

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-49 YAŞ KADINLARDA ÇALIŞMA DURUMUNUN YALNIZLIK VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Muhammed Ali ÖZİLBAN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Güzin Zeren ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

KISALTMALAR ii

TABLO LİSTESİ iii

GRAFİK LİSTESİ vi

ÖZET vii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1 Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığını Etkileyen Risk Faktörleri 3

2.2 Cinsiyet ve Sağlık…..... 7

2.3. Kadın ve Erkek Arasında Farklılıklar 8

2.4. Kadın Sağlığı 10

2.5.1. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı…..... 11

2.5.2. Şiddetin Getirdiği Psikolojik Hastalıklar 14

2.6. Ülkemizdeki Kadın İstatistikleri 15

2.7.Çalişan Kadınların Sağlık Sorunları 19

2.8. Depresyon 20

2.9. Kadınlarda Depresyon 25

2.10. Yalnızlık… 29

3. GEREÇ VE YÖNTEM 32

3.1. Etik Kurul İzni 32

3.2. Çalışmanın Özellikleri 32

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 32

3.4. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 32

3.5. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu 33

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi 34

4. BULGULAR 35

5. TARTIŞMA 61

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 73

KAYNAKLAR 74

EKLER 78

TEŞEKKÜR

Başta kliniğimizin manevi annesi olan; insan ilişkileri ve enerjisiyle eğitim ve sosyal hayatta her zaman desteğini gördüğüm, gerek sosyal yaşantıda gerek hekim olarak her zaman kendime örnek aldığım ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum hocam, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Dilek Toprak'a,

Engin klinik bilgi ve tecrübelerinden kısa zamanda çokça faydalandığım, mesleki açıdan bakış açımın, bilgi ve tecrübelerimin gelişiminde önemli katkılarının olduğunu her zaman hissettiğim, her derdimizde yardımımıza koşan kliniğimizin 'Güzin ablası' tez danışmanım saygıdeğer hocam Uzm.Dr. Güzin Zeren ÖZTÜRK 'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve eğitimime katkıda bulunan tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma,

3 yıllık eğitimimi birlikte geçirmiş olduğum, kendileriyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, bu süreçte yaşanan zorlukları birlikte göğüslediğimiz, asistanlık yaşamımızı birlikte paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşire, sağlık memuru, sekreter ve tüm hastane personeline,

Her anımda yanımda olan ve manevi anlamda büyük destek veren aileme, hayatımda biriktirdiğim güzel dostlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Dr. Muhammed Ali ÖZİLBAN

KISALTMALAR

AH: Aile Hekimliği

APB: Amerikan Psikiyatri Birliği

B.B.S.K: Birinci Basamak Sağlık Kurumu

BDE: BECK Depresyon Envanteri

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NHS: İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri

PRİME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders

SPSS: Statistical Programme for Social Sciences

SS: Standart Sapma

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

UCLA: Developing a measure of Loneliness

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Duygu durum Bozukluklarında Yaşam Boyu Prevalans 4

Tablo 2: Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının Nedenlerinin Dağılımı… 7

Tablo 3: Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler Dağılımı..... 18

Tablo 4: :Beraberinde Depresyon Görülebilecek Hastalıklar Dağılımı 21

Tablo 5: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri..... 35

Tablo 6 :Katılımcıların Demografik Özellikleri..... 36

Tablo 7: Yaşa göre Depresyon Belirtileri Açısından ROC analizi.....47

Tablo 8: Beck Depresyon Ölçeği Skorunun Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi….. 48

Tablo 9: Katılımcıların Yaş Durumunun Depresif Belirti Durumlarla İlişkisi… 48

Tablo 10: Katılımcıların Yaş Durumunun BECK Skoru Durumlarla İlişkisi… 48

Tablo 11: Katılımcıların Meslek Durumlarnın BECK Skoru Durumlarla İlişkisi……49

Tablo 12: Katılımcıların Depresyon Belirtilerinin Demogratif Durumlarla İlişkisi… 50

Tablo13: Katılımcıların Depresyon Belirti Durumlarının Mesleklere göre İlişkisi 51

Tablo 14: Sosyo-demografik Özelliklerine göre Sınıflandırılan Katılımcıların UCLA Yalnızlık Envanteri Toplam Skorlarının Karşılaştırılması…..... 53

Tablo 15: Katılımcıların UCLA Yalnzlk Envanteri ile Meslek Durumu İlişkisi… 54

Tablo 16: Çalışan ve Çalışmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre Karşılaştırılması 57

Tablo 17: Katılımcıların Çalışma Durumunun Demogratif Durumlarla İlişkisi……58

Tablo 18: Çalışan ve Çalışmayan Katılımcıların Depresyon ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkileri... 61

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Özürlülükle Yaşam Yılı Kaybettiren ilk 20 Neden İçinde Psikiyatrik Hastalıkların Oranı 3

Şekil 2: Yaşam Boyunca Oluşan Ruhsal Bozukluklar Risk Faktörleri 5

Şekil 3: Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Cinsiyeti Nedeniyle Yaşamları Boyunca Karşılaştığı Riskler 10

Şekil 4: Kadınlarda Medeni Duruma Göre Fiziksel Şiddet Yaygınlığı….13

Şekil 5: Kadınlarda Eğitim Durumuna Göre Fiziksel Şiddet Yaygınlığı..14

Şekil 6: Kentsel Yerlerde Eğitime Göre İşgücüne Katılım 17

Şekil 7: Türkiye'de İstihdam Edilenlerin İşteki Durumları…..... 18

Grafik 1: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Durumları 37

Grafik 2: Katılımcıların Eğitim Durumları.....38

Grafik 3: Katılımcıların Medeni Durumları 38

Grafik 4: Katılımcıların Meslek Durumları.....39

Grafik 5: Katılımcıların Meslek Grupları Dağılımı.....39

Grafik 6: Katılımcıların Sigara İçme Durumları 40

Grafik 7: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumları.....41

Grafik 8: Katılımcıların Evde Kalan Kişi Sayısı Durumları 42

Grafik 9: Katılımcıların Aile Yapısı Dağılımı.....42

Grafik 10: Katılımcıların Çocuk Sayısı Dağılımları 43

Grafik 11: Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımları…… 44

Grafik 12: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Durumları 44

Grafik 13: Katılımcıların Menopoz Durumları 45

Grafik 14: Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları.....45

Grafik 15: Katılımcıların Depresyon Durumları 46

Grafik 16: Katılımcıların Çalışma Durumları 56

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı 18-49 yaş kadınların kadınlarda yalnızlık ve depresyonun yaygınlığını belirlemek; sosyo-demografik özellikler ve risk faktörleri ile ilişkisini değerlendirmek ve çalışma durumunun yalnızlık ve depresyon üzerine etkisini gözlemlemektir.

Yöntem: Çalışmamız etik onayı alındıktan sonra, 03.04.2017- 03.07.2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Uygulama Hastanesi 'ne herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş kadınlar kişiler oluşturdu. Çalışmamız tek merkezli, prospektif, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Anket Ucla Yalnızlık envanteri ve Beck depresyon envanteri(BDE) ile birlikte sosyo-demografik özellikleri, bilgi, tutum ve davranış düzeylerinden oluşan 50 soru soruldu. Sayısal verileri içeren soruların analizinde ortalama ve standart sapma, frekans ve oran değerleri, nitel verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Bağımsız gruplarda t-testi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamız kriterleri karşılayan toplam 300 olgu ile yapıldı. tüm katılımcıların yaşları ortalaması 30,80±7,42, Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların en çok 103 ile (% 34,3) ilköğretim mezunu idi. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, n= 94 'ü (%31,3) bekardı. Katılımcıların 186'sı (%62) hiç sigara içmemiş, 78'inde (%26,6) alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Katılımcılar çalışma durumuna göre iki gruba ayrıldı.143 çalışmayan,157 çalışan kadın bu iki grubu oluşturdu. Katılımcıların meslek dağılımlarına bakıldığında %16,0'sinin (n=48 kişi) satış temsilcisi, %16'inin (n=47 kişi) sağlık hizmetleri, %14,7' sinin (n=44 kişi) üretim sektörü, %12 (n=36) eğitim sektöründe olduğu görüldü. Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları 27,55+7,53;çalışmayanların 24,81+6,53 idi. Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları arasında istatistiki anlamlılık vardı($p<0,001$). Çalışan katılımcıların yalnızlık düzeyleri daha yüksekti. Çalışan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği skorları ise 7,22+4,80;çalışmayanların 6,38+4,69 idi. Çalışan katılımcılarla çalışmayanlar arasında Beck Depresyon Ölçeği skoru açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,59$).

Sonuç

Çalışan kadınlarda yalnızlık daha fazla bulunmuştur. Zaman içinde yalnızlık hissi bireyi ruhsal problemlere itebilir. Çalışan kadınların depresyon puanları çalışmayanlara göre fazla

olmakla birlikte çalışmanın direkt depresyon üzerine etkisi bulunamamıştır.Ancak çalışan bireylerde depresyonun taranması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: BECK depresyon envanteri, UCLA yalnızlık envanteri ,kadın statüsü,çalışma durumu,depresyon

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was 18-49 years the prevalence of depression and loneliness among women women determine; socio-demographic characteristics and risk factors to assess the relationship and work with the State of loneliness and depression is to observe the effects. **Methods**: Our study after approval by the ethics, 03.04.2017-03.07.2017 University of health sciences between Şişli Hamidiye Etfal Hospital ' what if for any reason the applicant 18-49 age women are people. Our study single-centered, a prospective, cross-sectional, descriptive and analytical. Beck Depression inventory and the Ucla Loneliness inventory survey (BDE) in conjunction with socio-demographic characteristics, knowledge, attitudes and behavior level consisting of 50 questions were asked. Contains the numeric data in the analysis of the mean and standard deviation of the questions, frequency and rate values, qualitative analysis of Chi-square test data. Independent groups t-test and Mann-Whitney U tests. Results: In Our Study.

Results: in our study was made with a total of 300 cases that meet the criteria. the average age of all respondents 30,80 ± 7,42, level of education, with most of the participants examined 103 (34.3%) were primary school graduates. When looking at marital status of respondents, n = 94 (31.3%) single. Participants from 186 (62%) have never smoked, 78 (26.6%) had a history of alcohol abuse. Participants were divided into two groups according to the study. 143 not working, 157 women these two. When looking at the occupational distribution of participants ' 16.0% (n = 48) sales representative, then work your way down to 16% (n = 47)

medical services, 14.7% (n = 44 person) manufacturing sector, 12% (n = 36) was seen in the education sector.

The total scores of the participants running UCLA 27,55 + 7.53; right 24,81 + 6,53. Among the total scores of the participants running UCLA had statistical significance ($p < 0.001$). Higher levels of loneliness employee participants. Beck Depression Scale scores of participants running is 7,22 + 4.80; right 6.38 + 4,69. Beck Depression Scale score between those with participants working in terms of a significant relationship was found ($p = 0.59$).

The result was found in women Working for more solitude. Over time, the feeling of individual mental problems alone can push to. Working women care for depression scores, although the effect of direct depression of the work could not be found. But running scanning of depression in individuals.

Key words: Beck Depression inventory, inventory of the UCLA loneliness, women status, employment status, depression

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için bir haktır. Kişinin kendi ihtiyaçları ile çevresi arasında uyumlu ilişkiler kurması ve sürdürmesi ise ancak sağlıklı bir benlik kavramıyla mümkündür.

Sağlık, değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSO) sağlığı, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanımlama çağdaş sağlık anlayışının ruh sağlığına verdiği önemi gösterir (1).
Dünya Sağlık Örgütü 1996 yılında ayrıca bir mental sağlık tanımı yapmıştır. Bu tanıma göre:"mental sağlık kişilerin kendilerini veya yeteneklerini gerçekledikleri, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olacak şekilde çalıştıkları ve toplumlarıyla katkılı bir birliktelik içinde olabildikleri durumdur."

Depresyon, yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanıların başında yer almaktadır(2).

Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişmektedir (Noble 2005). Kadınlarda depresif bozukluklar, depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon prevalansları erkeklere göre daha yüksek oranlarda bulunmaktadır.
Bugun Türkiye nüfusunun %25'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (3**).**Bu kadınlar giderek artan düzeyde ruhsal sorunlarla karsı karsıya kalmakta ve bu durum kadınların yaşama bakış açılarını olumsuz yönde değiştirmektedir. Kadınlarda depresif bozukluklar, depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon prevalansları erkeklere göre daha yüksek oranlarda bulunmaktadır (4). Kadın olmak, akut zorlu yaşantılarla mücadeleyi ve kronik sosyal zorlukları birlikte getirir. 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(5). Risk faktörleri açısından kadınların o dönemde yaşadığı bir takım zorluklar ve sosyal statüde, bir iş ve ekonomik kaybı

olup olmadığı, boşanmalar ya da eş kayıpları, emeklilikler, işten çıkarılma gibi durumlar dikkate alınmalıdır. Cinsel problemler, hamilelik ya da postpartum dönemlerde bulunması, premenstrüel ve premenapoz dönemlerinin değerlendirilmesi de önemlidir(6).
Kadınları etkileyen diğer bir risk faktörü de yalnızlıktır. Uzun süre yaşanan yalnızlık, depresyonu tetiklemektedir. Diğer taraftan kişi depresyondayken arkadaşlarından, ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmakta, böylece, yalnızlığı ve depresyonu gittikçe artan bir kısır döngüye dönüşmektedir (7). Yalnızlık; bireyin sağlığını etkileyen olumsuz biyolojik stresörleri tetikleyen psikolojik bir süreçtir. Yakın tarihte yapılmış bir klinik derlemede yalnızlık prevelansının %15-30 arasında değişen sayılarla ifade edildiği belirtilmiştir.

Yalnız olan kadınların yaşamı sürdürmek için daha az neden belirttiği, daha fazla intihar olasılığı ifade ettiği, daha umutsuz ve yalnız oldukları belirtilmektedir (8).

İş ve günlük hayatın yoğunluğu kadının ruhsal durumunda etkili olduğu aşikardır.

Bu çalışmanın amacı; 18-49 yaş kadınların kadınlarda yalnızlık ve depresyonun yaygınlığını belirlemek; sosyo-demografik özellikler ve risk faktörleri ile ilişkisini değerlendirmek ve çalışma durumunun yalnızlık ve depresyon üzerine etkisini gözlemlemektir.

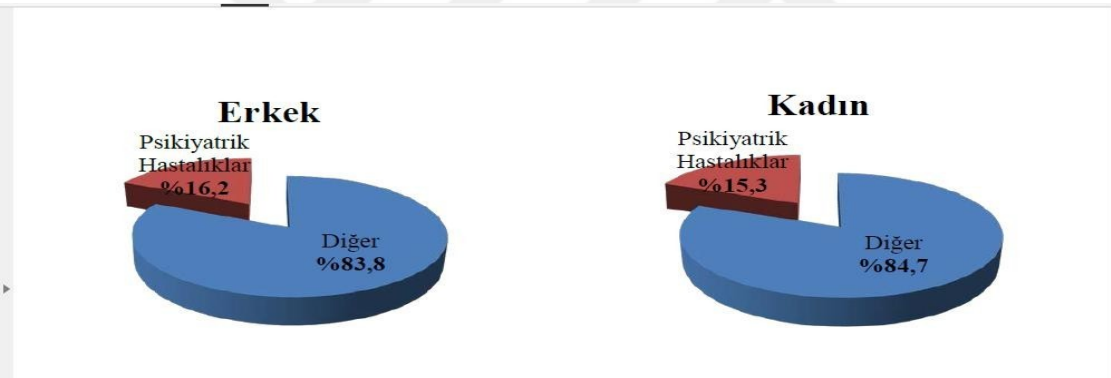
2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ruh(mental) sağlığı ve ruh sağlığını etkileyen risk faktörleri

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için bir haktır. Kişinin kendi ihtiyaçları ile çevresi arasında uyumlu ilişkiler kurması ve sürdürmesi ise ancak sağlıklı bir benlik kavramıyla mümkündür.
Bir kişinin veya toplumun sağlık düzeyini belirleyen, kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan biyolojik ve fizik çevre faktörlerini artıran veya bunların etkisini artıran sosyal ve ekonomik etkenlerdir. Bir kimsenin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değildir. Kişinin hastalığı ailesinden başlayarak bütün toplumun sorunudur.

Sağlık sadece bedensel hastalık ve sakatlık olmaması anlamına gelmez. Sağlık fiziksel sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olup Ruhsal (mental) hastalıklarda en az bedensel hastalıklar kadar önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü 1996 yılında ayrıca bir mental sağlık tanımı yapmıştır. Bu tanıma göre: “mental sağlık kişilerin kendilerini veya yeteneklerini gerçekledikleri, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olacak şekilde çalıştıkları ve toplumlarıyla katkılı bir birliktelik içinde olabildikleri durumdur.”

ABD nüfusunun yaklaşık %26’sına tekabül eden 44 milyon Amerikalı herhangi bir sene içinde mental sağlık sorunuyla karşı karşıyadır(9). Bu mental sağlık sorunlarının diyabet veya kanserden daha fazla oranda (sırasıyla yetişkin nüfusun % 6. 6 ve %7 si 2002 yılında) obeziteyle ise nerdeyse başa baş orandadır (30 yaş üstü nüfusun %30’u 2000 yılında)(10). Bu durum mental sağlığın neden artan bir biçimde halk sağlığının ilgi alanına girdiğini bize gösterir.



ŞEKİL1:Özürlülükle Yaşam Yılı Kaybettiren ilk 20 neden içinde Psikiyatrik Hastalıkların oranı (11).

Mental hastalıklar 21. Yüzyılın başlarında sağlık göstergelerinde en önemli başlıklardan biri olmuştur. Türkiye’de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolayında göstermektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre 18 yas üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17,2’dir.(12). Bunu en çok %10-12 oranında anksiyete bozuklukları ve depresyon oluşturmaktadır ve kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranının erkeklerden iki kat daha fazladır. Eğitim, medeni durum gibi değişkenler ruhsal hastalık yaygınlığını etkilemektedir.

TABLO 1: Duygu durum Bozukluklarında Yaşam Boyu Prevalans (13).

Depresif bozukluklar	
Majör depresyon	%10-25 kadında %5-12 erkekte
Çifte depresyon	%25 major depresyon içinde
Distimik bozukluk	%6

Tüm bunlara karşın dünyamızın büyük bir kısmında mental sağlık ve mental rahatsızlıkları fiziksel sağlık kadar önemli görülmemektedir. Hatta daha da kötüsü çok büyük oranda görmezlikten gelinmekte ve ihmal edilmektedir. Bu tutumun sonucu olarak kısmen de olsa dünya mental rahatsızlıkların artan yükünden ötürü gittikçe artan bir tedavi eksikliği içindedir. Günümüzde dünyada 450 milyon kişi mental veya davranışsal rahatsızlıklardan ötürü zarar görmektedir. Bunların çok az bir kısmı temel tedavilere ulaşabilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde depresyon, demans, şizofreni ve madde bağımlılığı gibi ciddi mental rahatsızlıkları olan bireylerin büyük bir kısmının bu rahatsızlıkları ağırlıklı olarak kendi özel hastalıkları olarak kabul edilmekte ve bu kişiler sorunlarıyla kendileri baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu hastalardan birçoğu hastalıklarından dolayı kurban olarak görülüp, utancın ve ayrımcılığın da hedefi olmuşlardır.

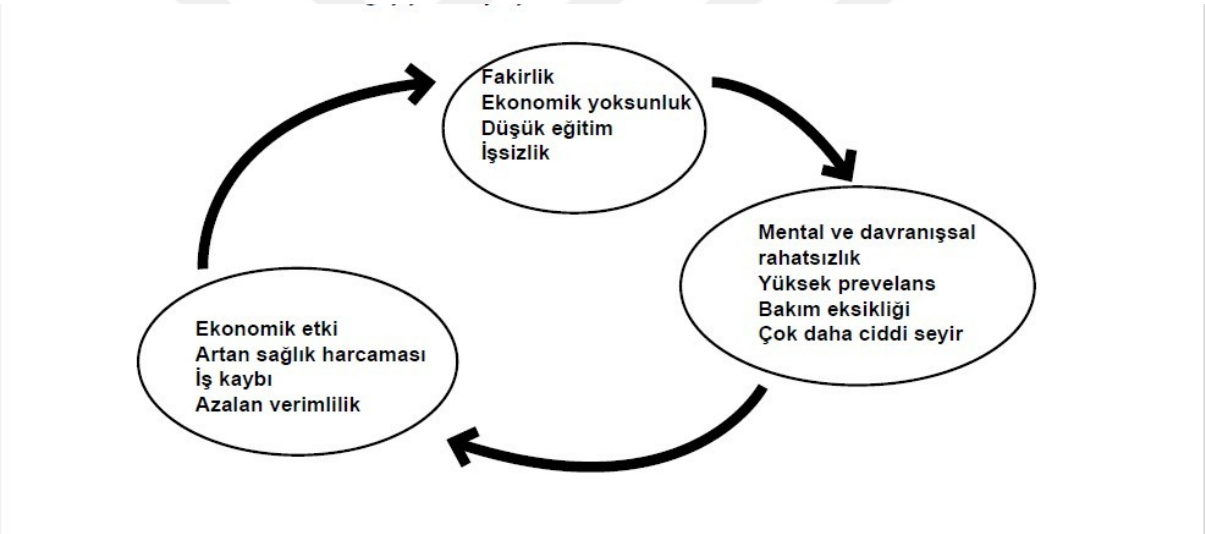
Mental ve davranışsal rahatsızlıklar Dünya ölçeğinde yeti yitimine neden olan en önemli 10 hastalığı 4'ünün sebebidirler(14). Bu sürekli büyüyen hastalık yükü miktarı sefalete, yeti yitimine ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Küresel hastalık yükünün %12'sini oluşturmaktadır. Buna karşın ülkelerin büyük bir kısmında sağlık harcamalarından bu hastalıklara ayrılan pay %1 civarındadır. Hastalık yükü ve hastalığa özel harcama ilişkisi açık bir şekilde orantısızlık içindedir. Ülkelerin %40'ı cari bir mental sağlık politikasına %30 kadarı ise mental sağlık programına sahip değildir.

