Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(3):178-88

Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması

Dr. Pınar OKYAY[1], Dr. Gonca ATASOYLU[2], Dr. Mete ÖNDE[3], Dr. Çiğdem DEREBOY[4], Dr. Erdal BEŞER[5]

ÖZET

Amaç: Aydın merkezinde yaşayan doğurgan çağdaki kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri varlığında yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin ve her iki durum ile ilgili risk faktörlerinin etkilerinin incelenmesidir.

Yöntem: Kesitsel analitik bu çalışma, 461 kadınla yüz yüze yapılmıştır. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların %35,5'inde anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu; aile içi şiddet olanlarda olmayanlara göre 2,61 kat, gelir durumu 500 TL ve altında olanlarda yükseklere göre 2,49 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. GSA-12 puan ortalaması 3,33±0,804; genel yaşam kalitesi puan ortalaması 3,62±0,791; Fiziksel Sağlık Alanı (FSA) puanı 15,95±2,422; Psikolojik Sağlık Alanı (PSA) puanı 14,70±2,337; Sosyal İlişkiler Alanı (SİA) puanı 14,64±3,027; Çevre Alanı (ÇA) puanı 14,27±2,20; Kültüre Standardize Alan (KSA) puanı 14,29±2,144'dür. GSA-12 toplam puanı ile WHOQOL-BREF anketinin ilk iki sorusu arasında olumsuz yönde, orta düzeyde ve çok anlamlı ilişki; PSA puanı arasında olumsuz yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki; FSA puanı, SİA puanı, ÇA, KSA arasında bu ilişki olumsuz yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: GSA-12 kullanarak yapılacak taramaların erken teşhis ve tedavi olanağı yaratması yanında, kadınların yaşam kalitelerinin tüm alanlarda düşüşünün engellenebileceği düşünülmüştür. Risk grupları olarak öne çıkan sosyoekonomik düzeyi ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların ruhsal problemlerin olası belirtilerinin erken tanı ve tedavisi öncelikli müdahale alanlarıdır.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, depresyon, Genel Sağlık Anketi, kadınlar, yaşam kalitesi, WHOQOL-BREF

SUMMARY

How is Quality of Life Affected in Women in The Presence of Anxiety and Depression Symptoms?

Objective: To assess how quality of life is affected among reproductive age women from the presence of anxiety and depression symptoms and the risk factors related to both.

Method: A cross sectional analytic study was performed in person with 461 women. General Health Questionnarie-12 and WHOQOL-BREF were used.

Results: 35.5% of the women displayed symptoms of anxiety and depression and those who had experienced domestic violence had a 2.61-fold increase in symptom frequency and those with an income below 500 TL had a 2.49-fold more frequent occurrence of symptoms compared to others. General health quality mean score was 3.33 ± 0.804, the mean overall quality of life was 3.62 ± 0.791; Physical Health Domain: 15.95 ± 2.422; Psychological Health Domain: 14.70 ± 2.337; Social Relations Domain 14.64 ± 3,027; Environmental Domain 14:27 ± 2.20; National Domain 14:29 ± 2.144l. The total score of GHQ-12 and the first two questions of WHOQOL-BREF had a negative, moderate and highly significant correlation, whereas the Psychological HD score had a a negative,, strong and significant correlation All other domains and the total score of GHQ-12 had negative, moderate and significant correlations.

Conclusion: Screening with GHQ-12 as well as offering the possibility of early diagnosis and treatment, is also important to prevent impairment in all areas of quality of life among women. Early diagnosis and treatment of psychological problems of women with risk factors such as exposure to domestic violence and low socio-economic status are the intervention areas with priority.

Key Words: Anxiety, depression, General Health Questionnaire, quality of life, women, WHOQOL-BREF

Geliş Tarihi: 27.04.2011- **Kabul Tarihi:** 10.11.2011

[1]Doç., [3]Asis., [5]Prof., Halk Sağlığı AD., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Aydın. [2]Uzm., Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Manisa. [4]Psik., [2]Prof., Psikiyatri AD., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Aydın.

Dr. Pınar Okyay, e-posta: *pinarokyay@adu.edu.tr*

GİRİŞ

Günümüzde, tıbbi gelişmelere paralel olarak, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi de hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıklarıdır (WHOQOL Group 1998). Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (Fidaner ve ark. 1999). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çeşitli yollarla ele alınabilir. Bu amaçla geliştirilmiş ölçeklerde, fiziksel, sosyal, duygulanım, ruhsal fonksiyonlar, enerji, yorgunluk, ağrı ve genel sağlık algısı gibi konular, genel yaşam kalitesi ölçütleri (WHOQOL, Notthigham Sağlık Profili) ya da hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçütleri (Fonksiyonel Yaşam -İndeksi-Kanser, St George Dispne Puanı) şeklinde değerlendirilir (Arslan ve Gökçe Kutsal 1999).

Hastalıkların ve tedavilerin hastanın yaşam kalitesi üzerine etkileri giderek artan bir ilgi konusudur. Sağlığın öznel ölçümü olan yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'te yayınlanmıştır. Son yıllarda, tıbbi bakım değerlendirmesinin, yaşam kalitesi açısından önemli olan sonuçları da içermesi gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır. (Avcı ve Pala 2004, Şahin 1999). Bu doğrultuda yaşam kalitesi ölçekleri başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, tıbbi bakım ve tedavinin izlenmesi, zaman içindeki etkilerinin belirlenerek diğer yöntemlerle karşılaştırılması, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması amacıyla kullanılmaktadır (Eser ve ark. 1999).

Ruhsal bozukluklar; yaygınlığı, damgalanma, intihar girişimi, hastalığa bağlı yaşanan yeti yitimi ve getirdiği maliyet yükü açısından önemli halk sağlığı sorunlarıdır (WHO 2008). İnsanların %25'i yaşamlarının herhangi bir anında ruhsal bir sorun yaşarlar. Ruhsal, davranışsal ya da psikososyal sorunların yaklaşık 450 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (Prince ve ark. 2007, WHO 2001). Kesitsel bir anda erişkin nüfusun en az %10'nda ruhsal bir bozukluk mevcuttur; bu da her dört aileden birinde ruhsal hastalığı olan en az bir kişinin bulunması demektir (WHO 2001). Küresel düzeyde hastalık yükünün 1990 yılında %10'unu oluşturan ruh sağlığı sorunları, 2000 yılında %12'ye ulaşmıştır. Bu oranın 2020 itibari ile %15 olacağı tahmin edilmektedir (Brundtland 2000, WHO 2001). Türkiye'de de bütün dünyada olduğu gibi ruh sağlığı sorunları önemli boyutlardadır. Türkiye'deki saha araştırmalarında da ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının % 20 dolayında olduğuna işaret edilmektedir (Küey ve Güleç 1989). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 18 yaş ve üzeri nüfusun %17,2'sinin (Kılıç 1998) çocuk ve ergenlerin %10'unun (Erol ve Şimşek 1998), ruhsal sağlık sorunu bulunduğunu bildirmektedir.

