) 3.Çocuklar ( ) 4.Annem
( ) 5.Babam ( ) 6.Kayın validem ( ) 7.Kayın pederim ( ) 8.Diğer

12. Yaşadığınız evin mülkiyet durumu nedir?
( ) 1. Ev sahibi ( ) 2. Kiracı ( ) 3. Diğer

13. Yaşadığınız evde salon dahil kaç oda var? (Mutfak, banyo ve tuvalet hariç)…….

2. SAĞLIK DURUMU

14. Psikolojik olarak doktor tarafından belirlenen bir rahatsızlığınız var mı?
( ) 1. Evet (ise belirtiniz……..) ( ) 2. Hayır

15. Bugüne kadar hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

16. Psikolojik olarak destek almak ister misiniz?
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) 3. Kararsızım

17. Uzun süre devam eden tanısı sağlık kurulusunda konmuş kronik hastalığınız var mı **?**
( ) 1. Evet (ise belirtiniz……..) ( )2.Hayır

18. Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?
( ) 1. Evet (ise belirtiniz……..) ( )2.Hayır

3. YAŞAM ALIŞKANLIKLARI

19. Kayıtlı olduğunuz kursun türü nedir?.....

20. Ne kadar süredir kursa gelmektesiniz?.....

21. Bedeninizde beğenmediniz bir yeriniz var mı?
( ) 1.Hayır ( ) 2.Evet……

22. Eşinizle olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
( ) 1.Çok kötü ( ) 2.Kötü ( ) 3.Orta ( ) 4.İyi ( ) 5.Çok iyi

23. Çocuklarınızla olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
( ) 1.Çok kötü ( ) 2.Kötü ( ) 3.Orta ( ) 4.İyi ( ) 5.Çok iyi

24. Komşularınızla ne sıklıkta görüşürsünüz?
( ) 1.Her gün ( ) 2.Haftada bir iki ( ) 3.Haftada bir
( ) 4.On beş günde bir ( ) 5.Ayda bir ( ) 6.Ayda birden az

25. Akrabalarınızla ne sıklıkta görüşürsünüz?
( ) 1.Her gün ( ) 2.Haftada bir iki ( ) 3.Haftada bir
( ) 4.On beş günde bir ( ) 5.Ayda bir ( ) 6.Ayda birden az

26. Sırlarınızı karşılıklı paylaştığınız bir veya birden fazla insan var mı?
( ) 1.Var ( )2.Yok

27. Herhangi bir dernek veya vakıfa üyeliğiniz bulunuyor mu?
( ) 1.Var ( )2.Yok

28. Son bir yılda tatil için bir yere gittiniz mi?
( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır

29. Ne sıklıkta gazete okursunuz?
( ) 1.Okumam ( ) 2.Nadiren ( ) 3.Haftada bir iki ( ) 4.Her gün

30. Ne sıklıkta kitap okursunuz?
( ) 1.Okumam ( ) 2.Nadiren ( ) 3.Haftada bir iki ( ) 4.Her gün

31. Ne sıklıkta televizyon izlersiniz?
( ) 1.Her gün ( ) 2.Haftada iki/üç gün ( ) 3.Haftada bir gün ( ) 4.Daha az

32. Televizyonda ne tür programları izlemeyi tercih edersiniz?
( ) 1.Sabah programları ( ) 2.Dizi ( ) 3.Sinema ( ) 4.Belgesel ( )5.Diğer……

33. Ne sıklıkta internet kullanırsınız?
( ) 1. Her gün ( ) 2.Haftada iki/üç gün ( ) 3.Haftada bir gün
( ) 4.Ayda bir ( ) 5.Bilmiyorum bu nedenle kullanmıyorum

34. Spor yapar mısınız?
( ) 1.Her gün ( ) 2.Haftada bir iki ( ) 3.Haftada bir
( ) 4.On beş günde bir ( ) 5.Ayda bir ( ) 6.Ayda birden az

35. Sigara içiyor musunuz?
( ) 1. Evet, her gün en az bir tane veya daha fazla içiyorum ( ) 2.Bıraktım, artık hiç içmiyorum
( ) 3. Evet, her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim ( ) 4. Hiç içmedim.

36. Alkol kullanıyor musunuz?
( ) 1.Evet, her gün en az bir bardak/kadeh/şişe içiyorum ( ) 2.Evet, haftada birkaç kez
( ) 3.Evet, ayda bir kaç kez ( ) 4.Evet, yılda bir kaç kez
( ) 5.Bıraktım, artık hiç içmiyorum ( ) 6.Hiç içmedim

EK-B

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Daha sonra o belirtinin **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİRHAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?	0. Hiç yok	1. Biraz var	2. Orta derecede	3. Epey var	4. Çok fazla var
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilme, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					

23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği yad a hakkınızda konuştuğu duygusu					
25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27	Karar vermede güçlükler					
28	Otobüs, tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak soğuk basmaları					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32	Kafanızın bomboş kalması					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45	Dehşet ve panik nöbetleri					
46	Sık sık tartışmaya girmek					
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek					
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları					
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52	Suçluluk duyguları					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK-F

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırmada meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumları karşılaştırılarak incelenecektir. Bu amaçla bir ölçek ve bir anket formu uygulanacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Teşekkürler…

Katılımcının Adı – Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

10. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Konya'da doğdu. İlkokul, orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nu kazandı ve 2004 yılında mezun oldu. 2004-2005 yılları arasında GATA Yanık Merkezi'nde hemşire olarak çalıştı. 2005-2008 yılları arasında Konya Asker Hastanesinde Ortopedi hemşiresi olarak çalıştı. 2008 yılından beri Etimesgut Asker Hastanesinde acil servis, klinik ve ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaktadır. 2011 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu'nda Halk Sağlığı Hemşireliğinde yüksek lisans öğrenimini kazanmıştır.