Çocukları ve ergenleri de kapsayan bir mental sağlık politikası olan ülkelerin oranı ne yazık ki % 10 civarındadır. Yeni geliştirilen sağlık programlarında da sıklıkla mental ve davranışsal rahatsızlıklar öbür hastalıklar ölçüsünde kapsanmamaktadır. Bu durumda hastalar ve aileleri için ekonomik zorluklara neden olmaktadır. Mental hastalıklar çoğunlukla tek bir faktörün

neden olduğu durumlar değildir. Bu hastalıklar çoğunlukla biyolojik, fizyolojik ve sosyal faktörlerin kesişim kümesinde ortaya çıkarlar. Bu faktörlerden halk sağlığı disiplinini en çok ilgilendireni sosyal faktörlerdir.

Sosyal faktörlerin en önemlileri fakirlik, şehirleşme ve teknolojik değişimler olarak sıralanabilir. Şehirleşme özellikle kalabalık ortam, kirlenmiş bir çevre, fakirlik, serbest piyasa ekonomisine aşırı bağımlılık, had derecede şiddet ve yalnızlaşma gibi nedenlerle strese neden olabilir.

Yalnızlaşma ve yalnızlık hissi ruhsal bozukluklara neden olurken ruhsal bozuklukları olan biride hastalığı nedeniyle toplum tarafından yada kendi durumu nedeniyle izole olmakta buda yalnızlığı ve getirdiği olumsuz duyguları artırmaktadır.



ŞEKİL2: Yaşam Boyunca Oluşan Ruhsal Bozukluklar Risk Faktörleri (15).

Fakirlik ve mental sağlık arasındaki ilişki kompleks ve çok boyutlu bir ilişkidir. Fakirlik ile hastalıklar arasında bir kısır döngü vardır. İnsanlar fakirleştikçe hastalıklara yatkınlaşırlar bu son durumda onların daha fazla fakirleşmesine neden olabilir. Fakirlik sorunu sadece azgelişmişlik sorunu değildir aynı zamanda kaynakların adil dağıtımıyla da tam bir ilişki içindedir. Mental ve davranışsal rahatsızlıklara neden olan faktörlerin yaş gruplarına göre

dağılımında bazı durumların ağırlığı daha fazladır. bu nedenle yaşa grubuna göre faktörleri dikkate almak gerekir.

Yetişkinlerde

Alkol ve madde kullanımı

Kadınlarda fertilite ve gebelikle ilişkili durumlar

Ebeveynlik, özellikle tek başına, fakirlik

İstismar, kadınlara karşı fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet

Meslekle ilgili stresler; işsizlik

Yaşlanmadan korkma, menapoz

Üreme fonksiyonlarının ve virilitenin kaybı

İş ve statü kaybı, kendine güvenin kaybı ile ruhsal hastalıklar arasında ilişki saptanmıştır.

Burdan şu sonucu çıkarabiliriz: Çalışma hayatındaki olumsuzluklar ile ruhsal bozukluklar arasında iki yönlü ilişki mevcuttur. Ruhsal bozukluklar iş hayatını olumsuz etkilerken, iş hayatındaki olumsuzluklarda ruhsal durumu olumsuz etkiler.

Mental hastalıkların diğer bazı hastalıklarla beraber görülmektedir.

Majör depresyon tanısı konan kişilerin %36'sı değişik tipte başka tıbbi rahatsızlıklara da sahipken aynı şekilde kronik ağrısı olan hastaların %30-54 ü major depresyon episodları da vardır Bazı yayınlara göre Depresyon iskemik kalp hastalığı için bağımsız güçlü bir risk faktörüdür(15). Depresyon kardiyovasküler hastalarda tanılanmadan kalabilir ve hastalar tedavi edilmeyebilir (çoğunlukla %75 oranında) doğru tanılanan ve uygun tedavi alan hastalar ise geri kalan %25'in yarısı kadardır. Ölümcül kardiyak durumların riski direkt olarak depresyon ciddiliğiyle ilişkilidir.

Benzer şekilde diyabet hastaları diyabetik olmayanlara göre 2 veya 3 kat daha fazla oranda depresyona meyillidir. Bipolar affektif tanısı olan hastalar ise geri kalan %25'in yarısı kadardır(16).

Diyabet ve depresyonu olan hastalar depresyon relapslarını daha sık yaşarlar, daha fazla diyabetle ilgili komplikasyonlara uğrarlar ve depresyonu olan diyabetiklerin tedavi masrafları pür diyabetiklere göre oldukça fazladır.

Buradan da anlaşıldığı gibi ruhsal hastalıklar bedensel hastalıklara eşlik etme oranı çok yüksektir. Bu nedenle kişilerin ruhsal sağlığı ve bedensel sağlığı ile bir bütün olarak değerlendirilmesinin önemi büyüktür.

2.2 Cinsiyet ve sağlık

Kadın ve erkek birbirine denk, ancak yapısal, biyolojik, duygusal ve düşünsel anlamda birbirinden farklı, aynı zamanda birbirini tamamlayan, insan toplumunun iki ana öğesidir. İnsan türünün iki cinsi arasında geçmişten günümüze dek, insan toplumlarının bir türlü karar veremediği önemli bir konu olan iki cinsin toplumsal düzen ve yaşamda eşit olması tartışması hep süregelmiştir. Günümüzde bile kadın kimliğinin nereye oturtulması konusunda önemli tartışmalar boyut değiştirerek devam etmektedir.

Kadın ve erkeğin "eşit olması" kavram ve düşüncesi insanlık tarihi boyunca hep değişkenlik göstermiş ve daha da ötesi kadın aleyhine bozularak erkek egemen bir toplum yaratılmaya çalışılmıştır. İlk çağlarda, kendine benzer bir canlıyı doğuran kadının "***Tanrı'sal"***bir yeteneğe sahip olduğu düşüncesi kabul görmüştür (17). Ancak ilerleyen zamanlarda, farklı toplumlarda kadının insan olup olmadığı bile tartışılmış, kadının cinsel kimliği kapatılmaya çalışılmıştır.

Bilimsel kaynaklarda, Homo Sapiens insan türünün 30.000 yıl önce yaşadığı kabul edildiğine göre, bunun 20.000 yılı anaerkil, son10.000 yılı ataerkil düzende olduğu kabul edilmektedir. Evlilik kurumu dikkate alındığında, insanlık tarihi süreci içinde kadın hakları ve eşitliği hep gerileme eğilimi göstermiştir. Dinsel düşünce ve öğelerin eklenmesi ile kadının ikinci plana itilmesi daha da artmıştır. Bu artış eğilimi 21.yy da bile giderek artan bir ölçüde sürmekte olup ilk insanın kadına bakışı, belki bu gün bile özlenen bir bakış olarak karşımıza çıkmaktadır (18).

Kalp hastalıkları erkeklere göre en az 10 yıl daha ileri yaşta oluşurken, oto-immun hastalıklar ve DM erkeklerden 2 .7 kez kadınlarda daha fazla görülür. Kadınlarda intihar girişimi, depressif hastalıklar ve anksiyete erkeklerden daha sık görülür. Kadınlar erkeklerin aksine gebelik dışında daha çok ev ve iş kazalarında yaralanır yada ölürler.

Tablo 2: Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının (YLD) İlk 20 Nedeninin Dağılımı (2004)(19).

ERKEK			KADIN		
HASTALIK	**YLD**	**%**	**HASTALIK**	**YLD**	**%**
Osteoartrit	166.494	7,3	***Unipolar Depresif Bozukluklar***	***276.576***	***10,7***
Unipolar Depresif Bozukluklar	***146.608***	***6,4***	Demir Eksikliği Anemisi	180.828	7,0
Alkol Kullanım Bozuklukları	***99.351***	***4,4***	Osteoartrit	150.154	5,8
Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	97.714	4,3	KOAH	98.271	3,8
Serebrovasküler Hastalıklar	72.827	3,2	Maternal Durumlar	95.882	3,7
KOAH	71.552	3,1	Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	86.978	3,4
Perinatal Nedenler	66.15	2,9	Perinatal Nedenler	70.34	2,7
Demir Eksikliği	56.206	2,5	Romatoid Artrit	68.912	2,7
Sizofreni	***55.945***	***2,5***	Serebrovasküler Hastalıklar	64.495	2,5
Diabetes Mellitus	52.888	2,3	Migren	59.451	2,3
Konjenital Anomaliler	50.424	2,2	***Sizofreni***	***54.878***	***2,1***
Astım	46.023	2,0	Diabetes Mellitus	52.751	2,0
Inflamatuar Kalp Hastalıkları	41.827	1,8	İyot Eksikliği	47.944	1,9
Şiddet	***35.475***	***1,6***	Alzheimer ve Diğer Demanslar	45.216	1,8
Alzheimer ve Diğer Demanslar	34.473	1,5	Konjenital Anomaliler	43.847	1,7
İskemik Kalp Hastalığı	33.19	1,5	Astım	38.017	1,5
Bipolar Affektif Bozukluklar	***29.445***	***1,3***	***Bipolar Affektif Bozukluklar***	***34.111***	***1,3***
İlaç Kullanım Bozukluğu	28.4	1,2	İskemik Kalp Hastalığı	32.562	1,3
Epilepsi	27.481	1,2	***Panik Bozukluklar***	***30.116***	***1,2***
Migren	27.357	1,2	Düşmeler	27.796	1,1
Diğer Sebepler		45,6	Diğer Sebepler		39,5
TOPLAM	2.278.407	100	**TOPLAM**	2.582.768	100

Kısaca sayabildiğimiz bu farklılıklar bile kadın sağlığında alınacak tedbirlerin erkeklerden farklı olması gerektiğini ortaya koymaktadır(20).

2.3. Kadın ve erkek arasında farklılıklar

Kadın ve erkek arasında elbette ki çok önemli biyolojik, davranış, psikolojik farklılıklar vardır. Kadınlar daha iyi duyar, koku ve tad alır, karanlıkta daha iyi görür, dokunma duyuları çok gelişmiştir ve duyumladığı şeyler onun için daha büyük anlam ve önem taşır. Sözel yetenekte, bellekte, duygularını gizlemekte, şefkat, sabır ve düzenlilikte erkeklerden daha iyidirler.

Bedensel olarak farklılıklardan söz edecek olursak erkekler ve kızların arasındaki fiziksel farklılıklar üzerinde de çok sayıda araştırma yapılmıştır. Erkeklerin güç ve fiziksel aktiviteye dayalı üstünlüğü pek çok araştırmayla ortaya koyulmuştur. Bu konuda yapılmış iki çalışmaya işaret etmek yeterli olacaktır. Araştırmalar kilo ve boy gibi en belirgin iki özelliğin doğumda cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına da bakmıştır. Bulgular, erkeklerin doğumda

kızlara hem kilo hem de boy açısından istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazla olduğunu ortaya koymuştur(Kavak ve ark,1994). Taşkınöz ve ark. 2011 yılında yaptığı çalışmasında 9-10 ve 11 yaşlarındaki 244 kız ve erkek öğrencinin fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda erkek çocukların Maks VO2, el kavrama kuvveti ve anaerobik güç performanslarının kız öğrencilerden daha yüksek, esneklik ve vücut yağ oranının da kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur(21).

Dünyanın her yerinde genel olarak kadın ömrü erkek ömründen uzundur. ömründen uzundur. Çevresel faktörlerden etkilenme açısından kadın erkeğe oranla daha açıktır. Örneğin Savaşlarda ve çatışmalarda en çok kadınlar ve çocuklar zarar görmektedirler. Bir diğer örnek şiddet açısından kadınlar erkeklere nazaran daha risk altındadır. Zaman içinde şiddet bireylerde özgüven eksikliği yaratmaktadır. Kadınlarda Özgüven eksikliği, kadının kendine olan saygısını azaltır, kendisinin yetersiz hissetmesine sebep olur. Düşüncelerini bastırılan ve duygularını ifade edemeyen kişilerde, beynin bir müddet sonra stres hormonu salgılar. Şiddet uygulayan erkeklerin çoğunda özgüven eksikliği vardır. Bu tip otoriter görünme ihtiyacındandır ve kendilerini ancak, şiddet uygulayarak ifade ederler, denetimi yitirecekleri korkusu ile şiddete başvururlar(22).

İntihar davranışı ve intihar için başvurulan yollar literatürde cinsiyete dayalı olarak incelenmiştir. Alptekin ve ark.(2002) 1974-1999 yılları arasında Türkiye'de erkek ve kadınlar arasında görülen intihar oranlarını karşılaştırmıştır. Araştırmanın bulgularına göre kadınların intihar girimimi erkeklere göre daha fazla; erkeklerin ise tamamlanmış intihar girişimi kadınlara göre daha fazladır. Alptekin bu sonucun, dünyanın diğer ülkelerinde yapılan araştırma sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiğini ifade etmektedir.

Aynı şekilde Yaşam süresince ortaya çıkan üreme sistemi ile ilgili hastalıklarının kadına olan yükü daima erkeklerden fazladır(23).

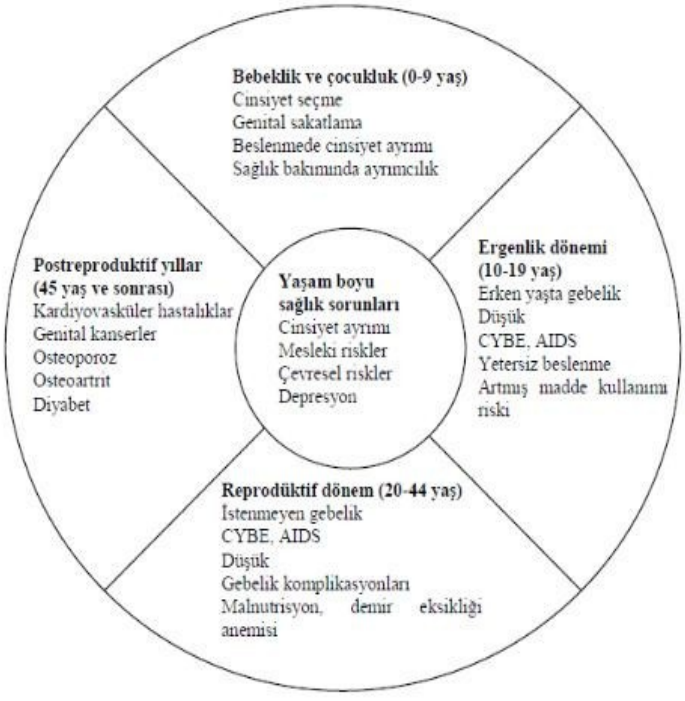
Bunlar bir çırpıda söylenebilecek toplumsal yapıyı önemli derecede etkileyen farklılıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle bireylerin cinsiyet farklılıkları gözeterek de değerlendirilmesi önemlidir.

2.4. Kadın sağlığı

Cinsiyetlerinden dolayı kadınlar şiddete, ayrımcılığa, çeşitli hastalıklara ve psikososyal sorunlara daha fazla maruz kalmaktadır.

Menstrual sorunlar, gebelik, doğum ve ailenin diğer bireylerin bakımını üstlenme gibi durumlar kadının stres faktörlerini arttırmaktadır. İş hayatına kadınlar erkeklere oranla daha az katılmakta ve daha az kazanmaktadırlar.

Yaşlanmaya bağlı sorunlar kadınlar için hem bedensel hem de psikososyal açıdan zorlayıcı olmaktadır. Toplumsal ve kültürel etkenler, aile yapısı, kadının yaşamındaki olumlu/olumsuz olaylar ve kişilik özellikleri de tüm hayatı boyunca kadının yaşadığı ruhsal sorunlara rengini vermektedir.



ŞEKİL 3: Gelişmekte olan ülkelerde kadınların cinsiyeti nedeniyle yaşamları boyunca karşılaştığı riskler (20).

Bu nedenle kadının sağlık bakımı yaşam döngülerine göre doğumundan ölümüne kadar bir bütün olarak ele alınması gerekir. Sağlıklı kadın, sağlıklı toplum demektir. Bu nedenle kadına özgü stres alanları sorgulanarak yardım için uygun kanallara yönlendirilmelidir. Kadının sağlık gelişiminin sosyokültürel, ekonomik ve çevresel birçok faktörün etkisiyle oluştuğu, bireyin sağlığı ile ilgili şu anki durumu bir önceki dönemin sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu unutulmamalıdır. Bu bilinçle kadınların ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik hizmetlerinin sağlanması, kadınlarda ruhsal hastalıklar konusunda doktorların bu konuda eğitimlerle desteklenmesi, kadınlarda ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri ve uygulamalarına ilişkin farklı araştırmaların yapılması önemlidir.

2.5.1. Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı

Birçok toplumda, kadınların erkeklere göre sistematik olarak bazı temel insan haklarına ulaşamaması ya da kullanamaması şeklinde görülmektedir.

Çoğu zaman, kadınların sağlık ile ilgili durum ve sorunlarını olumsuz yönde etkilemektedir:

– hastalık

– sakatlık

– ölüm

Kadına Yönelik Şiddet

Dünya ölçeğinde her 3 kadından biri bugün şiddetin değişik biçimlerine maruz kalmaktadır. “Cinsiyete dayalı ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel yaşamda veya kamu yaşamında gerçekleşebilen her türlü tehdit, davranış, baskı veya özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesi” Birleşmiş Milletler, 1994’te ‘Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirisi’nde yeralmıştır.

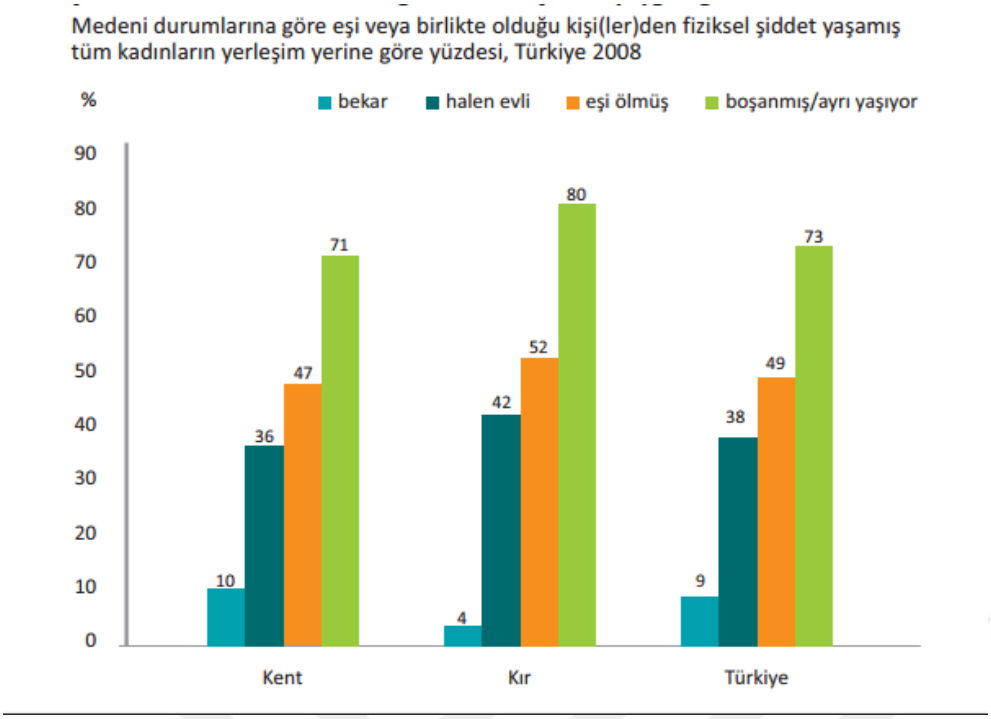
Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet pandemisi

1986-1997 yılları arasında çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda görüşme yapılan kadınların yüzde 16–41'i yakın ilişkide erkek eşleri tarafından fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir. Maruz kalınan şiddet, 15-44 yaş grubu kadınların 10.sıradaki ölüm nedenidir. Tüm dünyadaki kadın ölümlerinin %7'si şiddet ile ilişkilidir(24). Türkiye'de aile içi şiddete uğrayan kişilerin korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını düzenleyen 'Ailenin Korunmasına Dair Kanun', 1998'de yürürlüğe girdi. Türkiye'de de aile içi şiddet konusunda iç karartıcı bir tablo hakimdir. Toplumda kadınların %84'ü tokatlanmakta, %70'i yumruklanmakta, %43'ü hastanelik edilene dek dövülmekte, %55'i ölümle tehdit edilmektedir. Ev, şiddetin en çok yaşandığı mekandır. Şiddet eylemlerinde saldırgan, çoğunlukla ya kocadır ya da kadınların yakın duygusal ilişkide olduğu erkeklerdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre kadınların %39'u, kadınların eşleri tarafından çeşitli nedenlerle dövülmelerini haklı bulmaktadır. Kırsal bölgede eşlerin %57'si, düşük eğitim grubunda %62 si şiddeti haklı bulmaktadır. Şiddet nedenleri arasında kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, cinsel ilişkiyi red etmesi yer almaktadır. Şiddet eylemlerinde saldırgan, çoğunlukla ya kocadır ya da kadınların yakın duygusal ilişkide olduğu erkeklerdir.