Ruhsal sorunlar içerisinde, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar en yaygın olanlarıdır (WHO 2001). Bu bozuklukların diğer ruhsal hastalıklarla birlikte görülebilmesi ve tekrarlama eğiliminde olması, sorunu daha da önemli hale getirmektedir. Depresif belirtilerin toplumda %10-20 arasında görüldüğünü, yaşam boyu prevalansı kadınlarda (%20 -25) erkeklerin (%8-12) iki katı kadar olduğu bilinmektedir (Noble 2005). Depresyon, bugün itibari ile 121 milyon kişiyi etkilemektedir.

Sağlıkla ilgili sorunların ölçülmesinde gelişen gereksinimler yeni ölçütleri gündeme getirmiştir. Bunlardan biri de Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) ve alt bileşeni Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yıllarıdır (YLD: Years Lost with Disability) DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler ile ölümle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün, tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. DALY erken ölümden doğan kaybedilen yaşam yılları, sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını da kapsar. "Bir DALY", "Bir sağlıklı yaşam yılından kayıp" anlamına gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHSM 2004). Bu nedenle de, yaşam kalitesi bakış açısı içermesi açısından önemlidir. 2001 yılı küresel verilerine göre, unipolar depresif bozuklukların, her iki cinste de en fazla Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yılları'na (YLD) neden olan sorunlar olduğu belirlenmiş; kadınlardaki yükünün erkeklerden %50 daha fazla olduğu saptanmıştır (Lopez ve ark 2001). Depresyonun, her iki cins ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) nedeni olacağı beklenmektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasında, unipolar depresif bozuklukların, Türkiye'de ulusal düzeyde en fazla DALY'ye neden olan hastalıklar arasında genel popülasyonda % 4,4 ile dördüncü sırada yer aldığı gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHSM 2004). Depresyon, 15-44 yaş grubu kadınlarda DALY sıralamasında ikinci sıraya yerleşmiştir (WHO 2001). Türkiye'de de depresyon hastalarının %65-70'ini kadınlar, %30-35'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada depresyonun tüm kadınlarda %33 kat daha fazla prevalans hızına sahip olduğu ifade edilmektedir (Küey ve Güleç 1989). Unipolar depresif hastalıkların, özellikle 15-59 yaş arası kadınlarda % 9,8'lik pay ile en fazla DALY'ye neden olan hastalık olduğu, kentsel bölge dikkate alındığında, %10,7 ile daha da öne çıktığı saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHSM 2004).

Güncel yaklaşımlarla depresyon ve anksiyete tedavi edilebilir sorunlardır. Ancak neden oldukları yeti yitimi ve sağlık algısındaki bozulma nedeniyle yaşam kalitesini düşürmektedir

(Bonomi ve ark. 2006). Bu nedenle, ruh sağlığı ile ilgili araştırmaların yaşam kalitesi ile birlikte değerlendirilmesinin önemi açıktır.

Bu çalışmanın amacı, Aydın il merkezinde yaşayan doğurgan çağdaki kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri varlığında yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin ve her iki durum ile ilgili risk faktörlerinin etkilerinin incelenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın tipi ve örneklem seçimi

Bu çalışma, kesitsel analitik bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Aydın il merkezinde yaşayan ve doğurgan yaş olarak tanımlanan 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü, 0,05 hata düzeyinde %50 prevalans tahminine göre 384 olarak belirlenmiş (Lwanga ve Lemeshow 1991); %20 yedek eklenerek 461 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Sağlık ocaklarının 15-49 yaş kadın nüfuslarına göre ağırlıklandırma yapılarak her sağlık ocağından araştırmaya katılacak kişi sayısı saptanmıştır. Sağlık ocakları ebe bölgelerindeki 15-49 yaş kadın nüfuslarına göre bir kez daha ağırlıklandırma yapılarak, her ebe bölgesinden çalışmaya katılacak kadın sayısı belirlenmiştir. Katılımcılar, 15-49 yaş arası kadın bulunan Ev Halkı Tespit Fişleri'nden sistematik örnekleme yöntemi ile, her haneden bir kadın örnekleme girecek şekilde seçilmiştir. Haneler ziyaret edildiğinde, evde bulunan uygun yaş grubundan bir kadınla görüşülmüş; hanede uygun birden fazla kadın bulunması durumunda gönüllü olan tüm kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. İlk ziyarette uygun yaş grubunda kadının bulunamaması durumunda, ikinci kez gidilmiş; iki ziyarette de bulunmaması durumunda ulaşılmadığı kabul edilmiştir.

Veri toplama ve değerlendirme anketi

Veri, yüz yüze anket yöntemi ile toplanmış; standart biçimde veri toplanabilmesi için veri toplama aşamasından önce eğitim gerçekleştirilmiştir. Anket iki bölümden oluşmaktadır.

Anket 1. Bölüm:
Demografik, sosyoekonomik özellikleri

Anket 2. Bölüm: Engellilik ve kronik hastalık durumları, kullandıkları ilaçlar, günlük yaşam aktiviteleri, aile içi fiziksel şiddet, hobi, gazete-kitap okuma sıklığı, anksiyete ve depresyon belirtileri varlığı ile yaşam kalitesini belirlemeye yönelik toplam 77 sorudan oluşmuştur. Aile içi fiziksel şiddet hanede yaşayan kişiler tarafından tekme, tokat, dövme, itme vb. saldırı olarak tanımlanmış; veriler, "hiç yok, nadiren, zaman zaman ve sıkça" olarak toplanmıştır. Bu beyanlardan "hiç yok" daha sonra "yok" ve "nadiren, zaman zaman ve sıkça" olanlar da "var" olarak kodlanmıştır. Anksiyete ve depresyon belirtileri varlığı Genel Sağlık Anketi (GSA-12) (Kılıç 1996) yaşam kalitesi ise DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe sürümü (WHOQOL-BREF TR) (Eser ve ark. 1999) ile değerlendirilmiştir.

Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ölçeğinin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Kılıç tarafından ölçülmüş olup, Cronbach alfa katsayısı 0,78; test-tekrar test güvenilirliğinde r= 0,84, yarım test güvenilirliği r= 0,81 olarak bulunmuştur (Kılıç 1996). GSA-12 için GSA tipi puanlama esas alınarak her bir maddenin ilk iki yanıtı 0, son iki yanıtı ise 1 puan olarak kodlanmıştır. GSA-12 için GSA tipi puanlama esas alınarak her bir maddenin ilk iki yanıtı 0, son iki yanıtı ise 1 puan olarak kodlanmıştır. Kesme puanı 1/2 olarak alınmış; 2 ve üzeri puan alanlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin var olduğu kabul edilmiştir (Aydemir ve Köroğlu 2006).

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ölçeğinin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "Cronbach alfa" değerleri, bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 ve ulusal çevre alanında 0,73 bulunmuştur. Soruların her biri için, test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için hesaplanan Pearson katsayılarının 0,57 ve 0,81 arasında değerler gösterdiği bildirilmiştir (Eser ve ark. 1999). Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal sorunun eklenmesiyle toplam 27 sorudan oluşmaktadır. İlk soru algılanan yaşam kalitesi, ikinci soru algılanan sağlık durumunu ölçmeye yönelik olup, 1-5 puan arasında değerlendirilmiştir. İlk iki soru dışındaki sorular kullanılarak beş alan puanı hesaplanmıştır. Ölçekte kullanılan 5 alanın içeriği aşağıda sunulmuştur:

1. Fiziksel Sağlık Alanı (FSA): Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü.

2. Psikolojik Sağlık Alanı (PSA): Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama.

3. Sosyal İlişkiler Alanı (SİA): Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.

4. Çevre Alanı (ÇA): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım.

5. Kültüre Standardize Alan (KSA): Sosyal baskı.

Alan puanları 0-20 puan üzerinden hesaplanmıştır. Puan yükseldikçe, yaşam kalitesi yükselmektedir.

Veri analizi

Araştırma verisi SPSS 11.5 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma (SS) değerleri hesaplanmış, gruplar arası karşılaştırmalarda Fisher'in kesin testi, ki-kare, Mann

TABLO 1. Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Verileri.

	Sayı	%
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	14	3,1
Okur-yazar	14	3,1
İlkokul	126	28,1
Ortaokul	68	15,2
Lise	161	35,9
Yüksekokul	65	14,5
Çalışma durumu		
Ev hanımı	293	65,6
Memur	59	12,9
Öğrenci	29	6,5
Serbest meslek	22	4,9
İşçi	22	4,9
İşsiz	15	3,3
Emekli	8	1,8
Medeni durum		
Evli	354	79,0
Bekar	70	15,6
Boşanmış	16	3,5
Eşi ölmüş	7	1,6
Ayrı yaşıyor	1	0,2
Sosyal güvence durumu		
Var	367	81,9
Yok	81	18,1
Kendine ait gelir kaynağı		
Var	118	26,3
Yok	330	73,7
Gelir durumu		
<500 YTL	73	16,3
500-1000 YTL	190	42,4
>1000 YTL	185	41,3

Whitney-U testi, Student's t testi; Pearson korelasyon analizi; çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon (%95 Güven Aralığı) kullanılmıştır. Tip 1 Hata (Alfa Hata) düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Genel bilgiler

Araştırmada kadınların %1,7'si (s=8) evde bulunamamış, % 1.0'i (s=5) araştırmaya katılmayı reddetmiş; örneklemin %97,1'ine (s=448) ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan 448 kadının yaş ortalaması 33,98±8,78'dir. Kadınların %75,2'sinin (s=337) çocuğu olup, ortalama çocuk sayısı 2,23±1,31'dir. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Evli kadınların eşlerinin yaş ortalaması 39,88±8,77 (s=354) olup, eşlerin % 28,2'si (s=100) ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip, %91,8'inin sosyal güvencesi olup, %37,7'si serbest meslek, %29,9'u işçi ve %22,9'u memur olarak çalışmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %67,4'ü (s=302) eşi ve çocuklarıyla; %12,3'ü (s=55) anne ve babasıyla; %4,7'si (s=21) tek başına yaşamaktadır.

Kadınların %15,8'i (s=71) aile içi fiziksel şiddet yaşadığını belirtmiştir. Evlilik kararında etkin kişi %55,3 (s=203) ile eşi ve kendisi iken; %41,4'ünde (s=152) anne ve babası olmuştur. Kadınların %16,7'sinde (s=75) kronik bir hastalık varken, % 2,7'sinde (s=12) fiziksel özür bulunmakta ve % 17,6'sı (s=79) sürekli ilaç kullanmaktadır. Kadınların %50,2'sinin (s=225) bir hobisi varken, %46,4'ü (s=208) günlük gazete okumakta, %35'i (s=157) ise kitap okumaktadır.

Anksiyete ve depresyon belirtileri

Kadınların %35,5'inde (s=159) anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Kadınların anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığının çeşitli etkenlerle ilişkisi Tablo 2'de verilmiştir.

"Anksiyete ve depresyon belirtileri bulunma durumu" bağımlı değişken olmak üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, "depresyon ve anksiyete belirtileri"nin aile içi şiddet olanlarda olmayanlara göre 2,61 kat (%95 GA: 1,45-4,65), gelir durumu 500 TL altında olanlarda 500 TL ve üstünde olanlara göre 2,49 kat (%95 GA:1,37-4,52) daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

Yaşam kalitesi

Şekil 1 ve 2'de WHOQOL-BREF-TR anketinin ilk iki sorusuna kadınların verdikleri yanıtların dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık puan ortalaması 3,33±0,804; genel yaşam kalitesi puan ortalaması 3,62±0,791; FSA 15,95±2,422; PSA 14,70±2,337; SİA 14,64±3,027; ÇA 14,27±2,20; UÇ 14,29±2,144 olarak bulunmuştur. Kadınların WHOQOL-BREF TR'nin alan puanlarının çeşitli faktörlerle ilişkisi Tablo 3'te sunulmuştur.

GSA-12 anketinin toplam puanı ile WHOQOL BREF TR anketinin ilk iki sorusu arasında olumsuz yönde, orta düzeyde ve çok anlamlı korelasyon saptanmıştır (Sırası ile r = -0,36, p<0,001, r = -0,39, p<0,001).

GSA-12 Anketi'nin toplam puanı ile Psikolojik Sağlık Alan puanı arasında olumsuz yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki varken (r= -0,510, p< 0,001), Fiziksel Sağlık Alan puanı, Sosyal İlişkiler Alan puanı, Çevre Alan puanı, Kültüre Standardize skor arasında olumsuz yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (FSAS için r= -0,494 ve p<0,001, SİAS için r= -0,352 ve p<0,001, ÇAS için r=- 0,352 ve p<0,001, KSS için r= -0,378 ve p<0,001).

Şekil 3'te depresyon ve anksiyete belirtileri olan ve olmayan

TABLO 2. Kadınların Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığının Çeşitli Etkenlerle İlişkisi.