Dünyada kadında yaşamları boyunca en az bir kez tamamlanmış tecavüze maruz kalmışlardır. ABD de tecavüz görülme oranı %14-20 iken Kanada da %40 civarında görülmektedir. Tüm yetişkin kadınların yüzde 12-25'i, tecavüze teşebbüs ya da gerçekleşmiş tecavüz mağduru olduklarını belirtmişlerdir. Kadınlarda dönemlere göre sık yaşanılan sorunlar arasında;

Ergenlik: İstenmeyen gebelikler, erken gebelikler, güvenli olmayan düşük, korunmasız cinsel ilişki, cinsel taciz / istismar, paralı seks sigara ve madde kullanımı, şiddet, toplumsal baskı morbidite artışları

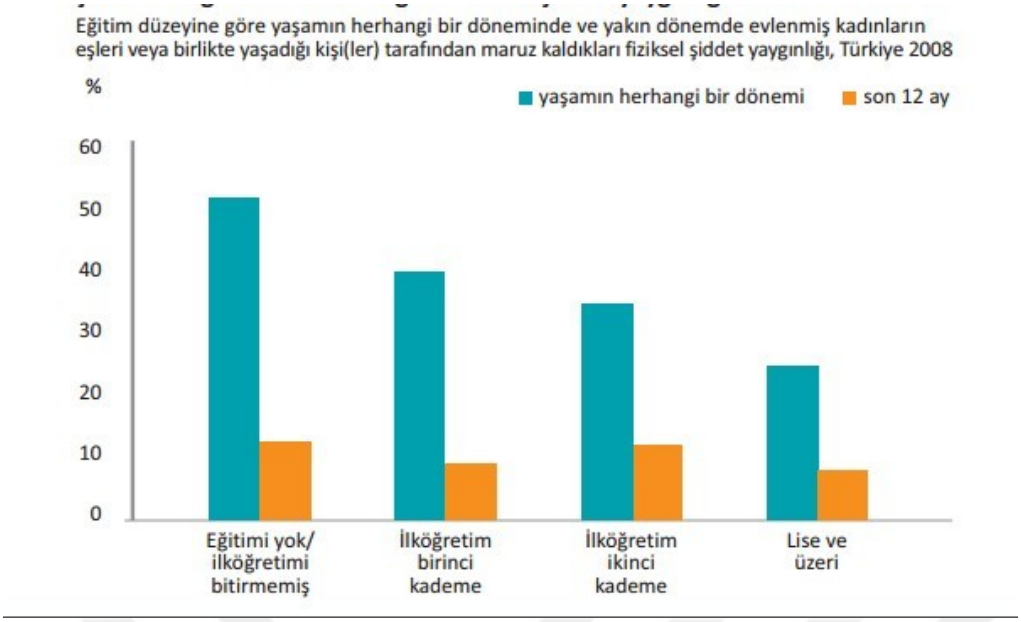
Yaşlılık: Morbidite artışı/yaşam kalitesi sorunları (Menapozal semptomlar, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz vs..) yer almaktadır.



Şekil4: Kadınlarda Medeni Duruma Göre Fiziksel Şiddet Yaygınlığı(25).

Şekil4'te görüldüğü üzere Tüik 2008 verilerine göre Türkiye'de kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda kentlerde yaşayanlara göre daha çok şiddete maruz kalınmakta,boşanmış,dul olan kadınlarda evli ve bekar olan kadınlara göre daha fazla fiziksel şiddet görülmektedir.

Şekil 5 te görüldüğü üzere Tüik 2008 verilerine göre Türkiye'de eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlarda daha çok şiddete maruz kalınmakta, okur yazar olmayan kadınlarda diğerlerine göre daha fazla fiziksel şiddet görülmektedir. Bu durum ülkemizde yaşayan kadınlarımızın eğitim düzeyinin kadın sağlığı açısından ne kadar önemli bir konu olduğunu bir kez daha göstermektedir.



Şekil5: Kadınlarda Eğitim Durumuna göre Fiziksel Şiddet Yaygınlığı(25).

Saldırganlık, şiddet eylemleri kargaşa ve terör toplumun bütününü derinden etkiler. Ancak şiddet açısından en fazla risk altında olanlar 30 yaş altı çocuklu kadınlar, kız çocukları, adölesan kızlar ile HIV (+) kadınlar olmak üzere her yaştaki kadınlar, bütün çocuklar, yaşlılar, özürlüler, evsizler, mülteciler, göçmenler, etnik azınlık mensuplarıdır(26).

2.5.2. Şiddetin getirdiği psikolojik hastalıklar

Şiddetin kadın sağlığı üzerindeki ölümcül olmayan etkileri

Sadece kadın olmaları nedeniyle uğradıkları şiddet nedeniyle üreme çağındaki kadınların sağlıklı yaşanacak yıllarının %5-%16'sını kaybettikleri belirtilmektedir. Şiddet sadece bir sağlık sorunu değil aynı zamanda sağlığı olumsuz etkileyen bir risk faktörü olarak da ele alınmaktadır. Kadına yönelik şiddet kesi, kırık, iç organ yaralanmaları, organ kayıpları, kalıcı sakatlıklarla, istenmeyen gebeliklere, HIV dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara, PID ve düşüklere neden olabilmektedir. Ayrıca şiddet gören kadınlarda kronik pelvik ağrı, astma ve baş ağrıları sık görülen sağlık sorunlarıdır. Şiddet gören kadınlarda madde kötüye kullanımı, korunmasız cinsel ilişkide bulunma gibi kendine zarar verici davranışlar sık rastlanmaktadır. Şiddet gören kadınlarda depresyon, korku, anksiyete, azalmış özbenlik saygısı, cinsel işlevlerde bozukluklar, yeme problemleri, obsesif-kompulsif davranış

bozukluklarıyla, post travmatik stres bozukluğuna neden olabilmektedir(27).

Şiddetin kadın sağlığı üzerindeki ölümcül etkileri

Şiddet kadını intihara sürükleyebilmekte, cinayete kurban gitmesine neden olabilmekte, anne ölümlerini artırmakta ve HIV/AIDS'in yayılmasına neden olabilmektedir
Şiddetin fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları sosyal ve duygusal olarak bireyin, ailenin ve toplumun tümünü etkilemektedir. Kısa ve uzun vadede düşünüldüğünde şiddetin etkileri kadının mesleki ve kariyer yaşamını olumsuz etkileyerek veya sona erdirirken, onu yoksulluğa ve ekonomik bağımsızlığını kaybetmeye itecektir. Eğer şiddet aile içinde yaşanıyorsa, aile yaşamı tahrip olurken, çocuklar yoksulluk yaşayacak ve aile yaşamına olan güven ve inançlarını kaybedeceklerdir(28).
Şidddet kurbanlarının erken dönemde saptanması komplikasyonların gelişmesini ve şiddetin tekrarlanması olasılığını azaltır. Ancak genellikle sağlık personeli fiziksel şiddetin neden olduğu yaralanmaları gördüklerinde şiddetin farkına varmaktadır. Bazen oluşan yaralanmaların nedeni araştırılmaksızın kadın tedavi edilebilmektedir. Bu nedenle kadına yönelik şiddetin taraması için hekimler kadın sağlığı hakkında daha detaycı yaklaşmalı, onları psikosoyal açıdan heryönden ele alması gerekmektedir.

2.6.Kadın istatistikleri

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2014 verilerine göre; Türkiye nüfusunun (78 milyon 741 bin 53 kişi) %50,2'sini erkek nüfus (39 milyon 511 bin 191 kişi) ve %49,8'ini kadın nüfus (39 milyon 229 bin 862 kişi) oluşturdu. Kadınlar daha uzun yaşadığı için bu oran yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfusta değişmekte olup bu nüfus grubunun %43,8'ini erkek, %56,2'sini kadın nüfus oluşturdu. %56,2'sini kadın nüfus oluşturdu. Son nüfus sayımına göre Türkiye'nin 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 19, 168, 083 (%27,17) olarak belirlenmiştir.

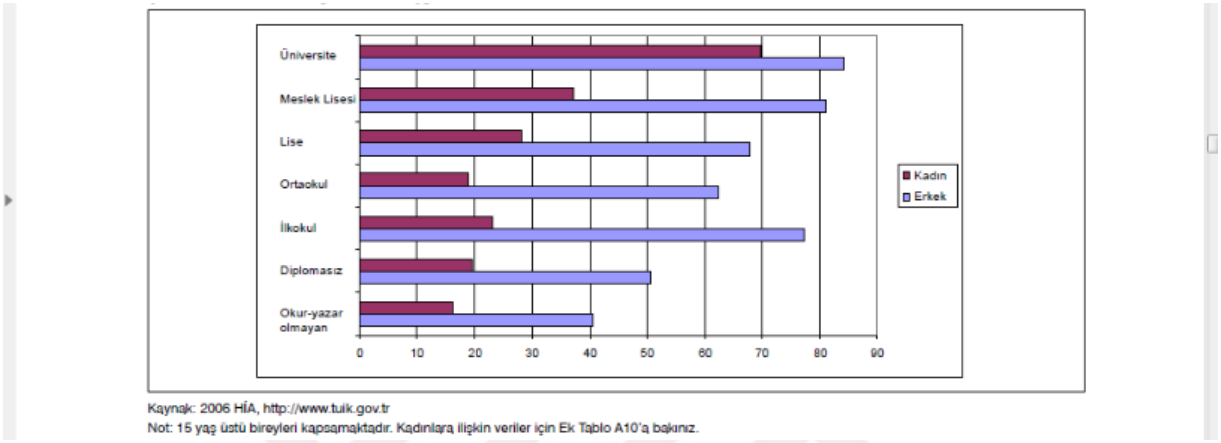
Doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için 78, erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,7 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,4 yıldır. Özellikle savaşlarda erkek ölümlerin fazla olması, birçok hastalığın kadınlarda daha sık görülmesi yaşam süresi farklılıklarında etkili olduğunu

söyleyebiliriz. Yaşam süresinin erkeklere göre uzun olması karşılaşabilecek hastalıkların miktarını göreceli olarak artırması olabilir.

Türkiye'de 2014 yılında 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı %5,6 iken bu oran erkeklerde %1,8, kadınlarda %9,2'dir Lise ve dengi okul mezunu olan 25 ve daha yukarı yaştakilerin toplam nüfus içindeki oranı %19,1 iken bu oran erkeklerde %23,2, kadınlarda %15'dir. Yüksekokul veya fakülte mezunu olan toplam nüfus oranı %13,9 olup bu oran erkeklerde %16,2 kadınlarda ise %11,7'dir. nüfus oranı %13,9 olup bu oran erkeklerde %16,2 kadınlarda ise %11,7'dir. Bu sonuçlara göre toplumumuzdaki kadınların ilk, orta ve yüksek öğretimdeki eğitim oranları artırılmalıdır. Eğitimin artırılmasıyla kadınlar toplumda iç gücüne katılımı yüksek olacak, verdikleri emeğe karşılık daha çok kazanacak ve toplumu yöneten kesimde söz sahibi olacaklardır.

Resmi olarak ilk evliliğini 2015 yılında yapmış olan kadınların ortalama evlenme yaşı 23,9 iken, bu yaş erkeklerde 27'dir. Bu da kadının erkeklere göre erken yaşta sorumluluk altına girdiklerini gösterir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 sonuçlarına göre; ülke genelinde yaşamının herhangi bir döneminde eşinden veya birlikte yaşadığı kişiden fiziksel şiddete maruz kalan kadın nüfus oranı %35,5'dir.Erken yaşta sorumluluklar altına giren kadının tüm bunlara ek olarak, toplumsal cinsiyete dayalı ciddi bir ayrımcılıkla; yoksulluk, açlık, beslenme bozukluğu, aşırı çalışma ve yakın partnerlerinden gördükleri şiddet ve cinsel şiddet ile ilişkili faktörlerle de uğraşmaktadırlar(29). İstatistiklerden de anlaşıldığı gibi kadınların yaşamları boyunca ruhsal bozukluklar açısından erkeklere oranla daha çok risk faktörü mevcuttur. Cinsiyetler arasındaki farklılığın akla yatkın sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Özellikle günümüz koşullarında kadınlar maddi manevi büyük yük altındadırlar. Endüstrileşmiş memleketlerde kadın hem anne, hem iş kadını, hem eş hem de ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır. Bir de buna depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olduğu göz önüne alındığında, cinsler arasındaki farklılık bu şekilde kısmen izah edilebilir. Bu durum özellikle ülkemiz için oldukça açıklayıcıdır. Kadınlar depresyonun bütün şiddetlerinde ve formlarında hekime gelirken erkekler daha çok ağır depresyonlarda -o da çoğu zaman ailenin zoru ile yardım aramaktadır(30). Kadında tüm bu faktörler stres ve depresyon başta olmak üzere birçok probleme yol açmaktadır.

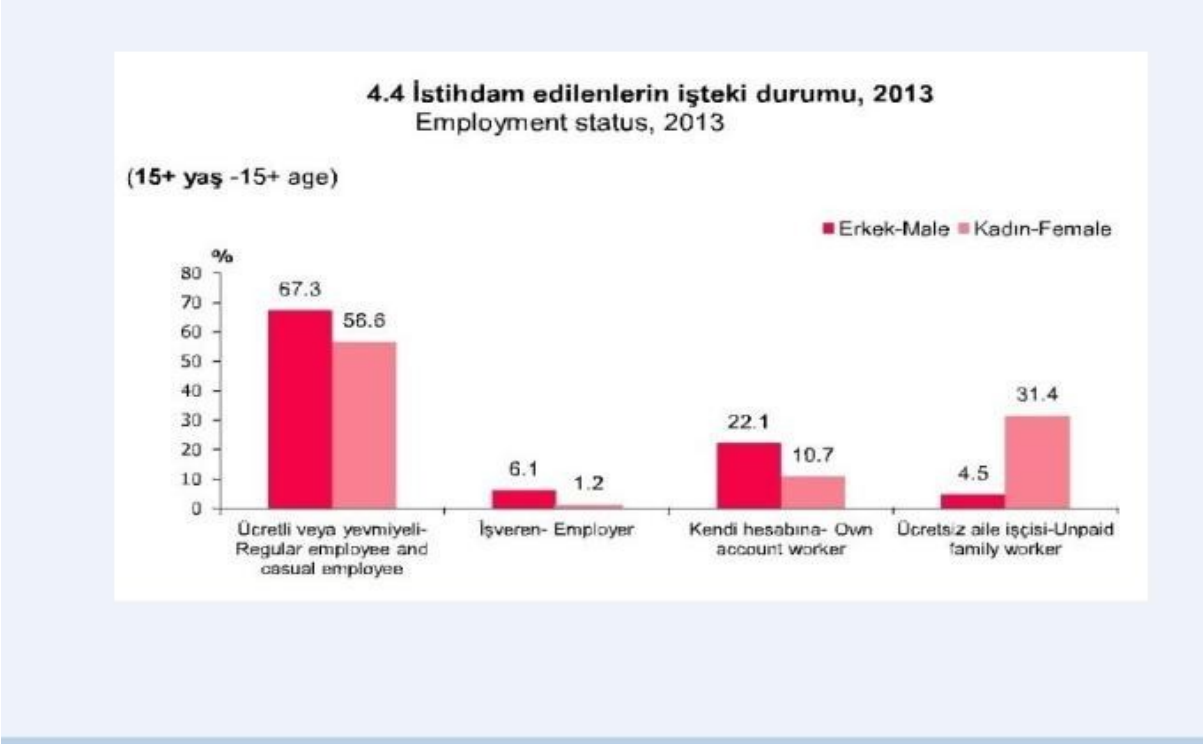
Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı ve Dünya Bankası Refah ve Sosyal Politika Analitik Çalışma Programı verilerine göre;
Kentsel yerlerde kadınların işgücüne katılım oranları katılım oranı 1988 ile 1999 arasındaki dönemde yaklaşık yüzde 17'lik bir düzeydeyken, 2000 li yıllardan sonra artan bir eğilim göstermektedir(31).



Kaynak: 2006 HİA, http://www.tuik.gov.tr
Not: 15 yaş üstü bireyleri kapsamaktadır. Kadınlara ilişkin veriler için Ek Tablo A10'a bakınız.

ŞEKİL 6 2006 Yılında Kentsel Yerlerde Eğitime Göre İşgücüne Katılım (32) .

Şekilde gösterildiği gibi, Türkiye'de kadınların işgücüne katılımının en dikkat çekici özelliklerinden birisi, önemli ölçüde eğitimsel kazanıma dayanmasıdır: katılım oranları, eğitim ile birlikte önemli ölçüde artmaktadır. Kentsel yerlerde ilkokul diploması olmayan kadınların katılım oranı yüzde 10'un, lise diploması olmayan kadınların katılım oranı yüzde 15'in altındayken, üniversite mezunu olan kadınların katılım oranı yüzde 70 düzeyindedir.



ŞEKİL 7:Türkiye ‘de İstihdam Edilenlerin İşteki Durumları 2013 (33).

Tablo 3 Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler, 2014 (33).

Seçilmiş göstergeler	Erkek	Kadın
Okur-yazar olmayan nüfus oranı (25+ yaş) (%)	1,8	9,2
Yüksekokul veya fakülteden mezun nüfus oranı (25+ yaş) (%)	16,2	11,7
İstihdam oranı (15+ yaş) (%)	64,8	26,7
İşgücüne katılım oranı (15+ yaş) (%)	71,3	30,3
Genç işsizlik oranı (15-24 yaş) (%)	16,6	20,4

Tablo 3’te görüldüğü gibi Eğitim durumuna göre işgücüne katılım oranı incelendiğinde, kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe işgücüne daha fazla katıldıkları görüldü. Okur-yazar olmayan kadınların işgücüne katılım oranı %16, lise altı eğitimli kadınların işgücüne katılım oranı %25,8, lise mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %31,9, mesleki veya teknik lise mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %39,8 iken yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %71,3 oldu

Çalışma yaşamında katılımın kadınların erkeklere oranının düşük olması, kadınların eşit işe eşit ücret almamaları, genellikle düşük ücretli, vasıfsız işlerle çalıştırılmaları onların erkeklere göre işgücüne katılımını etkileyen en temel sorunlar olarak sayabiliriz.

Türkiye'deki işgücü piyasasının belirgin özelliklerinden birisi kadınların işgücüne katılma oranlarının oldukça düşük olmasıdır. Tüm dünyada kadınların işgücüne katılım ve istihdam oranları artarken Türkiye'de dünyadakine benzer bir artış söz konusu olmamaktadır. Bu durumun kadın işgücüne talebin düşüklüğü kadar kadın işgücü arzını kısıtlayan sosyokültürel engellerle de ilgisi vardır (34).

Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2014 sonuçlarına göre, yüksek öğretim mezunu düzeyinde bir kadın çalışanın ortalama yıllık ortalama esas iş geliri, aynı eğitim düzeyinde bir erkek çalışanın yıllık ortalama esas iş gelirinden %1,3 oranında düşük gerçekleşti.

2.7.Çalişan kadinlarin sağlik sorunları

Kadının çalışma yasamı ile aile yaşamındaki rollerinin gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirmeye çalışırken çaba, zaman, ilgi ve enerjisinin bölünmesi, rol çatışmasına ve bunun sonucu olarak kendini ifade edememesine neden olmaktadır. Öte yandan erkekler, kadının çalışmasında hem söz sahibi olmak, hem de evde ekonomik üstünlüklerini sürdürmek istemektedirler (35).
Kadın; bir taraftan evdeki sorumluluklar, ailesi ve arkadaşları arasında denge kurmaya çalışırken strese maruz kalmaktadır, bunun sonucunda psikolojik ve psikosomatik hastalıklar oluşmaktadır.

Çalışan kadınların sağlık sorunları arasında işle bağlantılı olmayan (toplumun genelini ilgilendiren yaygın hastalıklar) ,işle ilgili olan hastalıklar (Kr. Bronşit, KAH,Kr. dejeneratif Hast., Ülser), Psikosomatik Hastalıklar (Etyoloji: Multifaktöriel) ve doğrudan işle ilgili sağlık sorunlar olarak riskleri olarak (kimyasal, biyolojik, fiziksel, radyasyon, ergonomik,psikolojik) meslek hastalıkları ve iş kazalarını sayabiliriz (36).