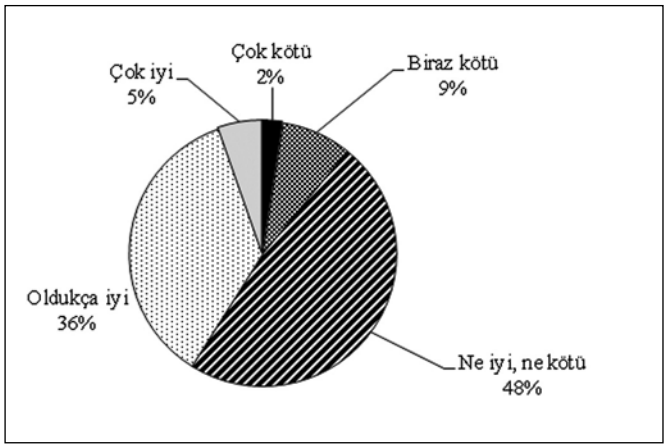
	Anksiyete ve depresyon belirtileri				
	Yok		Var		p
	s	%	s	%	
Sosyal güvence durumu					
Var	241	65,7	126	34,3	0,275
Yok	48	59,3	33	40,7	
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	95	61,7	59	38,3	0,367
İlkokul üzeri	194	66,0	100	34,0	
Kadının çalışma durumu					
Çalışıyor	99	75,0	33	25,0	0,628
Çalışmıyor	230	72,8	86	27,2	
Yaş					
35 yaş ve altı	172	67,5	83	32.5	0,135
36 yaş ve üstü	117	60,6	76	39.4	
Medeni durum					
Evli	234	66,1	120	33,9	0,172
Diğer*	55	58,5	39	41,5	
Evde yaşayan kişi					
Tek başına	15	71,4	6	28,6	0,497
Diğer†	274	64,2	153	35,8	
Kendisine ait gelir kaynağı olma durumu					
Var	78	66,1	40	33,9	0,674
Yok	211	63,9	119	36,1	
Gelir durumu					
500 TL altı	37	50,7	36	49,3	0,007
500 TL ve üstü	252	67,2	123	32,8	
Evlilik kararını veren kişi					
Eşi ve kendisi	146	71,9	57	28,1	0,005
Diğer‡	95	57,9	69	42,1	
Kronik hastalık olma					
Var	45	60,0	30	40,0	0,371
Yok	244	65,4	129	34,6	
Fiziksel özür olma					
Var	7	58,3	5	41,7	0,761§
Yok	282	64,7	154	35,3	
Sürekli ilaç kullanma					
Kullanıyor	47	59,5	32	40,5	0,305
Kullanmıyor	242	65,6	127	34,4	
Çocuk sahibi olma					
Var	220	65,3	117	34,7	0,551
Yok	69	62,2	42	37,8	
Aile içi şiddet					
Var	35	49,3	36	50,7	0,003
Yok	254	67,4	123	32,6	
Hobisi olma					
Var	151	67,1	74	32,9	0,248
Yok	138	61,9	85	38,1	
Kitap okuma					
Okuyor	105	66,9	52	33,1	0,441
Okumuyor	184	63,2	107	36,8	
Günlük gazete okuma					
Okuyor	144	69,2	64	30,8	0,052
Okumuyor	145	60,4	95	39,6	

*Bekar, boşanmış, eşi ölmüş. †Eşi,çocukları,anne-baba ile ‡Anne-baba, akrabalar. §Fisher'in kesin testi.

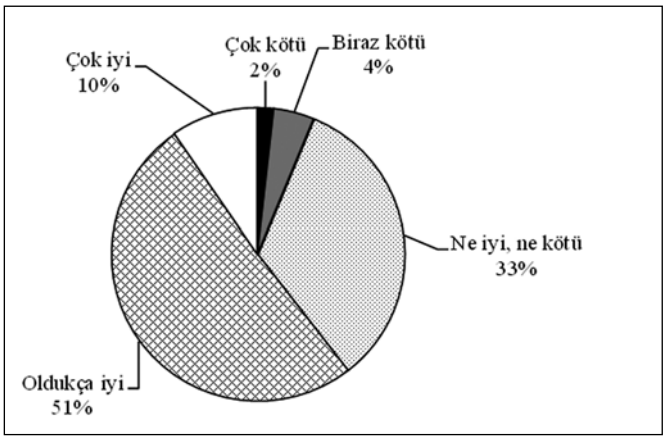
TABLO 3. Kadınların WHOQOL-BREF TR'nin Alan Puanlarının Çeşitli Faktörlerle İlişkisi.

Değişkenler	FSA puanı Ort.±SS	PSA puanı Ort.±SS	SİA puanı Ort.±SS	ÇA puanı Ort.±SS	KSA puan Ort.±SS
Sosyal güvence durumu					
Var	16,07±2,37	14.92±2,25	14,74±2,94	14,47±2,17	14,47±2,07
Yok	15,38±2,54	13,70±2,45	14,20±3,36	13,35±2,21	13,43±2,25
p	0,020	<0,001	0,146	<0,001	<0,001
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	15,50±2,61	14,38±2,29	14,44±3,17	13,74±2,17	13,82±2,14
İlkokul üzeri	16,18±2,28	14,86±2,34	14,74±2,94	14,55±2,20	14,53±2,10
p	0,007	0,038	0,314	<0,001	0,001
Çalışma durumu					
Çalışıyor	16,18±2,159	15,30±2,242	15,19±3,165	14,75±2,262	14,74±2,175
Çalışmıyor	15,88±2,493	14,52±2,337	14,48±2,971	14,13±2,190	14,15±2,120
p	0,276	0,003	0,038	0,012	0,016
Yaş					
35 yaş ve altı	16,45±2,09	15,14±2,28	15,05±2,89	14,56±2,18	14,51±2,09
36 yaş ve üstü	15,28±2,65	14,12±2,28	14,09±3,12	13,89±2,21	13,98±2,17
p	<0,001	<0,001	0,001	0,002	0,010
Medeni durum					
Evli	15,88±2,43	14,70±2,30	14,71±2,92	14,56±2,18	14,25±2,17
Diğer*	16,19±2,16	14,70±2,46	14,36±3,38	13,89±2,21	14,41±2,02
p	0,270	0,987	0,357	0,306	0,512
Evde yaşayan kişi					
Tek başına	16,71±2,49	16,14±2,08	15,76±3,31	15,29±2,02	15,38±1,80
Diğer†	15,91±2,41	14,63±2,32	14,59±3,00	14,22±2,21	14,23±2,14
p‡	0,100	0,005	0,058	0,046	0,024
Kendisine ait gelir kaynağı olma durumu					
Var	16,09±2,24	15,26±2,25	15,14±3,17	14,78±2,28	14,72±2,19
Yok	15,89±2,48	14,50±2,33	14,46±2,95	14,09±2,16	14,13±2,10
p	0,444	0,002	0,038	0,004	0,010
Gelir durumu					
500 TL altı	15,38±3,02	14,03±2,64	14,14±3,72	13,47±2,41	13,52±2,34
500 TL ve üstü	16,06±2,27	14,83±2,25	14,74±2,86	14,43±2,14	14,43±2,07
p	0,075	0,017	0,195	0,001	0,001
Evlilik kararını veren kişi					
Eşi ve kendisi	16,13±2,42	15,04±2,27	15,28±2,82	14,54±2,16	14,55±2,08
Diğer§	15,43±2,47	14,21±2,33	13,84±3,02	13,73±2,32	13,80±2,28
p	0,006	0,001	<0,001	0,001	0,001
Kronik hastalık olma durumu					
Var	14,39±2,88	14,07±2,43	14,03±3,42	13,97±2,21	13,96±2,19
Yok	16,26±2,19	14,83±2,29	14,76±2,92	14,33±2,21	14,35±2,13
p	<0,001	0,010	0,085	0,205	0,150
Fiziksel özür olma durumu					
Var	13,92±1,83	13,58±2,23	14,42±3,84	14,67±2,18	14,50±1,83
Yok	16,00±2,41	14,73±2,33	14,65±3,00	14,26±2,22	14,28±2,15
p‡	0,002	0,102	0,758	0,577	0,823
Sürekli ilaç kullanma durumu					
Kullanıyor	14,25±2,78	13,85±2,42	14,28±3,38	13,89±2,10	13,94±2,09
Kullanmıyor	16,31±2,17	14,88±2,27	14,72±2,94	14,35±2,23	14,36±2,15
p	<0,001	<0,001	0,242	0,090	0,111
Çocuk sahibi olma durumu					
Var	15,86±2,45	14,61±2,29	14,57±2,96	14,16±2,25	14,19±2,18
Yok	16,03±2,24	15,50±2,23	15,97±2,15	14,69±2,16	14,75±2,10
p	0,704	0,027	0,001	0,178	0,147
Aile içi şiddet					
Var	14,83±2,26	13,34±2,36	12,77±3,18	12,80±2,51	12,85±2,53
Yok	16,16±2,39	14,95±2,24	14,99±2,86	14,55±2,04	14,56±1,95
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hobi olma durumu					
Var	16,21±2,35	15,02±2,38	12,77±3,18	14,53±2,18	14,51±2,11
Yok	15,68±2,46	14,38±2,24	14,99±2,86	14,01±2,23	14,06±2,15
p	0,021	0,004	0,004	0,013	0,028
Kitap okuma durumu					
Okuyor	16,20±2,35	15,33±2,33	15,28±3,04	14,99±2,15	14,99±2,06
Okumuyor	15,81±2,45	14,36±2,26	14,30±2,96	13,88±2,16	13,90±2,09
p	0,107	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Günlük gazete okuma durumu					
Okuyor	16,31±2,12	15,33±2,33	15,13±2,85	14,87±2,13	14,85±2,09
Okumuyor	15,63±2,61	14,36±2,26	14,22±3,10	13,75±2,16	13,80±2,06
p	0,002	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Gazete veya kitap okuma durumu					
Okuyor	16,21±2,20	15,15±2,31	15,18±2,84	14,78±2,13	14,79±2,07
Okumuyor	15,63±2,62	14,17±2,25	14,12±3,15	13,67±2,17	13,70±2,08
p	0,012	<0,001	0,001	<0,001	<0,001

*Bekar,boşanmış, eşi ölmüş. †Eşi,çocukları,anne-baba ile ‡Mann-Whitney U testi §Anne-baba, akrabalar.



ŞEKİL 1. Kişilerin "Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?" Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı (Kişilerin Algıladıkları Yaşam Kalitesi).



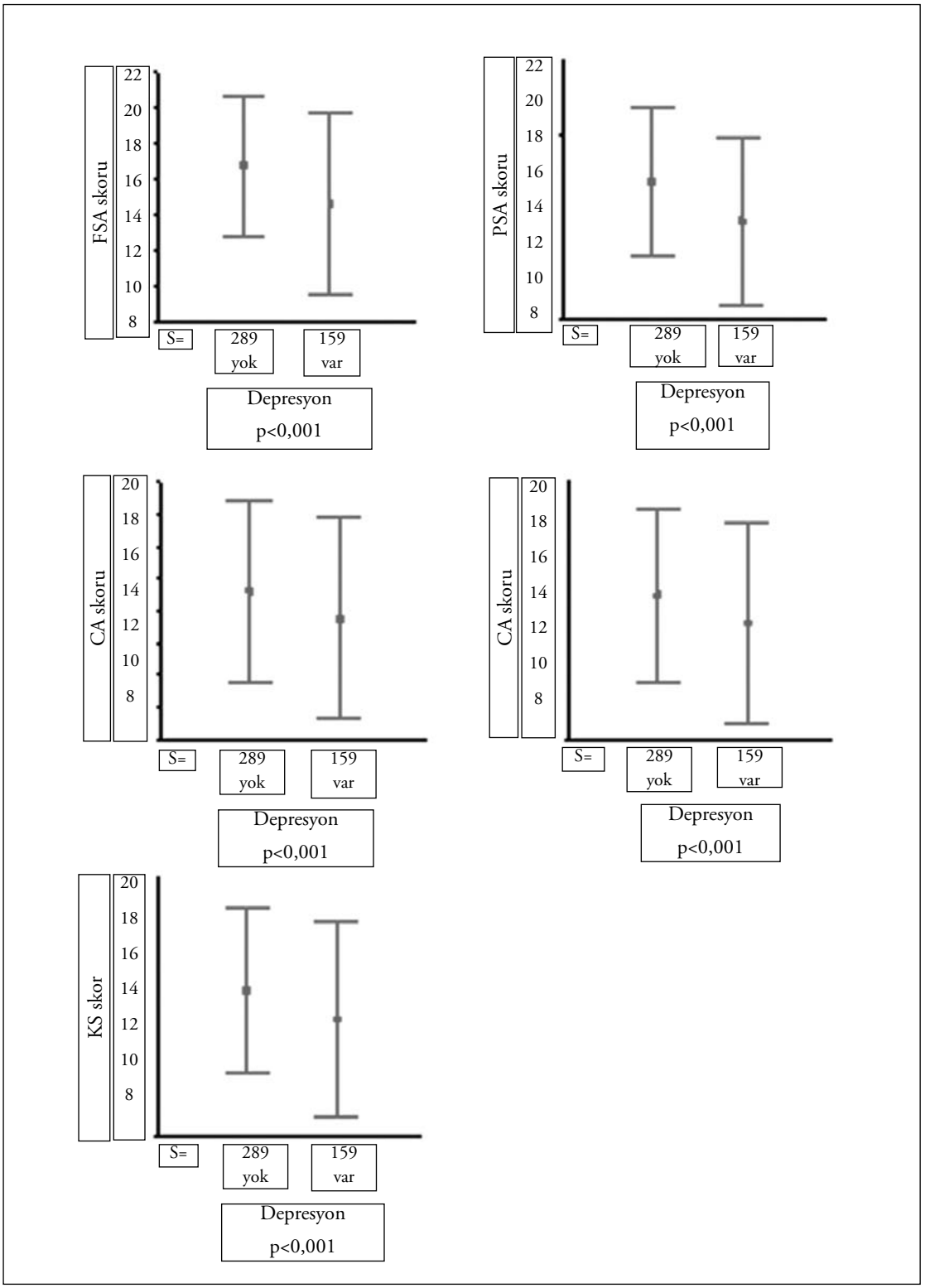
ŞEKİL 2. Kişilerin "Sağlığınızdan Ne Kadar Hoşnutsunuz?" Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı (Kişilerin Algıladıkları Sağlık Durumları).