Dünya Ekonomik Forumu tarafından yayımlanan 2009 Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi'nde, 134 ülke arasında 129. sırada yer almıştır.

Dünyada en güç işe alınan ve en kolay işten atılan kadınlardır.Çünkü; Kadınlar, genellikle eğitim ve uzmanlaşma gerektirmeyen, makinalarca yapılabilecek işlerde çalışmaktadırlar. Genellikle sendikalı değillerdir, geçici/yarı zamanlı işlerde çalışırlar. Doğum nedeniyle işlerini bırakmak zorundalar, bununla birlikte çalışabilecek duruma gelince de iş bulamamaktadırlar.

Tüm bu sonuçlara göre kadınların riskli ortamlarda bu şartlarda çalışması ruhsal sağlığının bozulmasına zemin hazırlayacaktır.

İstatistikler gösteriyor ki Türkiye'nin Kadın Sağlığı konusunda çok daha duyarlı olması gerekmektedir. Çalışma yaşamında kadınların erkeklere oranı, eşit işe eşit ücret, kadınların karar verici yapılarda temsil edilmesi, kadınların ilk, orta ve yüksek öğretimdeki oranları gibi hayati önem taşıyan konularda hızlı bir şekilde önlemleri alıp, aldığı önlem ve kararları ivedilikle hayata geçirmelidir.

2.8. DEPRESYON

Bir duygudurum bozukluğudur. Birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Sozluk anlamıyla: bunalım, uyaranlara karşı duyarlılığın, iş yapabilme gücünün, kendine güvenin azalarak; karamsarlığın, umutsuzluğun güçlenmesiyle ortaya çıkan ruhsal bozukluk, ruhsal çöküntü anlamına gelir. Depresyon yaşam yükü ağır bir hastalıktır**.** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ =WHO)-2000 verilerine göre; Yeti yitimine yol açmada birinci, Küresel hastalık yükünü arttırmada dördüncü, 15-44 yaş arası kadın ve erkeklerde ikinci sırada yer alır. 2020 yılında ise tüm yaşlar ve her iki cinsiyet için ikinci sıraya yükselmesi beklenmektedir.
Depresyon tanısı koymak güçtür, çünkü; tarama yokluğunda, majör depresyon hastalarının sadece yüzde 50'sinin tespit edildiği tahmin edilmektedir. Hastalar doğrudan duygudurum hakkında soru sorulmadığı sürece, hastalar çeşitli sebeplerle depresif semptomlar hakkında bilgi vermeyi ihmal ederler: damgalanma korkusu, depresyonun birinci basamak kapsamının dışında kaldığı inancı, depresyon "gerçek" hastalık değil inancı, tıbbi kayıt gizliliği ile ilgili endişeler antidepresan ilaç reçete edilmesi ya da psikiyatriste sevk edilme endişesi hastanın depresyon tanısı konulması için bariyer teşkil etmektedir. Birinci basamağa basvuran hastaların yaklasık %10'u depresyon tanısı alacak düzeyde yakınmalar gösterir. Tüm

depresyon vakaların %85'i birinci basamakta tedavi edilebilecek nitelikte olan hafif ve orta derecede depresyon düzeyindedirler(37). Depresyonu ilk değerlendirmede 1.basamak önemli bir yer tutar. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi; ruhsal sağlık hizmetlerinin, bakımın sürekliliği ilkesi çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri entegrasyonunun bir parçası olduğunu belirtmektedir.

Depresyon çeşitli yönleriyle birinci basamak hekimliğinde sık rastlanılan bir sorundur. Yapılan toplumsal çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %4.9 - 17.1 arası izlenirken, birinci basamakta yapılan kesitsel çalışmalarda sıklığı %4.8 - 8.6 arasında değişmektedir(38).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında, majör depresyonu dünyada en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak bildirirken, insan yaşamında ve işlevlerinde; iskemik kalp hastalığı ya da serebrovasküler olaylardan daha fazla bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir (39). DSÖ 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir.

TABLO 4:Beraberinde Depresyon Görülebilecek Hastalıklar (40).

1. Romatolojik Hastalıklar - Sistemik Lupus Eritematozus - Romatoid Artrit **2. Kardiyak Hastalıklar** - Mitral Valv Prolapsusu - Miyokard Enfarktüsü - Hipertansiyon **3. Gastrointestinal Sistem** - Siroz, - Pankreatit - Enflamatuvar Bağırsak Hast. **4. Hematolojik Hastalıklar** - Orak Hücreli Anemi	**5. Endokrin Hastalıklar** - Hiper/Hipotiroidizm - Diabetes Mellitus - Hiperkalsemi **6. Beslenme Yetersizlikleri** - VitB12, Folat, Demir, Tiamin, Niasin Eksikliği **7. Nörolojik Hastalıklar** - İnme, - Alzheimer - Huntington Hastalığı - Multiple Skleroz - Kontrolsüz Epilepsi	**8. Enfeksiyöz Hastalıklar** - Hepatit A, B, - İnfluenza - İnfeksyöz Mononükleoz - Tüberküloz **9. Renal Hastalıklar** - Üremi **10. Neoplastik Hastalıklar** - Lökomi, - Pankreas Ca, - Lenfoma **11. Dematolojik Hastalıklar** - Psörisasis, - Sarkoidoz

Birinci basamak hekimlerinde rastlanan en sık mesleki beceri eksikliğinin, hasta incelemesi sırasında kişisel iletişim eksikliği yaşamaları ve kişilere tek uçlu, yönlendirici sorular yöneltmeleri olduğu bilinmektedir. Hekim hastayı sabırla dinlemeli ve derdini anlatmasına fırsat vermelidir. Psikiyatrik incelemenin önemli bir diğer öğesi olan görsel muayenenin içinde hastanın dış bakımında azalma, hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, alında çizgilerde artış, göz temasının kurulamaması ve ağlama gibi önemli depresyon belirtileri de dikkate alınmalıdır (41). Diğer taraftan birinci basamak hekimliği pratiğinde depresif belirtileri olan hastalar daha çok uyku bozukluğu, yorgunluk ve ağrı yakınmaları ile kliniğe başvurmaktadırlar. Yurt dışında yapılan çalışmalarda, birinci basamakta daha çok uykusuzluk yakınmalarından yola çıkarak depresyon tanısı konulduğu izlenmiştir (42). (Depresyon yapabilecek barbitürat, benzodiazepin, simetidin, betabloker, steroid, indometazin, alfa-

metildopa, oral kontraseptif, rezerpin ve sülfonamid gibi ilaç grupları ile birlikte depresyonun sık izlendiği diğer kronik hastalıklar da sorgulanmalıdır.

Depresyon taramalarının hastaların daha iyi tedavi almalarını sağlayarak, depresif morbiditeyi azaltıp, hastalıktaki kronikleşmeyi önleyebileceğini gösterilmiştir. ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi , birinci basamakta çökkün duygudurum ve anhedoniyi sorgulayan iki soru ile depresyonun taranmasını önermektedir.
1- Önceki iki haftada, kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi?
2- Önceki iki hafta boyunca, daha önce yaptığınız şeylere karşı ilginizde ve aldığınız zevkte bir azalma oldu mu?
Bu iki soruya verilecek olumlu yanıtlarda tarama testi uygulanmasının anlamlı olduğu ileri sürülmektedir (11). Klinikte kullanılan tarama testlerinin hassasiyeti yüksek iken (%80-90), duyarlılıkları daha ortalamadır (%70-80) (43).

Depresyonun risk etkenleri arasında daha önce depresyon geçirmiş olmak ailede depresyon öyküsü kronik hastalıklar , stresör yaşam olayları, geçmişte intihar girişimi, kadın cinsiyeti çocuk doğurma, sosyal desteğin kısıtlı olması, madde kullanımı yer alır.
Depresyonun kronikleşebilir; yineleyebilir; bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirme yetisinde ciddi bozulmalara yol açabilir; En kötü sonucu olarak intihara neden olur yada %10-15 bipolar bozukluğa dönüşür.

Depresyonda yinelemeyi arttıran nedenler yetersiz antidepresan tedavi; tıbbi ve psikiyatrik ek hastalıkların olması; çevresel stresörlerin bulunması; 40 yaşın altında başlamış olması çok sayıda hastalık ile beraber seyrediyor olmasıdır.

DSM V' e gore depresif bozukluk alt gruplari

1. Major depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk

7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Depresyon alt tipleri melankolik, atipik psikotik, doğum sonrası başlayan, mevsimsel depreyon olarak gruplandırabiliriz.

Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri
(DSM V)

A.Belirtiler

Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan EN AZ beş tanesinin bulunması gerekir.

Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Iştah kaybı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji
- Kötü konsantrasyon
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Neden depresyona yakalanırız Psikolojik nedenler: Psikanalitik kuramlar: Nesne kaybı kuramı, ego beklentilerine ulaşamama, “narsisistik zedelenme” Bilişsel kuramlar: Öğrenilmiş çaresizlik, Kişilik: Bağımlı, obsesif kişilik olması

Biyolojik nedenler genetik, biyojenik amin varsayımı**:** Serotonin ve noradrenalin etkileri

Depresyonla birlikte bulunabilen psikiyatrik hastalıklar Yaygın anksiyet bozukluğu ,OKB Panik bozukluğu Sosyal anksiyete bozukluğu Özgül fobiler Alkol/madde kullanımı, demans**,** kişilik bozuklukları

Depreyon tedavisi Tedavi bireysel olmalıdır. Seçilen anti depresif ilaç yeterli doz ve etkinlikte olmalıdır. Etkinin ortaya çıkması: 3-4 hafta sürer. En az 6 hafta beklemeden ilaç değişikliği yapılmaz. Tam iyileşme 8-12 hafta sürebilir, tolere edilen en üst dozdan, ortalama altı haftalık bir süre için kullanılmalı ve bu süreden sonra tedavinin sonuçları değerlendirilerek gerekiyorsa başka bir ilaca geçilmelidir.
Birinci basamak hekimliğinde depresyon tedavisinde yapılan en sık hata kullanılan ilacın etkin dozda, etkin sürede kullanılmamasıdır (44). Bir diğer etmen hastanın terapiye olan uyumunun sağlanamaması olabilir.
Bu konuda hastayı ilaç yan etkileri konusunda uyarmak ve birlikte tedavi planı oluşturmak tedavinin etkinliğini artıracaktır.
En sık kullanılan antidepresan ilaç grupları arasında; Selektif seratonin geri alım inhibitörleri(SSRI),Seratonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI),Dopamin–norepinefrin geri alım inhibitörleri, Trisiklik antidepresanlar, Tetrasiklikler Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri yer almaktadır.

Majör depresyon hastalarının bazı durumlarda yataklı bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmeleri gerekebilir. Hastada özkıyım (intihar) riski düşünülüyorsa, günlük beslenme ya da yaşamı sürdürmeye engel olacak derecede ciddi bilişsel (kognitif) bozuklukta, psikotik belirtilerde, alkolizm ya da bipolar hastalık varlığında, bakım ve gözlem için sosyal ve aile desteği azsa, antidepresanlara yanıt alınamamışsa (beraberinde şiddetli nörovejatatif belirtilerin varlığında) ve elektrokonvülziv tedavi (EKT) gerektiğinin düşünüldüğü durumlarda uzman yardımı gerekmektedir (45).
Hastalarda özkıyım riskinin arttığı bazı durumlar vardır: Risk erkeklerde 75, kadınlarda 55 yaşlarından sonra artmaktadır. Kadınlar daha sık, erkekler daha az ama ciddi özkıyım girişiminde bulunmaktadırlar. Hastanın aldığı sosyal desteğin büyük önemi vardır. Kişiler boşanmış, dul, bekar, çocuksuz ya da işsizse risk yüksektir. Ciddi kronik hastalıklarda, alkol ya da başka bir madde bağımlılığı durumunda risk artmaktadır. Hastaların özgeçmişlerinde daha önceden başarısız özkıyım girişimleri ve varsa soygeçmişte ailede başarılı bir girişiminin olması önemlidir.
Depresif bir rahatsızlığın tedavisi iyi izlenmediği durumlarda kronikleşmekte, tedavi maliyetleri artarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Bir çalışmada antidepresif tedavi

başlanan hastalarla sekizinci ve 16. haftalarda yapılan 10-15 dakikalık iki telefon görüşmesinden sonra, ayaktan izlenenlere oranla görüşülen hastaların ilaç uyumlarının daha iyi olduğu ve depresif belirtilerinde %50 azalma olduğu saptanmıştır (46).
Depresyon yaygın görülen, tedavisi mümkün, kronikleşebilen, yineleyici olabilen bir beyin hastalığıdır; İyi tedavi edilmezse bireyin yaşamında ciddi sosyoekonomik kayıplara yol açar; Diğer tıbbi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılarak tedaviye başlanması gerekir; doktor hasta ilişkisine önem vererek daha sık aralıklarla düzenli bir şekilde hastanın takip edilmesi gerekmektedir. Depresyon hastalarının ve ailesinin eğitimi, koruyucu önlemlerin alınması ve bu konuda sorumlu bir hekimlere eğitim yapılması, kontrollere gelmenin önemi, eşlik eden tıbbi hastalıkların kontrol altına alınması, yaşam biçimi düzenlemeleri önerilmektedir.

2.9. KADINLARDA DEPRESYON

Kadınlarda depresif bozukluklar, depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon prevalansları erkeklere göre daha yüksek oranlarda bulunmaktadır. Kadın olmak, akut zorlu yaşantılarla mücadeleyi ve kronik sosyal zorlukları birlikte getirir. 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 (47). Kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde, zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke-gerginlik boşaltmak amacıyla eşlerden birine yöneltilen her türlü şiddet davranışı olarak tanımlanan aile içi şiddet, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha fazla görülme nedenlerinden biridir. Aile içi şiddet yinelenen bir süreçtir ve ilişki devam ettikçe tırmanış gösterir(48). Genellikle kadınlar ve çocuklar aile içinde aşırı öfkenin, saldırganlığın hedefi olurlar (49). Aile içi şiddetin dünyada ve Türkiye’de önemli bir sağlık sorunu olduğu bilinmektedir (50). Son 15-20 yılda, dünyanın her yerinde, eş şiddetiyle ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Tüm dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verilerine göre, Dünya Sağlık Örgütü kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranını % 10-69 arasında bildirmiştir (51). “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Araştırması” kadınların yaşadığı aile içi şiddet yaygınlığı, şiddet biçimleri, neden ve sonuçları ile risk faktörlerinin anlaşılması amacıyla ülke çapında yürütülmüş en kapsamlı araştırmadır.

Bu araştırmanın verilerine göre sırasıyla fiziksel, cinsel, duygusal şiddet/istismara maruz kalan kadın oranı %39, şiddet %15 ve duygusal şiddet/istismar %44 olarak saptanmıştır (52).Arat ve Altınay'ın (2007) yaptıkları yaptıkları kapsamlı çalışmada Türkiye'de her üç kadından birinin fiziksel şiddet yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bölgesel düzeydeki çalışmalarda da kadınların % 49,9-61, 4'ünün aile içi şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (53).

Depresyon durumlarının kadınlarda sık görülmesinin önemli sebepleri arasında kadınlarda önemli hormon değişikliklerinin onlarda daha sık yaşanması olup, bu durumda en çok suçlanan hormonun daha çok Östrojenler ve Progesteronlar oluşu dikkat çeker. Normal dönemlerde Östrojenlerin hepatik mikrozomal enzimler üzerindeki inhibisyon etkisinin bulunması(54). bunun antidepresan ilaçların yıkımını hızlandırması, progesteron hormonunun gastrik boşalmayı etkilemek suretiyle kullanılan ilaçların etkisini geciktirmesi günlük ilaç kullanımlarından hormon patolojilerinden dolayı istifade edilmeyişin sebebini oluşturur. Keza kadınlarda proteinlere bağlı olarak dolaşan Östrojen ve Progesteron hormonları, psikotrop özellikli ilaçların bağlanacakları reseptörleri işgal ettiklerinden, reseptöre bağlanamayan psikotrop ilaçların kanda birikmesi sonucunda hipofizer mekanizmaların inhibisyona uğraması ile üreme hormonları inhibisyon altına girer ve kadınlarda ilaç kullanımı şiddetli sıkıntı ile giden anovulatuar sikluslara sebep olur. Bu durum bize kadının ruhsal durumunu etkileyen duygulara ve davranışlara hormonların önemli etkisi olduğunu göstermektedir(55).

Hormonların, peptidlerin, hamilelik ve menopoz durumunun, metabolizmanın çok önemli olmasından dolayı depresyonlu kadın hastalar alacakları tedavi bakımından önce hamilelik açısından sorgulanmalı, bu yapılırken metabolizma hastalıkları ile menopoza ait risk faktörleri de her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınlarda depresyonların mevsimler ile ilgisi daha sık görüldüğünden mevsimsellik hakkında doğru bilgi elde etmeye çalışmak gerekir. Bununla birlikte mevcut başka fizik ya da psikiyatrik hastalıkların mevcut olup olmadığı da prognozu etkiyeceği için iyi araştırılmalıdır(56).

Stres ve bu mekanizmayı harekete geçiren glukokortikoid aşırı salgılanması sonucunda ortaya çıkan nöroendokrin patolojiler de depresyonlardan önemli derecede sorumludurlar ve gözden uzak tutulmamalıdır. Depresyona hazırlayan stres durumları çok zaman immun sistemde

baskılama yaptıklarından dolayı, immun yetmezlik ve buna bağlı tekrarlayan enfeksiyonların sıklığı da önem teşkil eder. İmmun tepkilerin azalmasına bağlı olarak ta depresyonlu kadınlarda bir takım oto immun hastalıklar ya ağır seyreder, ya da sık tekrarlamalar gösterir(57).

Kadınlarda cinsellik hormonlarının eksilmesine bağlı olarak ortaya çıkan önemli depresyon durumlarından bir tanesi Premenstrüel bozukluk hali olup; mizaçta değişme, göğüslerde ortaya çıkan ağrılı gerginlik halleri, batında gaz birikmesi ve baş ağrıları ile birlikte gider. Normal adet gören kadınlarda bile büyük oranda adet öncesinde görülürken , adetlerin bitmesi ile bu şikayetler sonlanır ; Lakin adet gördüğü sürece her ay tekrarlayarak devam etmesi ile bilinirken semptomların yapılan doğumlardan sonra daha da şiddetlendiği bilinmektedir. Seyrinde Akdeniz bölgesindeki kadınlar daha çok somatik şikayetlerden yakınırken, A.B.D lerindeki kadınlar daha çok kilo alma şikayetlerini ön planda ifade ederler. Bu Premenstrüel semptomları kadınların eğitim seviyelerinin etkilediğini belirtilmekte, eğitim arttıkça somatik belirtiler artarken, eğitimi az olanlarda daha çok psikolojik yakınmalar ağır olmaktadır.

Seyrinde ek fizik hastalıklardan en çok sebep olduğu tiroit hastalıkları ile kardiyovasküler hastalıklar ile nöroendokrin bozukluklar önemli bulunmaktadır. Gözlenen düşük serotonin seviyesi depresyonla birlikte irritabiletenin sebebini oluştururken, bu dönemde GABA kullanımı azalmakta, adrenerjik aktivitenin de artması bireyleri daha huzursuz ve anksiyoz bir hale getirmektedir. Ortaya çıkan anksiyöz tabloyu ve bunun sebep olduğu uyku bozukluğunu düzenlemek için Sirkadian ritm düzenlemesine gidilmesinde fayda vardır. Nokturnal melatonin seviyesi düşük olduğundan bu insanların gece uyumaları da bozulur. Bu ritmin en çok bozulduğu safha foliküler safhaya denk gelir ve foliküler safha geçildikten sonra hastanın uykuları da düzene girmeye başlar(58).

Kadın depresyonlarında kadının içinde bulunduğu sosyal statü ve bu statü içerisindeki sosyal roller de önemli yer teşkil ettiğinden; onun aile ve çevre ilişkileri ve bu ilişkilerde rol modeli olma biçimi, bunun sürdürülebilir oluşu da oldukça önemlidir. Bu arada hastanın sosyal statüde, bir iş ve ekonomik kaybı olup olmadığı, boşanmalar ya da eş kayıpları, emeklilikler, işten çıkarılma gibi durumlar dikkate alınmalıdır. Aile içi çatışmaların mevcudiyeti ile, bireyin şiddet görüp görmeyişi de önemli sorgulanması gereken noktalardır. Bu arada kadının o dönemde yaşadığı bir takım zorluklar, cinsel problemler, hamilelik ya da postpartum dönemlerde bulunması, premenstrüel dönemler ve premenapoz dönemlerinin

değerlendirilmesi de önemlidir, çünkü bu dönemler kadını depresyona iteleyen önemli risk dönemleridir(59).