kadınların WHOQOL-BREF TR alan puanlarının dağılımları karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli tarafı, yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon belirtilerini birlikte değerlendirmesidir. Bu değerlendirme, toplum tabanlı bir araştırma deseni ile doğurgan çağdaki kadınlarda yapılmıştır. Makalenin yazım tarihi itibari ile Pub-Med'de yapılan taramada GSA-12 ile WHOQOL-BREF'in birlikte kullanıldığı sekiz; ULAKBİM veri tabanında ise bu tarama ile bir sonuç eşleşmiş; ancak, bu çalışmada da WHOQOL-BREF ile birlikte farklı bir ölçek kullanılmıştır. GSA-12 ve yaşam kalitesi eşleştirmesinde ise 18 kayıta ulaşılmış; bunlardan bazılarında yaşam kalitesi farklı araçlarla (SF-36 gibi) ölçülmüştür. Tüm bu çalışmaların ortak noktası, genellikle özel bir hasta grubunda yapılmasıdır (Gülseren ve ark. 2001, Yazıcı ve ark. 2003, Fellinger ve ark. 2005, Furlong ve Connor 2007). Oysa bu çalışmadaki kadınlar, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuş değillerdir. Bu nedenle de, sorunun buzdağının altında kalan kısmını daha iyi yansıtmaktadır. Bu nedenlerle, bu çalışma ile Sağlık Bakanlığının "Herkes için Sağlık" politikası doğrultusunda 2020 yılına kadar ruhsal bozuklukları %20 azaltmak hedefi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001) için önemli bir veri sağlanmıştır.

Bu çalışmada, anksiyete ve depresyon belirtileri olanlarda, WHOQOL-BREF TR ölçeğinin alan puanlarının tümünün anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların algıladıkları yaşam kalitesi ve algıladıkları sağlık durumları GSA-12'nin toplam puanı ile orta düzeyde olumsuz bir ilişki göstermektedir. GSA-12 toplam puanı ile en güçlü ilişki PSA ile gözlenmiştir. Bu alanla GSA-12 toplam puanı arasında olumsuz yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde, FSA, SİA, ÇA, KSA skorları ile GSA-12 toplam puanı olumsuz yönde, ancak orta düzeyde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. GSA-12 ile yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği iki toplum tabanlı çalışmada (Pirkola ve ark. 2009; Serrano-Aguilar ve ark. 2009) yaşam kalitesi ölçeği olarak farklı bir ölçek kullanılmıştır. Her iki çalışmada da ölçek puanları arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki benzer şekilde bulunmuştur. Ruhsal sorunların varlığında, psikolojik alan puanlarının düşük olması beklenir. Psikolojik sorunlardan kaynaklanabilen psikosomatik yakınmalar fiziksel alanda, sosyal ilişkilerin bozulması ile sosyal alanda yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi olasıdır. GSA-12, son birkaç haftalık dönem dikkate alınarak yanıtlanan bir tarama testidir (Kılıç 1996). Ülkemizde yapılan çalışmaların büyük bir bölümü çeşitli hastalık grupları ya da meslek gruplarında yapılan çalışmalardır (Tezcan ve Aslan, 2000 Özkan ve ark. 2004). GSA-12 kullanılarak yapılan bu çalışmada, 15-49 yaş kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtileri sıklığı %35,5 bulunmuştur. Belek (1999) tarafından Antalya ilinde 15 yaş üzeri populasyonda yapılan bir alan çalışmasında olası ruhsal bozukluk sıklığı kadınlarda %40 olarak belirlenmiştir. Antalya çalışmasında da GSA-12 kullanmıştır. Belek'in çalışması ile bu çalışmada kullanılan kesme noktası aynıdır. Bu nedenle, bu iki çalışmanın sonuçlarının benzer bulunması önemlidir. Belek, iki farklı bölgede çalışmış ve gecekondu bölgesinde kentsel bölgeye göre daha yüksek oranlar bulmuştur. Ancak, makalesinde her iki bölgedeki kadınlardaki oranlar ayrı ayrı izlenememektedir. Bu nedenle, %40 olarak verilen değer içerisinde gecekondu bölgesinin kadınlarının bu oranı yükselten değerleri de bulunmaktadır. Aslında sadece kentsel bölge kadınlarına ait sıklık izlenebilse idi, belki de bu çalışmaya çok daha benzer bir sıklıktan bahsedilebilirdi. GSA-12 anketi kullanılarak yapılanan çalışmaları karşılaştırırken kesme noktasının değerlendirilmesi önemlidir. Ankara ili Gölbaşı ilçe merkezinde 15 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada, GSA 12 puan ortalaması 1,94±2,77, GSA-12 puanı 4 ve üzeri olarak tanımlanan olası ruhsal hastalık sıklığı ise %21,7 olarak bulunmuştur (Baykan ve ark. 2001). Kesme noktası daha yüksek



ŞEKİL 3. Anksiyete ve Depresyon Belirtisi Olan ve Olmayan Kadınların WHOQOL-BREF Alan Puanlarının Dağılımları.

tutulduğunda sıklık daha düşük bulunmuştur. Baykan çalışmasında aynı bölgede 1991 yılında sağlık ocağına başvuran kadınlarda yapılan bir çalışmada GSA 12 puan ortalamasının 1,06 olarak saptandığını belirtmiştir. Ancak, 1992 yılında yapılan bu çalışma, sağlık ocağına başvuranlarda gerçekleştirildiğinden, Baykan ve arkadaşları kendi çalışmalarındaki daha yüksek ortalamayı, ruhsal sıkıntısı olan kadınların sağlık kurumlarına başvurma oranlarının daha düşük olduğu şeklinde yorumlamışlardır. Şanlıurfa Eğitim Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arasında kadınlarda ise anksiyete ve depresyon belirtileri sıklığı %25,9 olarak bulunmuştur (Şimşek ve ark. 2007). Şanlıurfa çalışmasındaki kesme noktası makale içinde verilmemiştir. Bölgesel ve zamansal farklılıkların yanı sıra, ölçeği değerlendirmede alınan kesme noktasının farklı

olması, farklılıkların olası nedenleridir. Ancak, Belek'in çalışmasının da toplum örnekli bir çalışma olduğu göz önüne alındığında, benzer sonuçlar bulunmuş bu çalışmada saptanan her üç kadından birinde anksiyete ve depresyon belirtileri varlığı çok önemli bir bulgudur. Ulusal Hastalık Yükü (UHY) çalışmasında depresif bozukluğun 15-59 yaş arası kadınlarda, ilk sırada yer alan DALY nedeni olduğu; batıda ve kentsel alanda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHSM 2004). Bu çalışmanın bulgularının da paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Ülke ortalamasına göre daha gelişmiş sosyodemografik özellikleri olan çalışma grubunda yüksek oranda depresyon-anksiyete belirtilerinin saptanmış olması dikkat çekicidir. Sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, özellikle doğurgan çağdaki kadınların öncelikli müdahale alanlarından biri olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda yaşam boyu karşılaşma sıklığı %20-25 olan depresyonun, diğer ruhsal hastalıklarla birlikte bulunması ve tekrarlama eğilimi nedeniyle erken tanınması önemlidir.

Bu çalışmada, tek değişkenli analiz sonuçlarına göre, gelir düzeyi düşük, aile içi şiddet öyküsü olan, evliliğe eşi ile birlikte karar vermemiş kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak çok değişkenli analiz sonucunda, düşük gelir durumu ve aile içi şiddet varlığı en önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Belek tarafından Antalya'da gerçekleştirilen çalışmada da, daha düşük gelirli olanların ve geliri giderinden az olanların daha kötü durumda olduğu saptanmıştır (Belek 1999). İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınlarda yapılmış bir çalışmada da düşük ekonomik durumun en yüksek GSA puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Buzlu ve ark. 2006). Patel ve arkadaşları (1997) ile Baum ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan araştırmalarda da, ruhsal bozuklukların gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu ve ekonomik sorunları olanların ruhsal bozukluk açısından daha büyük risk altında olduğu ortaya konmuştur.

Çeşitli çalışmalarda, bu araştırma ile benzer şekilde, aile içi şiddet varlığında anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Şimşek ve ark. 2007, Bonomi ve ark. 2006, Bonomi ve ark. 2007). Aile içi şiddet, kötü ve travmatik yaşam olayları olması nedeni ile ruhsal bozukluklarda risk faktörüdür. Kadının evlilik kararına katılması, aile ve toplum içindeki statüsünün bir göstergesidir. Bu çalışmada, evlilik kararında etkin olmayan kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin tek değişkenli analiz sonuçlarına göre daha fazla olduğu saptanmasına rağmen, lojistik regresyon analizinde bu anlamlılığın ortadan kalktığı görülmüştür.

Bu çalışmada, FSA puanları, sosyal güvencesi olan, eğitim düzeyi yüksek, daha genç yaştaki, kronik hastalığı ve fiziksel özürü olmayan, evlilik kararında etkili, aile içi şiddet öyküsü bulunmayan, hobisi olan ve günlük gazete/kitap okuyan kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Başta kronik hastalıklar olmak üzere hastalık ve özürlülük durumunun ileri yaş ile ilişkili olarak arttığı göz önünde bulundurulduğunda, FSA puanlarının genç ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Fiziksel sağlık alanı puanlarının günlük yaşamdaki işlevsellikle paralel olarak yüksek bulunması çeşitli çalışmalarda da bildirilmiştir (Arslantaş ve ark. 2006, Tokuç ve ark. 2006).

PSA puanları; daha genç yaştaki, sosyal güvencesi olan, eğitim düzeyi yüksek, çalışan, kendi geliri olan, gelir düzeyi yüksek, tek başına yaşamayan, kronik hastalığı olmayan, evlilik kararında etkili, çocuğu olmayan, aile içi şiddet öyküsü bulunmayan, hobisi olan kadınlarda daha yüksek olarak saptanmıştır. PSA, GSA-12 ile güçlü ve negatif anlamlı korelasyonu gösteren alandır. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada (Arslantaş ve ark. 2006) kronik hastalığı olmayan, eğitim düzeyi yüksek, yalnız yaşamayan, daha genç yaştaki bireylerde PSA puanlarının anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Manisa'da gebeler üzerinde yapılmış diğer bir çalışmada (Altıparmak 2006) eğitim ve gelir düzeyi yüksek, sosyal güvencesi olanlarda PSA puanları anlamlı olarak yüksektir. İzmir'de kadınlar üzerinde yapılmış başka bir çalışmada (Karabilgin 2001) genç yaştakilerde, sosyal güvencesi olanlarda ve aile içi şiddet olmayanlarda aynı şekilde yüksek bulunmuştur.

SİA puanları, çalışan, kendi geliri olan, daha genç yaştaki, evlilik kararında etkili, çocuğu olmayan, şiddet öyküsü bulunmayan, hobisi olan kadınlarda daha yüksektir. Sosyal destek ve sosyal ilişki ağı, toplumsal yaşam kalitesinin göstergesidir. Kadının çalışma yaşamına katılması, sosyal çevresini geliştirerek sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. İzmir'de yapılan araştırmada (Karabilgin 2001), SİA puanları incelendiğinde daha genç yaştaki, bekar, çocuksuz, çalışmayan ve sosyal güvencesi olan kadınlarda puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada (Altıparmak 2006) ise eğitim seviyesi ve gelir durumu yüksek olanlarda SİA puanları daha yüksek bulunmuştur. Eskişehir'de Arslantaş ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen araştırmada ise kronik hastalığı olanlarda SİA puanlarının daha düşük bulunduğu belirtilmektedir. SİA puanlarının, sosyal destek ve kişiler arası ilişkileri gelişmiş kadınlarda yüksek bulunması beklenen bir durumdur. Sosyoekonomik düzeyi ve toplumsal statüsü düşük kadınların sosyal ilişkilerde daha fazla zorlanmaları ve sosyal baskıyı daha fazla hissetmeleri SİA puanlarını olumsuz etkilemektedir. Sosyal ilişkiler alanı puanlarının daha düşük çıkmasının kentsel yerleşim bölgesinde daha belirgin olan bireysel yaşama örüntüsü ile bağlantılı olabileceği akla gelmiştir. Ayrıca, bu çalışmada evde bulunan kadınlarla çalışılması bu kadınların sosyal ilişkilerinin daha kısıtlı olması nedeniyle evde olmalarıyla da açıklanabilir. Bu nedenle SİA daha düşük bulunmuş olabilir.