Depresyon ve İntihar Tarama Ölçekleri

- Beck depresyon ölçeği
- Epidemiyolojik çalışmalar depresyon tarama merkezi (CES-D)
- Geriatrik depresyon ölçeği
- Hasta sağlık anketi(PHQ-9)
- Intihar düşüncesi ölçeği
- Hastane anksiyete ve depresyon skalası (HADS)
- Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği

BECK Depresyon Ölçeği:

Kişinin kendi kendini değerlendirmesini esas alan, depresyon düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmış, yirmi bir belirti kategorisinden oluşan bir ölçektir. Özgün biçimi Beck, Ward ve Mendelson (1961) tarafından, depresif hastaların sıklıkla gösterdiği belirtilerin ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur. Ölçekteki her bir belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. Maddeler 0-3 arası puan ile değerlendirilmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyon tanısının konulmasında verilen puan dağılımı şöyledir: 1- Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan); 2- Orta düzeyde depresyon (18-29 puan); 3- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan) dır(16).

Depresyon Ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Tegin, iki yarım test ve test tekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmalarda güvenilirlik kat sayılarını sırasıyla 78 ve 65 olarak belirlemiştir. Hisli ise tek ve çift maddelerden oluşan iki yarım test korelasyonunu 74, iç tutarlılık kat sayısını ise 80 olarak hesaplamıştır. Benzer bir çalışmada, Yüksel (2003) Depresyon Ölçeği'nin güvenirlik kat sayısını 86 bulmuştur. BDE, toplum tabanlı çalışmalarda ve klinik araştırmalarda en çok kullanılan araçlardan biridir. Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan envanterin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Depresyon tanısı koymak için kullanılmaz. Nedeni, DSM-V'e göre depresyon tanısı koyabilmek için,

depresyona özgü semptomların iki haftadır sürüyor olması gerekirken, BDE son bir haftalık durumu ölçmektedir. BDE'de kilo alımı, aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da gerileme gibi belirtiler sorulmamakta, DSM-V için önemli olan hastanın hastalık öncesi durumu, işlevi ile ilgili bilgiler alınmamaktadır. Kişilerin depresif belirtilerinin yükselmesi, depresyon tanısı konması için tek kriter olmadığı gibi, söz konusu depresif belirtiler geçici olabilir, klinik depresyon yerine genel psikolojik stresi yansıtıyor olabilir.

YALNIZLIK

Bireyin içinde yaşadığı dünyaya ve kendisine yabancılaşmış olduğunun farkına varması anlamına gelen yalnızlık, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan bir davranış veya bir algılama biçimi olarak kendini gösteren bir duygu durumudur (60).Yalnızlık duygusunu yaşayan insan kendini zayıf, güçsüz ve arkadaşsız hisseder. Çevreden uzaklaşır ve ilgisizdir. İnsanları, vefasız ve güvenilmez görür, hayatta hiçbir desteği olmadığını ve güçsüz olduğunu kabul eder. Çevresindeki insanlarla ortak yön bulmakta zorlanır, ilgilerinin ve fikirlerinin çevresindekiler tarafından paylaşılmadığını düşünür. Kendisini çevresinden soyutlanmış, terkedilmiş, uyumsuz bir kişi olarak görür(61).

Yalnız kişi, mutsuz, kaygılı, çevresiyle olan ilişkilerinde etkisiz ve suçluluk duyguları içinde yaşayan biridir(62).Davranışlarını sürekli engeller ve yaşam alanını daraltır ya da kendi davranışlarını denetlemek yerine kendisini korkutan durumları denetim altına almaya çalışır. Bunu başaramadığında saldırgan davranışlarda bulunur (63). Kendine özgü bir dünya görüşü geliştirir. Hoşuna gitmeyen olayları ya görmezlikten gelir ya da olayların sadece kendi görüşüne uygun düşen bölümlerini dikkate alır (64). Bu nedenle kendi davranışlarını gerçekçi biçimde değerlendiremez. (65). ise yetişkin nüfusun % 10'nun yalnızlık ile ilgili sorunlarının olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Bu sorunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir:

• Kendisini değersiz hissetme ve harekete geçmek için başkalarını bekleme,

•Sosyal ilişkilerindeki başarısızlıktan dolayı kendini suçlama ve sevilmeyi haketmediğini varsayma,

•Sohbetlere ve sosyal aktivitelere katılamama, kabuğuna çekilme ve başkaları ile kaynaşamadığı için öfke duyma,

• Başkaları tarafından yargılanıyormuş gibi hissetme ve rahat davranamama,

• Fark edilmekten ve başkalarının isteklerine hayır demekten korkma,

• Grup aktivitelerine katılmakta, kendini başkasına takdim etmekte ve telefon açmakta güçlük çekme,

• Kendi görünüşüne ve kişiliğine karşı aşırı ölçüde eleştirel olma,

•Mutsuz, soyutlanmış ve yalnız hissetme(66).

Yalnızlık farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Söz gelimi, Leonard(1979) ve Kallıopuska (1986) yalnızlığın bireyin; çevreyle ilişkilerinin kesildiği, depresyonla birlikte oluşan derin yalnızlık; kendini toplum içinde yabancı hissetmesiyle oluşan sosyal durum yalnızlığı; beden ve çevre koşulları iyi olsa bile, ruhsal dünyasındaki beklentilere yanıt alamayınca oluşan duygusal yalnızlık; iç dünyasındaki üzüntülerden kaynaklanan, dışarı yansıtılmayan, görünen davranışları normal olan gizli yalnızlık gibi farklı biçimlerde görülebileceğini ifade etmişlerdir. Sadler (1978)'e göre ise yalnızlık, boşluk ve üzüntü duygusunun yoğun yaşanması ve bağlanma ihtiyacının artması biçiminde kendini göstermekte ve beş farklı şekilde görülmektedir: Kişiler arası yalnızlık; bir yakının ölümünden sonra ortaya çıkan yalnızlık duygusudur. Kişi kaybettiği birinin yokluğunu sürekli olarak hisseder Sosyal yalnızlık; içinde bulunduğu sosyal gruptan istemeden ayrılan kişilerde görülen abartılı biçimde ortaya çıkan yalnızlık duygusudur. Genellikle azınlık gruplarında görülür. Kültürel şok; yabancı bir ülkeye göç edenlerin çoğunda bu duygu yaşanır. Tamamıyla yeni bir kültürel çevreye katılan kişide görülen toplumdan soyutlanmışlık duygusudur. Psikolojik yalnızlık; kişiliğin derinliklerinden kaynaklanan, kimyasal dengenin bozulması veya geçmişte yaşanan bir travmanın neden olduğu duygusal durumdur. Bu kişilere psikolojik destek sağlanması gerekir. Varoluşsal yalnızlık; sonu kendisini üstün bir gücün eline bırakmaya kadar varan imkânsız bir kişi ile bütünleşmiş olma duygusu biçiminde kendini gösteren yalnızlıktır.

Yalnızlığa hazırlayıcı etmenler Bu etmenler arasında kişisel özellikler, sosyal ilişkiler, maddi durum, kültürel özellikler yer alır.

Kişilik özellikleri: Yetersiz sosyal beceriler, duygusal uyarılma, çatışma, zayıf benlik algısı, negativistik tutumlar

Yalnızlığı ortaya çıkarıcı etmenler

Boşanma ayrılık, kayıp, yeni bir iş, farklı bir şehre taşınma, herhangi bir hastalığa yakalanma, engellilik durumları

Yalnızlığın belirtileri

Yeme alışkanlığında değişim, uyku değişimleri, önemsizlik duygusu, somatik ağrılar, tek başına yapılan faaliyetlerde artma, alkol ve ilaç kullanma, intihar girişimleri, düşük omuzlar, aşağı kıvrılmış dudak çizgileri, yavaş ve acı çeker gibi yürüyüş, umutsuzluk, ilgisiz ve amaçsız olmak

Yalnızlığın ölçülmesi

Russel, Peplau ve Ferguson (1978) "UCLA yalnızlık ölçeğini" geliştirmişlerdir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği Demir (1989) tarafından yapılmıştır.

UCLA Yalnızlık Ölçeği:

Russell, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiş ve 1980'de yeniden düzenlenmiştir(57). Onu düz, onu ters yönde kodlanmış yirmi maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir durum sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını dörtlü ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Yüksek puan yalnızlığın daha yoğun yaşandığının belirtisi olarak kabul edilmektedir. Kuramsal olarak her madde 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar en düşük 20, en yüksek 80'dir. 20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu artar, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.
Türkiye'de UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Demir (1989) tarafından yapılmıştır. Araştırmacı, ölçeğin iç tutarlık kat sayısını 96, test tekrar test yöntemi ile iki uygulama arasındaki korelasyon kat sayısını 94 olarak bulmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapıldı (Tarih:04.04.2017 ve Onay No:1484)

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışmanın evrenini, kadınlarda çalışma durumunun depresyon ve yalnızlık üzerine etkisini araştırmak üzere 03.04.2017- 03.07.2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Uygulama Hastanesi 'ne herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş kadınlar kişiler oluşturdu. Çalışmamız tek merkezli, prospektif, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. 18-49 yaşındaki çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan, gönüllü 300 kadın katıldı. Yüz yüze görüşme esas alınarak yapılan anketlerden önce sözel açıklama yapıldı. Çalışmaya alınan tüm bireylerden sözel ve yazılı onam alındı Anket Ucla Yalnızlık envanteri ve Beck depresyon envanteri ile birlikte sosyodemografik özellikleri, bilgi, tutum ve davranış düzeylerinden oluşan 50 soru soruldu.

3.3. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

1. 18 yaş üstü, 49 yas altında olan

2. Bilinen bir psikiyatrik hastalığı olmayan

3. İletişim engeli bulunmayan

4. Çalışmaya katılmayı kabul eden

5. Kadın bireyler

3.4. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

1. Ağır psikiyatrik hastalığı olanlar

2. İletişim engeli olanlar (işitme, görme gibi)

3. Hamile olanlar

4. 18 yaşın altında olanlar

5. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

6. Erkek

7. 50 yaş üstü

3.5. Çalışma Anketi

3.5.1. Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu

Çalışmada veriler, bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak toplandı. Çalışma durumlarına göre iki gruba ayrılan 18-49 yas kadınlarına hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, kronik hastalık (Hipertansiyon, DM, hiperlipidemi, tiroid hastalıkları, anemi vb sürekli ilaç kullanımına neden olan bütün hastalıklar) varlığı hakkındaki bilgiler ve aile ortamı bilgileri, sigara ve alkol alışkanlığı, haftalık çalışma saatleri bilgilerini içeren 50 soruluk demografik bilgi formu ile, sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten ve bireylerden bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını soran yirmi soruluk anket UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Kişinin kendi kendini değerlendirmesini esas alan, depresyon düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmış, yirmi bir belirti kategorisinden oluşan BECK Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler kaydedildi.

Çalışma formu araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur. Formun oluşturulmasında uzman görüşü temel alınmıştır. Çalışma formunun tamamı EK-1 de gösterilmiştir.

3.5.2. BECK Depresyon Ölçeği (BDE):

Kişinin kendi kendini değerlendirmesini esas alan, depresyon düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmış, yirmi bir belirti kategorisinden oluşan bir ölçektir. Özgün biçimi Beck, Ward ve Mendelson (1961) tarafından, depresif hastaların sıklıkla gösterdiği belirtilerin ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir

araya getirilmesi ile oluşturulmuştur. Ölçekteki her bir belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. Maddeler 0-3 arası puan ile değerlendirilmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyon tanısının konulmasında verilen puan dağılımı şöyledir:

1- Depresyon belirtileri yok (1-10 puan)
2- Hafif düzeyde depresyon belirtileri var (11-17 puan),
3- Orta düzeyde depresyon belirtileri var(18- 29 puan),
4- Ciddi düzeyde depresyon belirtileri var (30-63 puan)(16).

3.5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği:

Russell, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiş ve 1980'de yeniden düzenlenmiştir (Russell et al 1980). Onu düz, onu ters yönde kodlanmış yirmi maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir durum sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını dörtlü ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Yüksek puan yalnızlığın daha yoğun yaşandığının belirtisi olarak kabul edilmektedir. Kuramsal olarak her madde 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar en düşük 20, en yüksek 80'dir. 20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu artar, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.

3.5.4 Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Nitel verilerin analizinde Student T ve ki-kare testi kullanıldı. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı..

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov Z test ile

incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare ve korelasyon testleri, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, ve lojistik regresyon testleri kullanıldı. BDE puanları ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi, sosyodemografik durumlar ve psikososyal stres faktörleri ile Ucla ortalama puanları arasındaki ilişkinin araştırılması için bağımsız gruplarda t-testi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı (medeni durum, eğitim, çalışma durumları, medeni durumları, sosyal güvenceleri, kadınların alkol ve sigara kullanımları). Çalışmamızdaki analizlerde anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demogafik Durumları

Çalışma 03.04.2017- 03.07.2017 tarihleri arasında tarihleri Şişli Hamidiye Etfal Uygulama Hastanesi ’ne herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş kadınlar kişiler, kabul ve dışlama kriterlerini karşılayan toplam 300 olgu ile yapıldı. Kriterlerini karşılayan toplam 300 olgu ile yapıldı. Katılımcıların sorgulanan sosyodemografık verilerine dağılımı Tablo-5 te verilmiştir.

Tablo5:Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		**Sayı**	**Yüzde**
Eğitim	Okur-yazar değil	9	3,00%
	İlköğretim	**103**	**34,30%**
	Lise	80	26,70%
	Yüksek okul	54	18,00%
	Sağlık sektörü	47	15,70%

Meslek	Eğitim sektörü	36	12,00%
	Satış temsilcisi	**48**	**16,00%**
	Üretim, hizmet sektörü	44	14,70%
	Ev hanımı, öğrenci	**125**	**41,70%**
Medeni durum	Bekar	94	31,30%
	Evli	**172**	**57,30%**
	Boşanmış/dul	34	11,30%
Sosyal güvence	Yok	21	7,00%
	Var	**277**	**93,00%**
Çalışma durumu	Çalışmıyor	143	47,70%
	Çalışıyor	**157**	**52,30%**
Menopoz	**Yok**	**280**	**93,30%**
	Var	20	6,70%
Sigara	**İçiyor**	**186**	**62,00%**
	İçmiyor	114	38,00%
Alkol	**Kullanmayan**	**222**	**74,00%**
	Kullanan	78	26,00%

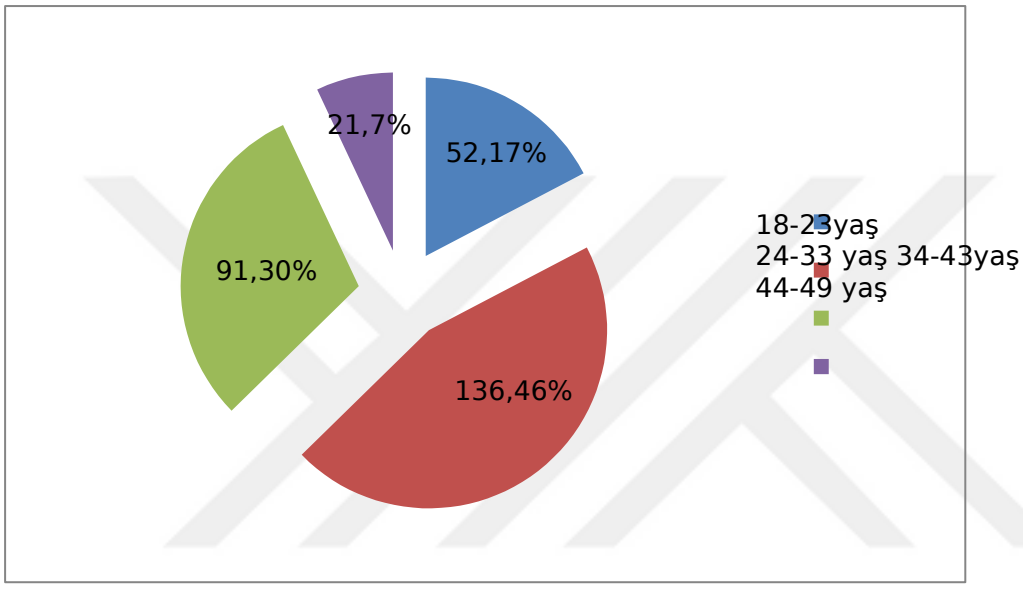
Katılımcıların yaş aylık gelir evde yaşayan kişi sayısı çocuk sayısı haftalık çalıştığı gün sayısı ortalamaları tablo-6 da verilmiştir.

Tablo 6 : Katılımcıların Demografik Özellikleri	**Ortalama**	**SS**
Yaş	30,8	7,42
Aylık gelir	1962,17	896,41
Evde yaşayan kişi sayısı(ortanca)	4	1,4
Haftalık çalıştığı gün sayısı	2,94	2,75

Tablo-6 da görüldüğü üzere tüm katılımcıların yaşları ortalaması 30,80±7,42, (en düşük 18, en yüksek 49 yaş olarak bulundu. En çok 22 katılımcının yaşı 25 idi. (%7. 3 ile)

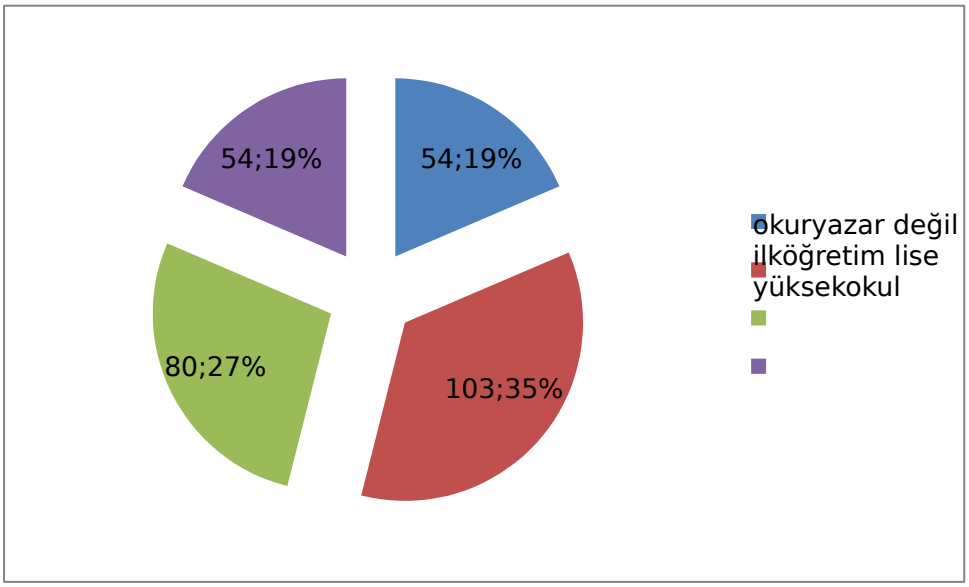
Tüm katılımcıların % 17, 3’ ü (n=52)18-23 yaş grubunda, % 45’ i (n=136) 24-33 yaş grubunda,%29, 2’ si (n=91) 34-43 yaş grubunda ,%7’ si (n=21) 44-49 yaş grubunda idi(Grafik-1).

Buna göre katılımcıların en fazla %46 (n=136)’sı 24-33 yaş grubu arasındadır.



Grafik-1: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Durumları

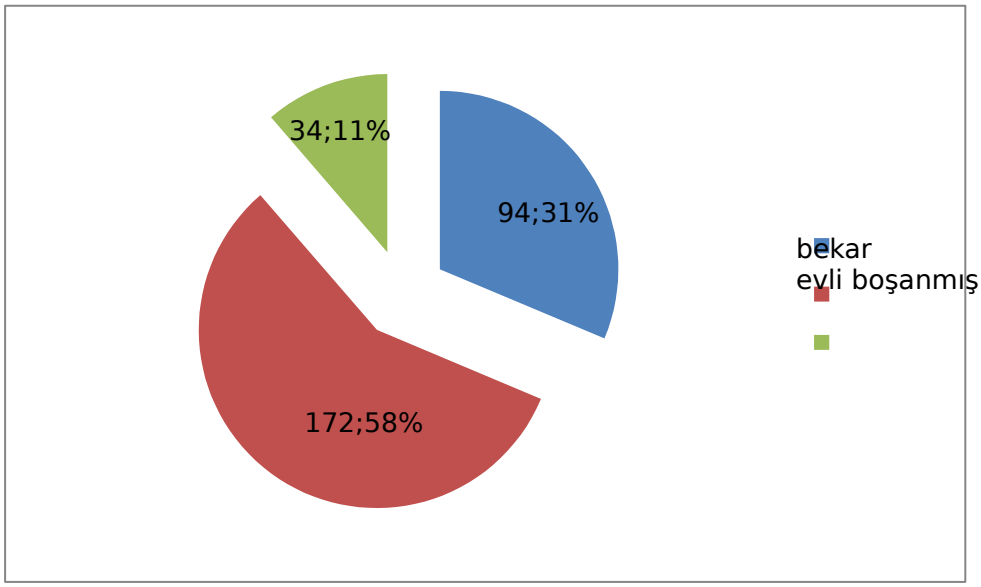
Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların en çok 103 ile (% 34,3) ilköğretim mezunu idi. Katılımcıların 54’ü yüksekokul (%18);80’i lise (%26, 7) mezunu, 54’ü (%18) okuryazardı.9’u (%3) ise okur yazar değildi(Grafik 2).