ÇA puanları, daha genç yaştaki, eğitim düzeyi yüksek, çalışan, sosyal güvencesi olan, kendi geliri olan, gelir miktarı yüksek, evlilik kararında etkili, hobisi olan kadınlarda daha

yüksektir. KS puanları dikkate alındığında ise, sosyal güvencesi olan, eğitim düzeyi yüksek, çalışan, daha genç yaştaki, tek başına yaşayan, kendine ait geliri olan, gelir düzeyi yüksek, evlilik kararında etkili, hobisi olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Altıparmak tarafından yapılan araştırmada (2006) eğitim düzeyi yüksek, çalışan, sosyal güvencesi olan, gelir miktarı fazla olan kadınlarda ÇA puanları daha yüksek bulunmuşken; Karabilgin tarafından yapılan araştırmada (2001) genç, bekar, sosyal güvencesi olan kadınlarda yüksek bulunmuştur. Çevre alanı, çalışma, gelir, sosyal güvence bölümlerini içermesi nedeniyle sosyoekonomik durumun göstergesi gibi davrandığı belirlenmiştir. Bunlara ek olarak; eğitime erişim ve boş zamanları değerlendirme gibi bölümleri kapsaması nedeni ile eğitim düzeyi iyi ve hobisi olan kadınların ÇA puanlarının daha yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı, anksiyete ve depresif belirtilerin varlığı ile yaşam kalitesinde bozulma ilişkisindeki neden-sonuç ilişkisinin çalışmanın kesitsel yöntemi nedeni ile tam olarak değerlendirilememesidir. Ancak, çalışmada saptanmış olan ilgili ölçek puanlarının olumsuz yöndeki anlamlı ilişkisinin, nedene yönelik araştırmaların yapılabilmesi için iyi bir başlangıç oluşturduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, GSA-12 kullanarak depresyon ve anksiyete belirtileri saptanması durumunda, kadınlara ileri psikiyatrik değerlendirmesinin yapılmasının önemli olduğu; bu gerçekleştirilirse, yaşam kalitelerinin tüm alanlarda düşüşünün engellenebileceğini düşünülmüştür. Toplumun yaşam kalitesi düzeyinin yükseltilmesinde; kadınların ruhsal bozukluk belirtilerinin fark edilmesi konusunda aydınlatılması; sosyal destek, stresle başa çıkma becerisinin kazandırılması; risk grupları olarak öne çıkan sosyoekonomik düzeyi ve toplumsal statüsü düşük olan ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların ruhsal problemlerinin erken tanı ve tedavisi öncelikli müdahale alanlarıdır.

KAYNAKLAR

Altıparmak S (2006) Gebelerde sosyodemografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6):416-23.

Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y (1999) Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri, 2(4): 173-8.

Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A ve ark. (2006) Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 28(2): 81-9.

Avcı K, Pala K (2004) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(2): 81-5.

Aydemir Ö, Köroğlu E (2006) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 41-2.

Baykan Z, Özkan S, Maral I ve ark. (2001) Ankara ilinde bir ilçe merkezinde 15 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının Genel Sağlık Anketi 12 kullanılarak değerlendirilmesi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, 2: 865-8.

Baum A, Garofalo JP, Yali AM (1999), Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? Ann NY Acad Sci, 896:131-44.

Belek İ (1999) Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler–Antalya'da bir alan araştırması. Turk Psikiyatri Derg, 10(3): 163-72.

Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M ve ark. (2006) Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. Am J Prev Med, 30(6):458-66.

Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP ve ark. (2007) Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. J Women Health, 16(7):987-7.

Brundtland GH (2000) Mental Health in the 21st Century. Bulletin of the World Health Organization, 78(4): 411.

Buzlu S, Bostancı N, Özbaş N ve ark. (2006), İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların Genel Sağlık Anketi'ne göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. STED, 15: 134-8.

Erol N, Şimşek Z (1998) Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik Alanları ve Duygusal Sorunların Dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (Ed), Ankara. Eksen Tanıtım Ltd. Şti, s. 25-75.

Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi (3P), 7(Ek 2) : 5-13.

Fellinger J, Holzinger D, Dobner U ve ark. (2005) Mental distress and quality of life in a deaf population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40(9):737-42.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. 3P Dergisi, 7 (Ek 2): 5-13.

Furlong M, Connor JP (2007) The measurement of disability-related stress in wheelchair users.Arch Phys Med Rehabil, 88(10):1260-7.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. (2001) Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi, Turk Psikiyatri Derg, 12(2): 89-98.

Karabilgin ÖS (2001) Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve WHOQOL-BREF ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi.

Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg, 7:3-11.

Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (Ed). Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti, s. 77-94.

Küey L, Güleç C (1989) Depression in Turkey in 1980's: Epidemiological and clinical approaches. Clinic Neuropharmacol, 12 (Suppl. 27): 1-12.

Lwanga SK, Lemeshow S (1991) Sample Size Determination in Health Studies: A practical Manual. Geneva, WHO.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M ve ark. (2006) Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. Lancet, 367(9524):1747-57.

Noble RE (2005) Depression in women. Metabolism, 54(5 Suppl 1):49-52.

Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D ve ark. (2004) Yüksek riskli gebelerde psikiyatrik morbidite. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 67(4): 210-7.

Patel V, Todd C, Winston M ve ark. (1997) Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: Associations and risk factors. Br J Psychiatry, 171: 60-4.

Pirkola S, Saarni S, Suvisaari J ve ark. (2009) General health and quality-of-life measures in active, recent and comorbid mental disorders: a population-based health 2000 study. Compr Psychiatry, 50(2):108-14.

Prince M, Patel V, Saxena S ve ark. (2007) No health without mental health. The Lancet, 370: 859-76.

Serrano-Aguilar P, Ramallo-Fariña Y, Trujillo-Martín Mdel M ve ark. (2009) The relationship among mental health status (GHQ-12), health related quality of life (EQ-5D) and health-state utilities in a general population. Epidemiol Psichiatr Soc, 18(3):229-39.

Şahin B (1999) Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık ve Toplum, 9(3):3-11.

Şimşek Z, Ak D, Altındağ A ve ark. (2007) Şanlıurfa Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaşları arasındaki evli kadınlarda ruhsal bozukluk prevalansı ve ilişkili faktörler. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, s: 415-6.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2001) Sağlık 21, Herkese Sağlık Türkiye'nin Sağlık Hedef ve Stratejileri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, s:70-1.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yükü Final Raporu. T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara.

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

Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ ve ark. (2006) Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD), 3(4): 281-7.

WHO (2001) The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope.

WHO (2008) Mental Health Fact Sheet No:218: Mental health problems: The undefined and hidden burden, 04 Şubat 2008'de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en/index.html adresinden indirildi.

WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization HOQOL-Bref quality of life assessment. Psychol Med, 28:551-9.

Yazıcı K, Şenel T, Biçer A ve ark. (2003) Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. Klinik Psikiyatri, 6: 95-101.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ
RUH HEKİMLERİNİN İLGİ ve DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Dernekleri Federasyonu
Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler-Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizderfed@yahoo.com.tr

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği
Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler -Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizofrenihyd@yahoo.com

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği
Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği
Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği
Yenimahalle, KOCAELİ
Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği
1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR
Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği
Ferhuniye Cad., No:1, KONYA
Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği
Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)
Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA
Tel: 0312 432 57 87 • Faks: 0312 475 62 98

Şizofreni ve Benzeri Bozukluklar Dayanışma Derneği
Tel: 0532 283 25 85 • Tel: 0224 452 66 66, Bursa