Grafik-2: Katılımcıların Eğitim Durumları

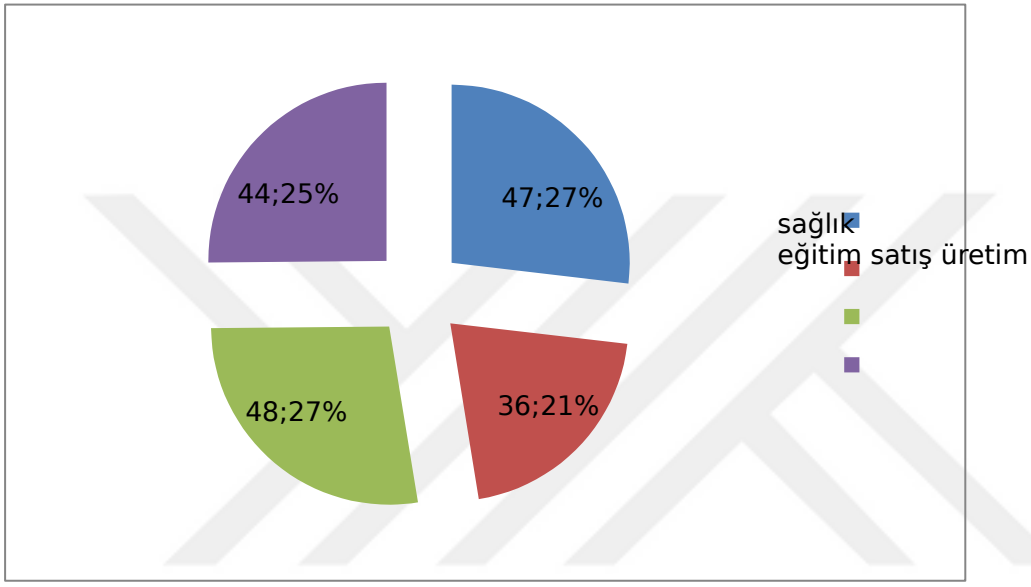
Okuryazar olmayan kadınların yaş ortalaması 38, 6±4,66, okuryazar olan kadınların 35, 6±7, 01; ilköğretim mezunlarının 30,96±7,80; lise 27,8±6,54 olup, üniversite mezunlarının yaş ortalamaları ise 28, 79 ± 5.08 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, n= 94 'ü (%31,3) bekar, n=172'si (%57,3) evli, n=34'si (%11,3) boşanmış ya da dul olarak bulundu(Grafik3). Bekar katılımcıların yaş ortalaması 25,02±5,2; evlilerde 33,19±7,0 boşanmış ya da dul olanlarda ise 34,74±4,97 idi.



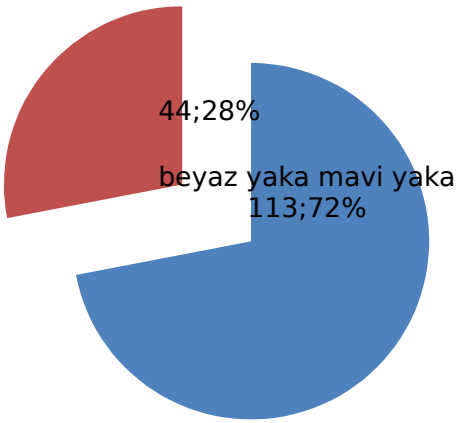
Grafik-3: Katılımcıların Medeni Durumları

Katılımcıların meslek dağılımlarına bakıldığında % 41, 7'sinin (n= 125 kişi) ev hanımı, işsiz veya öğrenci olduğu, en fazla katılımcının olduğu meslek gruplarında da kadınların %16,0'sinin (n=48 kişi) satış temsilcisi, %16'inin (n=47 kişi) sağlık hizmetleri, %14,7' sinin (n=44 kişi) üretim sektörü, %12 (n=36) eğitim sektöründe olduğu görüldü (Grafik4).



Grafik-4: Katılımcıların Meslek Durumları

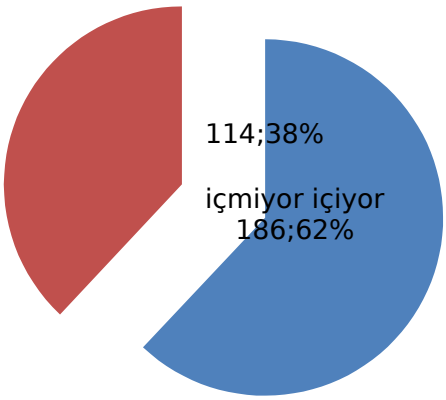
Mavi yaka beyaz yaka oranına bakıldığında çalışmamıza katılanlar en fazla %72 (n=256)'si beyaz yaka çalışanıydı(Grafik 5).



Grafik-5: Katılımcıların Meslek Grupları Dağılımı

Ev hanımların yaş ortalaması 34±7, 5, hizmet sektöründekiler 30±7,17, satış temsilcisi olarak çalışanların 26. 9±6,9,eğitim sektöründekilerin 27. 2±6,06, sağlık sektöründeki katılımcıların yaş ortalamaları ise 29,4 ± 5,52 idi.

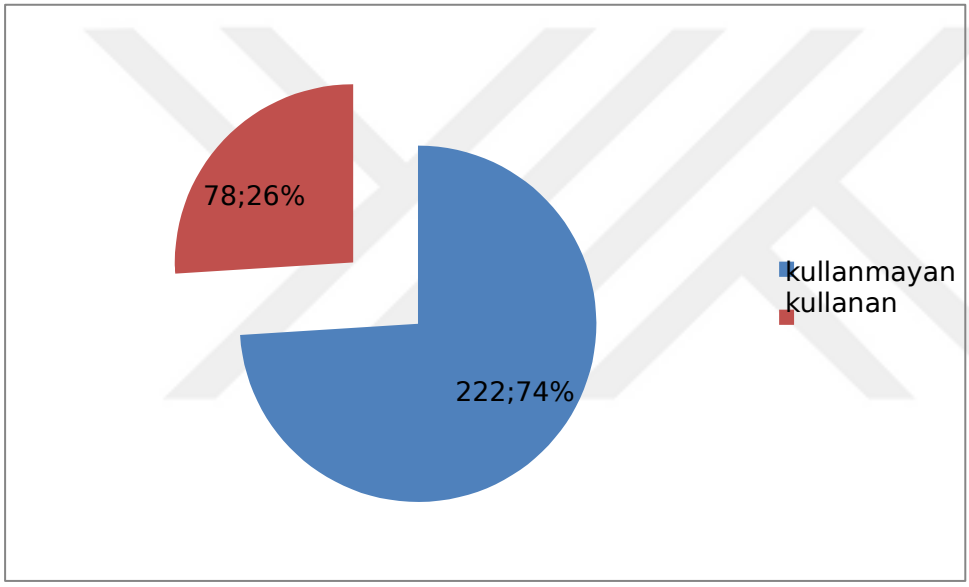
Katılımcıların 186'sı (%62) hiç sigara içmemiş, 114'ü (%38) sigara içme öyküsü bulunuyordu (Grafik 6).



Grafik-6: Katılımcıların Sigara İçme Durumları

Sigara içme öyküsü olan kadınların yaş ortalamaları 30,43±6,51 iken, sigara içmemiş olan katılımcıların yaş ortalaması 31,03±7,94 idi. Evde sigara içen kadın sayısı 114 (%38), iş yerinde içen kadın sayısı 71(%23,6)idi.

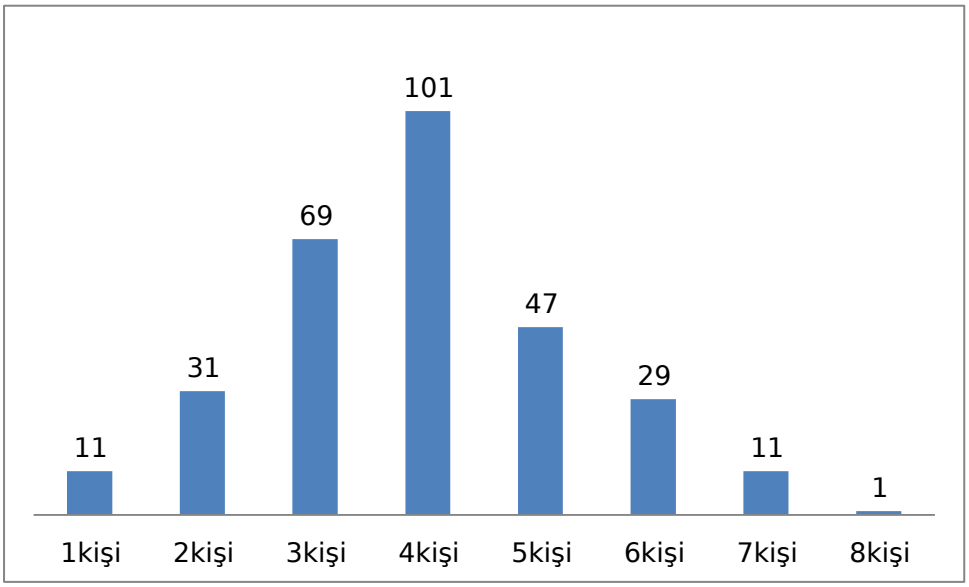
Katılımcıların 78'inde (%26,6) alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Katılımcılardan %83, 4 ü (n=222) hiç alkol kullanmamıştı. Katılımcıların alkol kullanım durumu Grafik 7'de gösterilmiştir.



Grafik-7: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumları

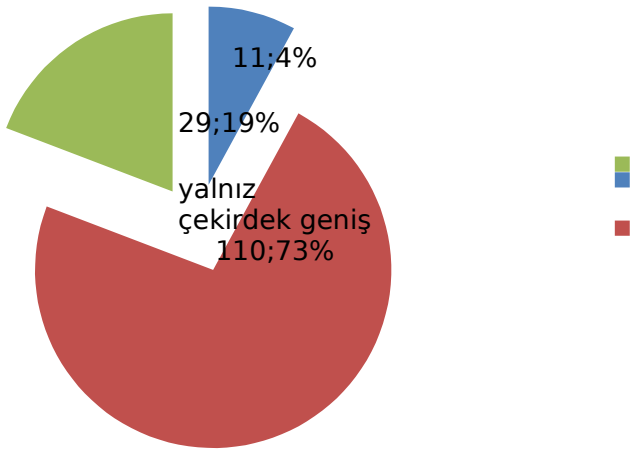
Alkol kullanma öyküsü olan katılımcıların ortalama yaşları 29, 6±6,87 iken, hiç kullanmış olanların 31,22±.7,58 idi.

Katılımcıların evde yaşayan kişi sayısına göre en fazla 8, en az 1 kişi yaşıyordu. Evde yaşayan kişi sayısı dağılımı Grafik 8'de gösterilmiştir. Evde sürekli yaşayan kişi sayısı ortanca değer 4; en düşük 1, en yüksek 8 idi. Evde yaşayan kişi sayısı arasında en sık rastlananı %33, 7 ile (n=101)4 kişi yaşayanlardı.



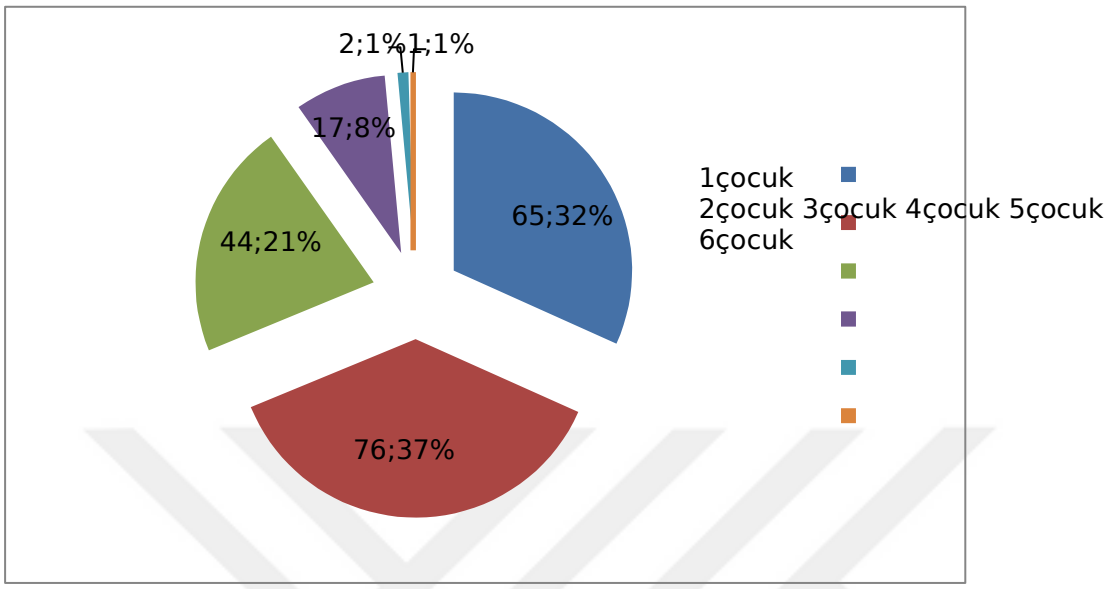
Grafik-8: Katılımcıların Evde Kalan Kişi Sayısı Durumları

Katılımcıların %3. 7'si (n=11)evde yalnız yaşarken; evli katılımcıların % 73'ü (n=110) çekirdek aile (çocuklar anne ve baba);%19 'u (n=29) geniş aile olarak yaşıyordu (Grafik 9).



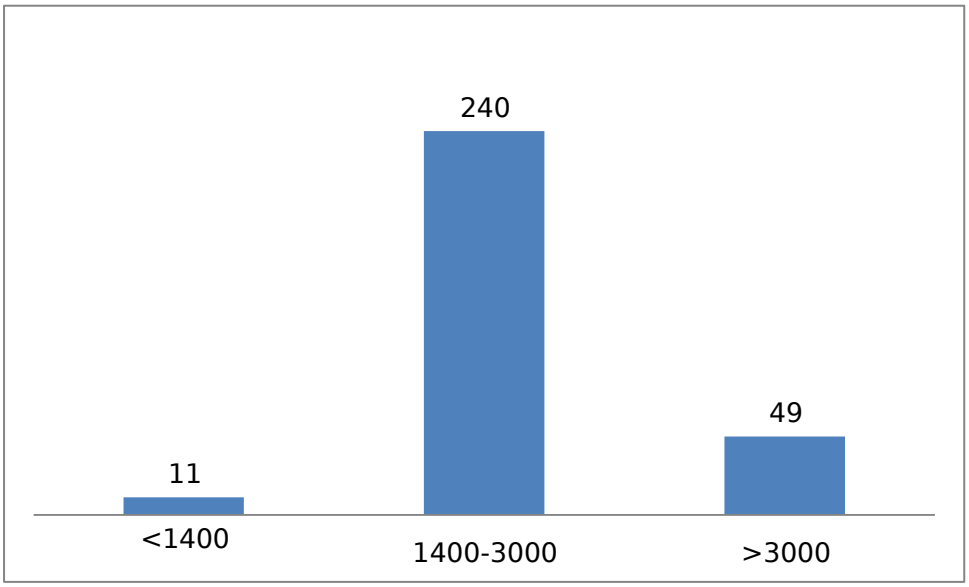
Grafik-9: Katılımcıların Aile Yapısı Dağılımı

Tüm katılımcıların genel ortanca çocuk sayısı 2 idi. Çocuk sayısına göre dağılımında (6 çocuk) en fazla, (1 çocuk) en az çocuk sayısı vardı. Çocuk sayısı arasında en sık rastlananı %25, 3 ile (n=76) 2 çocuğu olanlardı. Evli olup çocuğu olmayanların sayısı 4 (%1, 3) idi.



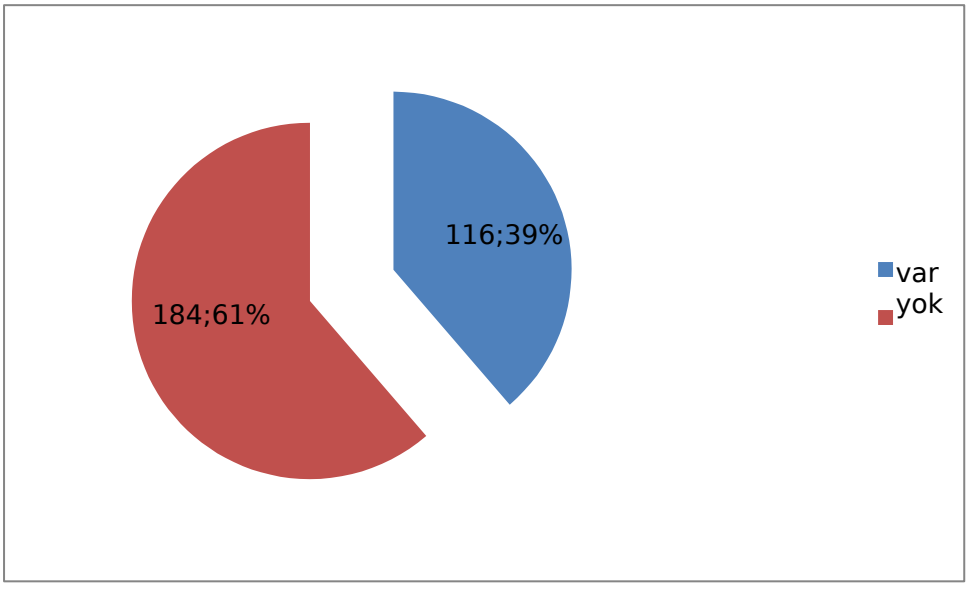
Grafik-10: Katılımcıların Çocuk Sayısı Dağılımları

Katılımcıların aylık aile geliri ortalama 1962,17 ±896, 41) TL, ortanca 1300 TL (en düşük 400, en yüksek 4500 TL) idi. Katılımcılar arasında <1400 tl altında kazancı olan 11(%3, 7) kişi, 1400-3000 tl arasında kazancı olan 240 (% 86, 3)kişi, >3000 tl üzerinde kazancı olan 49 (% 10)kişi idi. Katılımcıların aylık kazanç durumları grafik 11’ de verilmiş olup, çalışmamıza katılanlar en fazla %80 (n=259)’i 1400-3000 arasında eve giren aylık gelirleri bulunmaktadır.



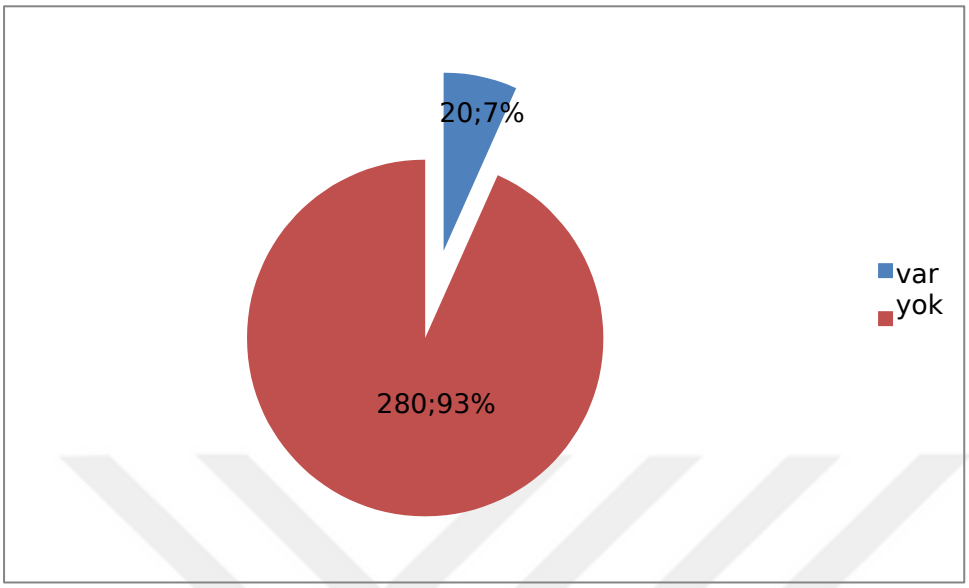
Grafik-11: Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımları

Tüm katılımcılarda kronik hastalıklar olan % 38, 7 (n=116 kişi) ,kronik hastalık olmayan % 61, 3 (n=184 kişi) olarak tespit edilmiştir. (Grafik 12) Kronik hastalık olan katılımcıların yaş ortalamaları 35,2±7,26 iken, olmayanların ortalamaları 28± 6.04 idi.



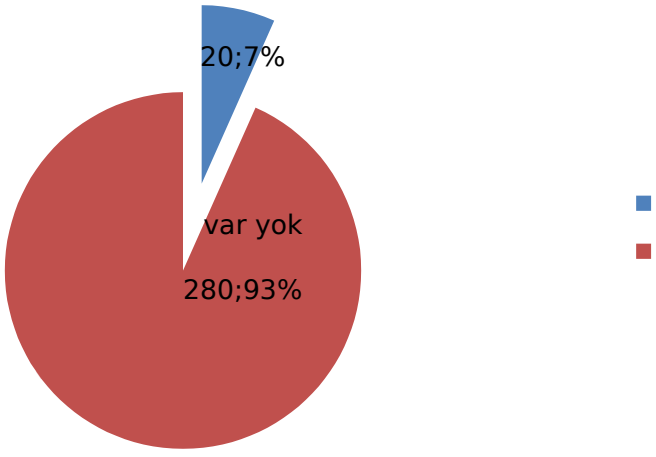
Grafik-12: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Durumları

Katılımcılar arasında menopozda olan kadınlar % 6,7 (n=20 kişi) ,menopozda olmayan %93, 3 (n=280 kişi) olarak saptanmıştır. Menopozdaki kadınların yaş ortalamaları 29,83 ±6,66 iken olmayan katılımcıların ortalamaları 44, 4±2,89 idi.(Grafik 13)



Grafik-13: Katılımcıların Menopoz Durumları

Katılımcıların sosyal güvence durumları grafik 14'te verilmiş olup, çalışmamıza katılanlar en fazla %93 (n=277)'ünün sosyal güvencesi bulunmaktaydı.



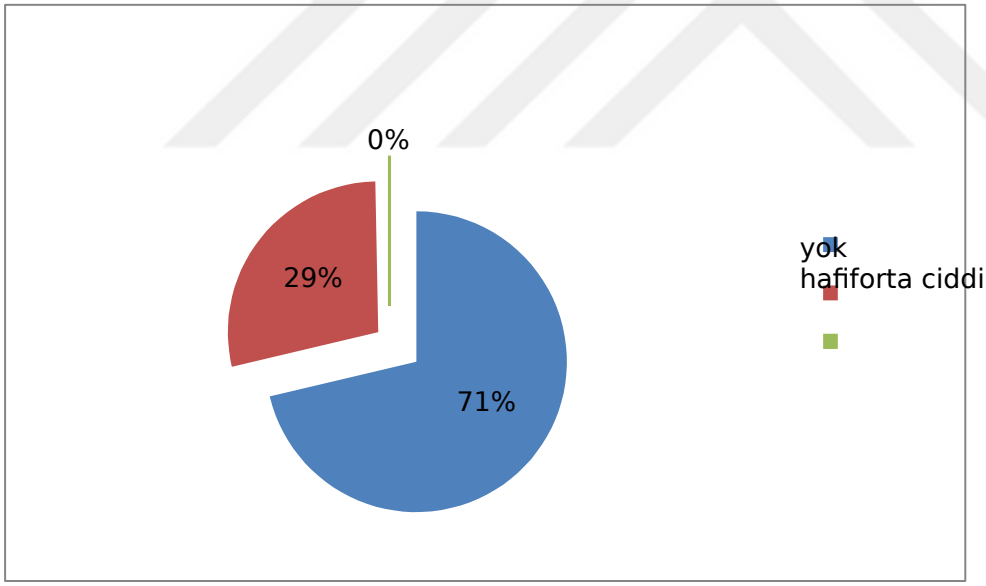
GRAFİK-14: Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları

4.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Skorlarına ve Depresyon Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların BECK Depresyon envanteri total puanlarının ortalaması 6.78±4.75;ortanca puanları 6±4.75,en düşük puan 0, en yüksek puan 19 dur. Katılımcılar tarafından en sık alınan puan 32 kişi (%10. 7) ile 1 puandır.

Tüm katılımcıların depresyon düzeyi puanı BECK depresyon envanterine göre belirlendi. Depresyon düzeyi belirtileri ile ilgili verilen puan dağılımı: Depresif belirtileri olmayan (<10 puan); 1- Hafif düzeyde depresif belirtiler (11-17 puan); 2- Orta düzeyde depresyon belirtiler (18-29 puan); 3- Ciddi düzeyde depresyon belirtiler (30-63 puan) olarak değerlendirildi. Tüm katılımcılarda depresif belirtileri olmayan (<10 puan) 221 kişi (%70, 3), hafif depresif belirtileri olan katılımcılar (10-17 puan) 88 kişi (% 29,4)

ciddi düzeyde depresyon belirtileri olan ise (17>puan) 1 kişi (%0,3) idi.



Grafik-15: Katılımcıların Depresyon Belirtileri Durumları

Yaş ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında depresif belirtileri olanların yaş ortalaması 33, 90±6, 26 iken depresyon belirtileri olmayanların 29, 39±7,49 idi.

Tablo7: Yaşa göre depresyon belirtileri varlığı veya yokluğu açısından ROC analiz

AUC	Std hata	P	%95 Güven aralığı

			Alt sınır	Üst sınır
0,331	0,046	0,002	0,241	0,421

24 yaş, depresyon belirtilerinin varlığı veya yokluğu açısından cut-off değeri olarak kabul edilmiştir (AUC.0.331, p=0.002, sensitivite: 719, spesifite: 791).

Tablo9: Depresyon belirtileri olmayanlarda Beck Depresyon Ölçeği skoru ile yaş arasındaki korelasyon

		Yaş
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	R	0,114
	P	0,272
	N	206

Depresyon belirtileri olmayan katılımcılarda Beck Depresyon skoru ile yaş arasında anlamlı korelasyon tespit edilmedi (r=0.114, p=0.272).

Tablo10: Depresyon belirtileri olanlarda Beck Depresyon Ölçeği skoru ile yaş arasındaki korelasyon

		Yaş
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	R	0,220
	P	0,001
	N	94

Depresyon belirtileri olan katılımcılarda Beck Depresyon skoru ile yaş arasında anlamlı hafif korelasyon tespit edildi (r=0.220, p=0.001).Depresyon belirtileri olanlarda yaş arttıkça depresif belirti görülme sıklığı artıyordu.

Diğer sosyo-demografik verilerle Beck Skoru arasındaki ilişkiler tablo-8 de verilmiştir.

Tablo8 : Beck Depresyon Ölçeği Skoru	**Ortalama**	**SS**	**P değeri**

Eğitim	**Okur-yazar değil**	**10,11**	**4,48**	<0.001
	İlköğretim	9,09	5,03	
	Lise	6,66	4,79	
	Yüksek okul / Üniversite	5,72	4,23	
Meslek	Sağlık sektörü	4,96	4,16	0.031
	Eğitim sektörü	5,36	3,86	
	Satış temsilcisi	6,31	4,3	
	Üretim, hizmet sektörü	**7,54**	**5,26**	
	Ev hanımı, öğrenci	7,68	4,92	
Medeni durum	Bekar	5,98	4,17	<0.001
	Evli	6,37	4,64	
	Boşanmış/dul	**11,09**	**4,74**	
Sosyal güvence	**Yok**	**9,33**	**5,97**	0,014
	Var	6,97	4,62	

Beck Depresyon Ölçeği Skoru		**Ortalama**	**SS**	**P değeri**
Menopoz	**Yok**	**6,85**	**4,84**	0.005
	Var	5,85	3,34	
Sigara	İçmeyen	6,02	4,9	0.129
	İçen	**8,02**	**4,24**	
Alkol	Kullanmayan	6,34	4,81	0.884
	Kullanan	**8,03**	**4,4**	
Kronik hastalık	Yok	5,45	4,39	0.406
	Var	**8,89**	**4,57**	

Tablo11: Mesleklere göre Beck Depresyon Ölçeği toplam skorlarının karşılaştırılması

	Meslek						
	Beyaz yaka			**Mavi yaka**			
	n	**Ortalama**	**SS**	**n**	**Ortalama**	**SS**	
Beck Depresyon	131	5,56	4,14	44	7,84	5,26	0.013

Ölçeği Skoru							

Eğitim durumu ile BECK toplam skoru arasındaki ilişkiye baktığımızda okuryazar olmayanlar ortalama skoru 10,11±4,48;üniversite mezunu olanların ortalaması 5,72±4,23 idi. En yüksek puan alan katılımcılar okuryazar olmayanlardı. Eğitim durumu ile BECK toplam skoru arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı(p<0,001)(Tablo 8).

BECK toplam skoru ile medeni durum arasındaki ilişkiye baktığımızda evli olmayanlar ortalama skoru 5,98±4,17,evli olanların ortalaması 6,37 ±4,64,dul ya da boşanmış olanların ise11,09 ±4,74 idi. Medeni duruma göre bakıldığında evli ve bekarlarda BECK toplam skoru arasında çok yüksek düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir(p<0,001)(Tablo 8). En yüksek puan alanlar dul ya da boşanmış olan katılımcılardı.

BECK toplam skoru ile meslek durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda üretim ve hizmet sektöründe işçi olarak çalışanların ortalama BECK skoru 7,54±5,26, sağlık sektöründe çalışanların ortalaması 4,96±4,16;eğitim sektöründe çalışanların 5,36±3,86 satış temsilcisi olarak çalışanların ise 6,31±4,30 idi. Mavi yaka çalışanların Beck skoru 5, 56±4, 54 iken; beyaz yaka çalışanların skoru 7, 84±5,26 idi. Mavi yaka çalışanlarında Beck Ölçeği skoru artıyordu(Tablo11).

Aylık gelir durumu ile BECK toplam skoru arasındaki ilişkiye bakacak olursak,katılımcıların asgari ücret altı Beck toplam puan ortalaması 9,54±5,66;.asgari ücret ve üstü kazancı olan katılımcıların BECK ortalaması ise 6,67±4,69 idi. Aylık gelir durumu ile depresyon arasında istatiksel olarak yüksek derecede anlamlı bir ilişki vardı(p<0,05).Gelir azaldıkça ortalama skor artıyordu.
BECK skoru ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye baktığımızda kronik hastalığı olanlar ortalama skoru 8,89 ±4,57; olmayanların ortalaması 5,45±4,39 idi. Kronik hastalıklar ile BECK toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu(p=0,406) (Tablo8). Kronik hastalığı olanların puanları daha yüksekti.

BECK toplam skoru ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda sigara kullanmamış olanların ortalama skoru 6,02±4,90; sigara kullanmış olanların ortalaması 8,02± 4,24 idi Sigara içme durumu ile BECK toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu(p=0,13)(Tablo8).

BECK toplam skoru ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda alkol kullanmamış olanların ortalama skoru 6,34±4,81;kullanmış olanların ortalaması 8,03±4,40 idi. Alkol

kullanma durumu ile BECK toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu(p=0,41) (Tablo8).

Menopozda olan kadınların ortalama BECK toplam skoru 6,85±4,84 iken olmayanların 6,45±3,34 idi. Menopoz olup olmaması dönemlerine göre; BECK toplam skoru açısından anlamlı bir korelasyon yoktu.(p=0,05)(Tablo8).

BECK toplam skoru ile sosyal güvence durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda sosyal güvencesi olanların toplam ortalama skoru 6,57±4,62;sosyal güvencesi olmayanların ortalaması 9,33±5,97 idi. Sosyal güvence ile BECK skoru ile anlamlı bir korelasyonu vardı(p=0,01) (Tablo 8). Sosyal güvencesi olmayanlar daha fazla puan aldılar.

Beck depresyon skoruna göre katılımcılar 2 gruba ayrılmış (depresyonda olanlar ve olmayanlar) ve karşılaştırma yapılmıştır(Tablo-12).

Tablo12: Katılımcıların Depresyon Durumunun Demogratif Durumlarla İlişkisi

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE						
		Total puan<11 (Depresyon Belirtileri yok)		**Total puan >11 ve üstü** (Depresyon Belirtileri var)		
		N	**Yüzde**	**N**	**Yüzde**	
Eğitim	Okur-yazar değil	4	1,90%	5	5,30%	<0.001
	İlköğretim	49	32,60%	**54**	**58,60%**	
	Lise	**50**	33,00%	30	32,60%	
	Yüksek okul	42	28,50%	12	13,00%	
Meslek	**Sağlık sektörü**	**41**	**19,90%**	6	6,40%	<0.001
	Eğitim sektörü	29	14,10%	7	7,40%	
	Satış temsilcisi	37	18,00%	11	11,70 %	
	Üretim, hizmet sektörü	24	11,70%	**20**	**21,30 %**	
	Ev hanımı, öğrenci	**75**	**36,40%**	**50**	**53,20 %**	
Medeni durum	Bekar	73	35,40%	21	22,30%	<0.001

	Evli	**122**	**59,20%**	**50**	**53,20 %**	
	Boşanmış/dul	11	5,30%	23	24,50%	
Sosyal güvence	Yok	10	4,90%	11	11,70 %	0.033
	Var	**194**	**95,10%**	**83**	**88,30%**	
Menopoz	**Yok**	**189**	**91,70%**	**91**	**96,80%**	0.079
	Var	17	8,30%	3	3,20%	
Sigara	**İçmeyen**	**130**	**64,00%**	56	48,90%	0.021
	İçen	76	36,00%	**58**	**51,10 %**	
Alkol	**Kullanmayan**	**163**	**79,10%**	**59**	**62,80%**	0.002
	Kullanan	43	20,90%	35	37,20%	
Kronik hastalık	**Yok**	**147**	**71,40%**	37	39,40%	<0.001
	Var	59	28,60%	**57**	**60,60%**	

Tablo13: Depresyon Belirtileri Olanların ve Olmayanların Mesleklerine göre Karşılaştırılması

		Depresif belirtiler						
		Yok			**Var**			
		n	**Sütun yüzde**	**Satır yüzde**	**n**	**Sütun yüzde**	**Satır yüzde**	**p**
Meslek	Beyaz yaka	107	81,7 %	81,7 %	24	54,5%	18,3%	0.021
	Mavi yaka	24	18,3 %	54,5 %	20	45,5%	45,5%	

Tablo 12’de görüldüğü gibi eğitim durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda okuryazar olmayanların %55,6 sinde depresif belirtiler görülürken, üniversite mezunu olanların depresif belirtiler görülme sıklığı %29,8 idi. Eğitim durumu azaldıkça depresyon düzeyi de artıyordu(p<0,001).

Meslek durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda mavi yaka çalışanların %45, 5’ inde depresyon görülürken, beyaz yaka çalışanlarda %18’ inde depresyon görüldü. En fazla depresyon görülme sıklığı üretim/işçi, hizmet sektörü işlerinde çalışanlar arasındaydı(%45, 5). En az depresyon görülen meslek grubu ise %12,8 ile sağlık sektörü idi.

Mavi yaka çalışanlarının %45,5'inde depresif belirti görülürken iken,beyaz yaka çalışanların %18,3' de depresif belirti görüldü.Mavi yaka çalışanlarında depresyon belirtileri görülme sıklığı daha fazlaydı(p=0,021)(Tablo13).

Medeni durum ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda bekar olanların %22,3 ünde depresif belirtiler görülürken, evlilerde %29,1 inde depresif belirtiler görüldü(p<0,001). En sık depresif belirtiler % 67, 6 ile dul/boşanmışlarda görüldü. Medeni duruma göre bakıldığında evli ve bekarlarda depresyon düzeyi arasında çok yüksek düzeyde bir anlamlı farklılık vardı(p<0,001) (Tablo 12).

Sosyal güvence ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda sosyal güvencesi olanların % 30 unda depresif belirtiler görülürken, olmayanlarda depresyon belirtileri görülme sıklığı %52, 4 idi. Sosyal güvence olup olmaması, depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı(p<0,05)(Tablo 12). Sosyal güvencesi olmayanlarda depresyon düzeyi artıyordu.

Kronik hastalıklar ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda kronik hastalık olanların % 49, 1 inde depresyon belirtileri görülürken, kronik hastalığı olmayanlarda depresif belirtileri görülme sıklığı % 20, 1 idi. Kronik hastalıklar ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı(p<0,05). Kronik hastalığı olanlarda depresyon düzeyi artıyordu.

Sigara içme ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda sigara içenlerin %42. 1 inde depresyon belirtileri görülürken, içmeyenlerde depresif belirtileri görülme sıklığı % 24, 7 idi. Sigara içme öyküsü ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı. (p<0,05) (Tablo 12). Sigara içme oranı arttıkça depresyon düzeyi artıyordu.

Alkol tüketme durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda alkol tüketenlerin % 44, 9 unda depresyon belirtileri görülürken, alkol tüketmeyenlerde depresif belirtileri görülme sıklığı % 26,6 idi. Alkol kullanma durumu ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı korelasyon vardı(p<0,05). Alkol kullanımı arttıkça depresyon düzeyi artıyordu.

Menopoz döneminde olup/olmama durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda menopozda olanlar %15 inde depresyon belirtileri görülürken, menopozda olmayanlara göre depresif belirtileri görülme sıklığı %32, 5 idi. Menopoz olup olmamasına dönemine göre; depresyon düzeyi açısından anlamlı değildi(p=0,08) (Tablo 12).

Evde yasayan kişi sayısı ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye bakacak olursak depresif belirtileri olan katılımcıların %2. 2’ si (n=2) yalnız yaşarken , % 7. 8’i (n=7) 2 kişi;%17. 9 ‘u (n=16) 3 kişi;%21. 3’ü (n=19) evde 4 kişi yaşıyordu. Evdeki kişi sayısı arttıkça depresyon düzeyi artıyordu (p<0,001).

Depresif belirtileri olan katılımcıların %14. 6’sı (n=13) 5 gün çalışırken;%23. 5 ‘i (n=21) 6 gün çalışmaktadır.7 gün çalışanlar arasında hiç depresyon belirtileri görülmemiştir. Haftalık çalıştığı gün sayısı ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki yoktu (P=0,16).

4.3. Katılımcıların Ucla Yalnızlık Envanteri Skorlarına ve Yalnızlık durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların UCLA yalnızlık envanteri toplam puanlarının ortalaması 26,11±7.14 ortanca puanları 23±7,14 en düşük puan 20, en yüksek puan 41 dir. Katılımcılar tarafından en sık alınan puan 109 kişi (%36. 3) ile 20 puandır. Sosyo-demografik özelliklerine göre sınıflandırılan katılımcıların UCLA yalnızlık envanteri toplam skorlarının karşılaştırılması Tablo-14 te verilmiştir.

Tablo14: Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların UCLA Yalnızlık Envanteri Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 14 UCLA Toplam Skor		**Ortalama**	**SS**	**P değeri**
Eğitim	**Okur-yazar değil**	**33,11**	**6,7**	<0.001
	İlköğretim	29,15	8,07	
	Lise	27,4	7,61	
	Yüksek okul / Üniversite	23,44	5,11	
Meslek	Sağlık sektörü	25,04	5,5	0.021
	Eğitim sektörü	23,11	4,62	
	Satış temsilcisi	24,54	6,31	
	Üretim, hizmet sektörü	**27,32**	**8,09**	
	Ev hanımı, öğrenci	**27,94**	**7,68**	

Medeni durum	Bekar	24,33	5,99	<0.001
	Evli	25,75	6,87	
	Boşanmış/dul	**32,91**	**7,72**	
Sosyal	**Yok**	**26,86**	**7,69**	0,493
	Var	26,02	7,09	

UCLA TOPLAM SKOR		**Ortalama**	**SS**	**P değeri**
Menopoz	Yok	26	7,12	**0.266**
	Var	**27,7**	**7,56**	
Sigara	İçmeyen	25,7	7,33	0.419
	İçen	**26,8**	**6,82**	
Alkol	Kulanmayan	26,77	7,21	0.061
	Kullanan	**27,09**	**6,92**	
Kronik hastalık	Yok	24,64	6,74	0.020
	Var	**28,47**	**7,17**	

Tablo15: Mesleklere göre Ucla Envanteri Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

	Meslek						
	Beyaz yaka			**Mavi yaka**			
	n	**Ortalama**	**SS**	**n**	**Ortalama**	**SS**	
Ucla Toplam Skor	131	23,97	5,58	44	27,32	8,09	<0.001

Yaş ile Ucla toplam skor arasında anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir (p<0.001).Yaş arttıkça yalnızlık artıyordu.

Eğitim durumu ile UCLA toplam skoru arasındaki ilişkiye baktığımızda okuryazar olmayanlar ortalama skoru 33,11±6,70;üniversite mezunu olanların ortalaması 23,44±5,11 idi. Okuryazar olmayan katılımcılarda yalnızlık görülme sıklığı artıyordu. UCLA toplam skoru ile eğitim arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı(p<0.001).

UCLA toplam skoru ile medeni durum arasındaki ilişkiye baktığımızda evli olmayanlar ortalama skoru24,33 ±5,99,evli olanların ortalaması 25,75 ±6,87, boşanmış dul olanların ise 32,91 ±7,71 idi. Medeni duruma göre bakıldığında evli ve bekarlarda UCLA toplam skoru arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır(p=0.021). En çok dul ya da boşanmış katılımcılarda yalnızlık görülme sıklığı artıyordu.

Çocuk sayısı ile Ucla toplam skoru arasında yüksek düzeyde anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir (sırasıyla r=0.318, p<0.001).Çocuk sayısı arttıkça yalnızlık artıyordu.

UCLA toplam skoru ile meslek durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda üretim ve hizmet sektöründe işçi olarak çalışanların ortalama UCLA skoru 27,94±7,68, sağlık sektöründe çalışanların ortalaması 25,04±5,50,eğitim sektöründe çalışanların 23,11±4,62 satış temsilcisi olarak çalışanların ise 24,54±6,31 idi. Beyaz yaka çalışanların Ucla skoru 23,98±5,57.iken mavi yaka çalışanları 27,32±8,09 idi. Mavi yaka çalışanlarda yalnızlık düzeyi artıyordu(p<0,001)(Tablo15).

UCLA toplam skoru ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye baktığımızda kronik hastalığı olanların ortalama skoru 28,47±7,17;kronik hastalığı olmayanların ortalaması 24,64±6,74 idi. Kronik hastalıklar ile UCLA toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı(p=0,02). Kronik hastalığı olanlarda yalnızlık düzeyi artıyordu.

UCLA toplam skoru ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda hiç sigara kullanmamış olanların ortalama skoru 25,70±7,33 sigara kullanmış olanların ortalaması 26,80±6,82 idi. Sigara kullanım ile UCLA toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktur(p=0,42).

UCLA toplam skoru ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda alkol kullanmamış olanların ortalama skoru 25,77±7,21,kullanmış olanların ortalaması 27,09±6,92 idi. Alkol kullanma durumu ile UCLA toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktur(p=0,06).

Menopozda olan kadınların ortalama UCLA toplam skoru 27,70±7,56;olmayanların 26 ±7,12 idi. Menopoz olup olmaması dönemlerine göre; UCLA toplam skoru açısından anlamlı korelasyon (p=0,27) yoktur.

Aylık gelir ile ile Ucla toplam skoru arasında yüksek düzeyde anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir (sırasıyla r=-0.244, p<0.001).Aylık gelir arttıkça yalnızlık azalıyordu.

Haftalık çalışma saati ile Ucla toplam skoru arasında yüksek düzeyde anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir (sırasıyla r=-0.356, p<0.001).Çalışma saatleri arttıkça yalnızlık azalıyordu.

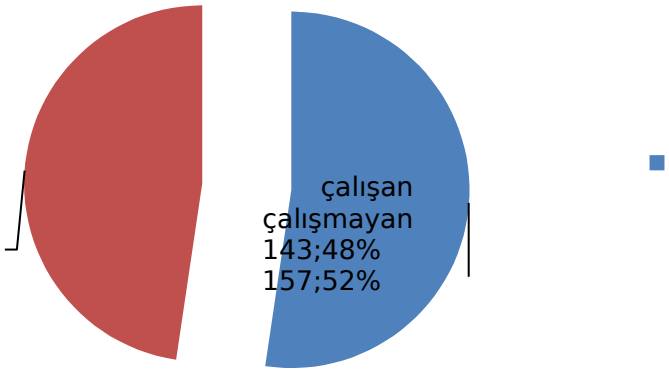
Evde yaşayan kişi sayısı ile Ucla toplam skoru arasında yüksek düzeyde anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir (sırasıyla r=0.284, p<0.001).Evdeki kişi sayısı arttıkça yalnızlık azalıyordu.

UCLA toplam skoru ile sosyal güvence olup/olmaması arasındaki ilişkiye baktığımızda sosyal güvencesi olanların toplam ortalama skoru 26,02±7,09, sosyal güvencesi olmayanların ortalaması 26,86±7,69 idi. Sosyal güvencenin olup /olmama durumu ile UCLA toplam skoru açısından anlamlı korelasyon yoktu(p=0,49).

4.4. Katılımcıların Çalışma Durumları

Katılımcılar çalışma durumuna göre iki gruba ayrıldı.143 çalışmayan,157 çalışan kadın bu iki grubu oluşturdu. Katılımcıların çalışma durumları grafik 16' da verilmiş olup, çalışmamıza katılanlar en fazla %52 (n=157)'si çalışmakta idi.

GRAFİK-16: Katılımcıların Çalışma Durumları



Çalışmayan katılan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durum, sigara içme durumları ve özgeçmişlerine dair bilgilerini içeren sosyodemografik bulguları Tablo 6'da gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 300 katılımcıya ait verilerin analizi yapıldı.

Katılımcılar öncelikle çalışma durumlarına göre iki gruba (Grup 1: Çalışan kadınlar, Grup 2: Çalışmayan kadınlar) şeklinde ayrıldı. Bu iki grup arasında sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı (Tablo 16).

Tablo 16: Çalışan ve çalışmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu				
	Çalışmıyor		**Çalışıyor**		
	Ortalama	**SS**	**Ortalama**	**SS**	
Yaş	**33,25**	**7,55**	28,57	6,57	<0.001
Aylık gelir	1481,82	274,09	**2399,68**	**1033,25**	<0.001
Evde yaşayan kişi sayısı	**4**	**1**	3	1	0.131
Çocuk sayısı(ortanca)	**2**	**1**	1	1	0.023

Yaş ile çalışma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanların yaş ortalaması 28,57±6,57 iken çalışmayanların 33,25±7,55 idi. Çalışma durumuna göre olarak iki ana gruba ayrılan kadın katılımcılar arasında; yaş ile çalışma durumu çok yüksek düzeyde anlamlı farklılık gösteriyor.($p<0,001$). Yaş arttıkça çalışma sıklığı azalıyordu(Tablo 16).

Aylık gelir düzeyleri ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanların ortalama geliri 2399±1033 tl; çalışmayanların ortalama geliri 1481, 8±274 tl idi. Çalışma durumu ile ortalama gelir arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olup çalışma durumu arttıkça gelirde artıyordu($p<0,001$) (Tablo16).

Çalışan ve çalışmayan katılımcılar evde yaşayan kişi sayısı (sırasıyla ortanca 4±1 ve 3±1);iki grup arasında evde kalan kişi sayısı açısından anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,131)(Tablo 16).

Çalışan ve çalışmayan katılımcılar çocuk sayısı(sırasıyla ortanca2±1 ve 1±1) iki grup arasında evde kalan kişi sayısı açısından anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,131).

Çalışma sıklığı arttıkça çocuk sayısı artıyordu.

Diğer sosyo-demografik verilerle çalışma durumu arasındaki ilişki Tablo-17 de verilmiştir.

Tablo17: Katılımcıların Çalışma Durumunun Demogratif Durumlarla İlişkisi

Tablo17	**Çalışma durumu**					
		Çalışmıyor		**Çalışıyor**		
		N	**Yüzde**	**N**	**Yüzde**	
Eğitim	Okur-yazar değil	6	5,80%	3	1,90%	<0.001
	İlköğretim	**63**	**56,20 %**	40	27,90%	
	Lise	28	23,10 %	48	34,00%	
	Yüksek okul	4	3,20%	**49**	**34,20%**	
Meslek	Sağlık sektörü	5	3,50%	**42**	**26,80%**	0.003
	Eğitim sektörü	2	1,40%	34	21,70%	
	Satış temsilcisi	**12**	**8,40%**	36	22,90%	
	Üretim, hizmet sektörü	6	4,20%	38	24,20%	
	Ev hanımı, öğrenci	**118**	**82,50 %**	7	4,50%	
Medeni durum	Bekar	25	17,50 %	**69**	**43,90%**	<0.001
	Evli	**107**	**74,80 %**	65	41,40%	
	Boşanmış/dul	11	7,70%	23	14,60%	
Sosyal güvence	Yok	21	14,90 %	0	0,00%	<0.001
	Var	**120**	**85,10**	**157**	**100,00**	

			%		**%**	
Menopoz	**Yok**	**127**	**88,80 %**	**153**	**97,50%**	0.012
	Var	14	10,20 %	7.2	2,50%	
Sigara	**İçmeyen**	**100**	**69,90 %**	**86**	**54,80%**	0.005
	İçen	43	30,10 %	71	45,20%	
Alkol	**Kullanmayan**	**120**	**83,90 %**	**102**	**65,00%**	0.005
	Kullanan	23	16,10 %	55	35,00%	
Kronik hastalık	**Yok**	**86**	60,10 %	**98**	**62,40%**	0.387
	Var	57	39,90 %	59	37,60%	

Eğitim durumu ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışan kadınların en fazla çalışma sıklığı %40(n=64)ile lise mezunu, en az çalışanlar ise %1. 9 (n=3) ile okuryazar olmayanlar idi. Çalışanların %.17 (n=76) ü ilköğretim,%33. 7' (n=57)si yüksekokul; %6.3 'ü (n=10)okuryazardı. Eğitim çalışma durumu açısından anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır(p<0,001)(Tablo 17). Eğitim durumu arttıkça çalışma sıklığı artıyordu.

Çalışanların % 75, 8'i beyaz yaka (ofis çalışanı, masabaşı işler, yöneticilik vb.), % 24,2 mavi yaka (üretim, hizmet işçileri) çalışanıydı. Çalışanların %26, 8'i sağlık sektöründe, % 21, 7 'i eğitim sektöründe % 22, 9 satış temsilcisi, % 24, 2'si hizmet sektöründe, üretim yerlerinde çalışmakta idi (p<0.05)((Tablo17).

Medeni durumla çalışma durumuna göre bakıldığında çalışanların %43,9 u bekar ,%41 ü evli,%14,6 sı boşanmış/dul idi. Boşanmış /dul olanların %67 si çalışıyorken, bekarların %73' ü; evli katılımcıların ise % 37.7 si çalışıyordu. Çalışma durumu ile medeni durum arasında çok yüksek düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir(p <0,001).

Kronik hastalıklar ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanların %37, 6 sinde kronik hastalıklar görülürken, çalışmayanların %39, 9 unda kronik hastalıklar görülmemektedir. Çalışma durumu ile kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktu(p:0,387)(Tablo17).

Sigara içme öyküsü ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanlarda sigara içme oranı %45, 2 iken, çalışmayanların % 30, 1 i sigara kullanmaktaydı. Sigara içme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı (p<0,05). Çalışma durumu arttıkça sigara içme sıklığı da artıyordu. Alkol kullanma öyküsü ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanlarda alkol kullanma oranı çalışanlarda %35 iken, çalışmayanların % 16,1 i alkol kullanmaktaydı. Alkol kullanma durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı(p<0,05) (Tablo17). Çalışma durumu arttıkça alkol tüketme sıklığı da artıyordu.

Menopoz döneminde olup/olmama durumu ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanlarda menopoz oranı %2, 5 iken, çalışmayanların %11, 2 si menopoz dönemindeydi. Menopoz olup olmamasına göre; çalışma durumu açısından istatiksel açıdan anlamlı bir korelasyon vardı(p <0,05) (Tablo17). Menopoz döneminde kadın katılımcıların çalışma sıklığı azalıyordu.

Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları 27,55+7,53;çalışmayanların 24,81+6,53 idi. Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları arasında istatistiki anlamlılık vardı(p<0,001)Çalışan katılımcıların yalnızlık düzeyleri daha yüksekti (Tablo18).

Çalışan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği skorları ise 7,22+4,80;çalışmayanların 6,38+4,69 idi. Çalışan katılımcılarla çalışmayanlar arasında Beck Depresyon Ölçeği skoru açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,59)(Tablo 18).

Tablo18: Çalışan ve çalışmayan katılımcıların depresyon ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkileri

Ucla Toplam Skor				
		Ortalama	**SS**	
Çalışma durumu	**Çalışmıyor**	**27,55**	**7,53**	<0.001
	Çalışıyor	24,81	6,53	
Beck Depresyon Ölçeği Skoru				
		Ortalama	**SS**	**Median**
Çalışma durumu	**Çalışmıyor**	**7,22**	**4,80**	0.592
	Çalışıyor	6,38	4,69	

5.TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Demogafik Durumları

Çalışmaya 18-49 yaşında olan Şişli Etfal Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran kişilerden rasgele örneklem ile 300 kadın alındı. Katılımcıların 157'i çalışan;143'ü çalışmıyor idi.

5.1.1. **Yaş durumu**:

Çalışma grubumuzdaki 18-49 yaşındaki kadınların ortalama yaşları 30, 8 idi. Türkiye'de 20-59 yaşları arasında olan kadınların yaş ortalaması 36'dır (69). Çalışma grubumuz ile Türkiye kadın nüfusunun yaş ortalamasıyla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni seçilen örneklemin küçüklüğü ve çalışan kadınların sayısının çalışmamızda fazla olmasından kaynaklanabilir.

5.1.2. **Medeni durumu:**

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, n= 94 ’si (%31,3) bekar, n=172’si (%57,3) evli, n=34’si (%11,3) boşanmış ya da dul olarak bulundu. Tüik 2012 verilerine göre Türkiye’nin %63.49’u evli,%27.44’ü bekar,%3.61’i boşanmış,%5.46’sı dul idi. Çalışmamız katılımcıların medeni durumları göz önünde tutulduğunda; Tüik verilerine göre bekar katılıcılar oranı fazla iken; evli kadın oranı daha azdı. Bu durumun nedeni kentte yaşayan kadınların popülasyon olarak seçilmesi olabilir.

5.1.3. **Eğitim durumu:**

Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların en çok 103 ile (% 34,3) ilköğretim mezunu idi. Katılımcıların 54’ü yüksekokul (%18);80’i lise (%26, 7) mezunu, 54’ü (%18) okuryazardı.9’u (%3) ise okuma yazma bilmiyordu. Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcının en çok lise (%33,5), ilkokul (%24,8) ve ortaokul (%23,4) mezunu olduğu, %1,1’inin (6 kişi) okuma yazma bilmediği belirlendi. Tüik 2012 verilerine göre en fazla görülen %26.92 ile ilkokul mezunu idi. Türkiye de en az görülen grup ise %11.32 ile kişi ile yüksek ve üstü mezun kişiler idi. Türkiye’nin toplam nüfusunun %11, 6 sı okuryazar değilken; Kadınların %17. 3 ‘ü okuryazar değildi. TNSA 2013 verilerine göre;45-49 yaş grubundaki kadınların yüzde 22’si hiç eğitim almamış ya da ilkokul bitirmemiştir. Ancak bu oran 25-29 yaş grubundaki kadınlarda yüzde 13'e düşmektedir. 25-29 yaş grubundaki kadınların yüzde 44’ü, 45-49 yaş grubundaki kadınların ise yüzde 18'i en az lise mezunudur. 15-19 yaş grubu kadınların yüzde 69’u ortaokul eğitim düzeyine sahiptir. Çalışmaya katılan kadınların %18’i yüksekokul mezunu iken Türkiye 2012 verilerinde kadınların % 11.32’si yüksekokul mezunu idi. Okuryazar olmayan kadınlar %11. 6 iken, çalışmamızda bu oran %3 idi. Bunun nedeni seçilen örneklem tabakasının seçiminden kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeyi düşükken bizim çalışmamızdaki tabakada çalışanların oranının fazla olması nedeniyle eğitim düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyoruz.

5.1.4. **Meslek durumu:**

Katılımcıların meslek durumu dağılımına bakıldığında % 41, 7'sinin (n= 125 kişi) ev hanımı, işsiz veya öğrenci olduğu, en fazla katılımcının olduğu meslek gruplarında da kadınların %16,0'sinin (n=48 kişi) satış temsilcisi, %16'inin (n=47 kişi) sağlık hizmetleri, %14,7' sinin (n=44 kişi) üretim sektörü, %12 (n=36) eğitim sektöründe olduğu görüldü. Beyaz yaka çalışanların %72(n=113) iken; mavi yaka çalışanları %28(n=44) idi. Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006); katılımcıların meslek dağılımlarına bakıldığında %51,4'ünün (281 kişi) ev hanımı, işsiz veya öğrenci olduğu, en fazla katılımcının olduğu meslek gruplarında da kadınların %17,0'sinin (93 kişi) büro ve eğitim hizmetleri, %9,1'inin (50 kişi) hizmet işçileri, %4,6'sının (25 kişi) satışla ilgili işlerde olduğu görüldü. TNSA 2013 raporuna göre; kadınların yüzde 61'inin hizmet sektöründe, yüzde 24'ünün tarımda ve yüzde 14'ünün sanayi sektöründe çalıştığını göstermektedir. 15-19 ve 40-49 yaş grubundaki kadınlar daha çok tarım sektöründe ve daha az hizmet sektöründe çalışma eğilimindedirler

Çalışmamızda en fazla çalışan kadın katılımcı sağlık sektöründeydi. Bunun nedeni çalışma hastanede yapıldığı için sağlık personellerinin de diğer kişiler gibi poliklinikden hizmet alması olabilir. Hizmet sektöründe çalışan kadınlar ise diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında görülme sıklıkları benzerdi.

5.1.5. **Aylık gelir durumu:** Katılımcıların aylık aile geliri ortalama 1962,17 ±896, 41) TL, ortanca 1300 TL (en düşük 400, en yüksek 4500 TL) idi. Katılımcılar arasında <1400 tl altında kazancı olan 11(%3, 7) kişi, 1400-3000 tl arasında kazancı olan 240 (% 86, 3)kişi, >3000 tl üzerinde kazancı olan 49 (% 10)kişi idi. Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006) katılımcıların aylık aile geliri ortalama 1394,98 ′} 798,65 YTL, ortanca 1300 YTL (en düşük 300, en yüksek 8000 YTL) idi. Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörlerin saptanmasını amaçlayan Nalbant ve ark. kadınların hane gelirinin %20,5'nde asgari ücret ve altı, %11'nde 2000 TL ve üzeri saptamışlardır. Çalışmamız diğer çalışmalara göre aylık ortalama gelir biraz yüksek olmakla beraber benzer özellikler göstermektedir. Seçtiğimiz örnek grubunun geniş tabakalı olmaması ekonomik açıdan ortalama aylık gelirin daha yüksek olmasını sağlamıştır.

5.1.6.Çocuk sayısı: Tüm katılımcıların ORTANCA çocuk sayısı 2 idi. Çocuk sayısına göre dağılımında en fazla(6 çocuk), en az (1 çocuk)çocuk sayısı vardı. Çocuk sayısı arasında en sık rastlananı %25, 3 ile (n=76) 2 çocuğu olanlardı. Evli olup çocuğu olmayanların sayısı 4 (%1, 3) idi. Türkiye'de 2003 yılı verilerine göre de ortalama hane halkı büyüklüğü 4 kişidir. Bu

değer kentte 3,9, kırsalda 4,5 olarak bulunmuştur (14) Altınel ve ark 2006 yılında yaptığı çalışmada 365 katılımcının 119 ‘unun ‘bir’, 123’ünün ‘iki’, 37’sinin ‘üç’ 15’inin ‘dört’, 2’sinin ‘beş’,2’sinin ‘altı’ çocuğu vardı. Önen **v**e ark. yaptıkları, Eskişehir ili merkezinde, kadınlarda major depresyonun yaygınlığını saptamak ve major depresyon ile sosyodemografık risk etkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada 700 kadın katılımcının 126'sının "bir", 225'inin "iki", 96'sının "üç", 43'ünün "dört", 16'sının "beş", 5'inin "altı", 2'sinin "yedi" ve 1'inin "sekiz" çocuğu vardı. Evli olup çocuğu olmayan deneklerin 40’ı çeşitli nedenlerden dolayı çocuk sahibi değildi. Bu bakımdan çalışmamız çocuk sayısı açısından, gerek Türkiye ortalaması gerek diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

5.1.7.**Evde kişi sayısı:** Katılımcıların evde yaşayan kişi sayısına göre en fazla 8, en az 1 kişi yaşıyordu. Evde sürekli yaşayan kişi sayısı ortanca değer 4 kişi; en düşük 1, en yüksek 8 idi. Evde yaşayan kişi sayısı arasında en sık rastlananı %33, 7 ile (n=101)4 kişi yaşayanlardı. Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006) evde sürekli yaşayan kişi sayısı ortalama 4, 16 ortanca 4 (en düşük 1, en yüksek 12 kişi) idi. Evli olanların % 73 (n=110) çekirdek aile (çocuklar anne ve baba); %19 ‘u (n=29) geniş aile olarak yaşıyordu. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda ülkemizdeki kadınlarda yapılan, depresyonun yaygınlığı, sosyodemografik özellikler ve risk faktörleri ile depresyon arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanan Özyurt ve ark yaptıkları çalışmada ise 190 kişi (%84,4) çekirdek aile olarak yaşıyordu. Önen ve ark. katılımcıların, 602'sı (% 86) ailelerinin "çekirdek aile", 78'ı (% 11,1) "yarı geniş aile", 6'sı (% 0,8) "geniş aile" olduğunu belirtirken 9'u (% 1, 2) yalnız yaşadığını ve 5'ı (% 0, 7) arkadaşıyla oturduğunu belirtti. Bulgularımız evde yaşayan kişi sayısı ortalamaları Türkiye verileriyle kıyaslandığında benzerdi.

5.1.8.**Sigara içme durumu:** Katılımcıların 186’sı (%60,5) hiç sigara içmemişti, 114’ü (%33,6) sigara içme öyküsü bulunuyordu. Sigara içme öyküsü olan kadınların yaş ortalamaları 30,43±6,51 iken, sigara içmemiş olan katılımcıların yaş ortalaması 31,03±7,94 idi. Ülkemizde tütün kullanımı en sık 25-44 yaş grubundadır (4).

Evde sigara içen kadın sayısı 114 (%38), iş yerinde içen kadın sayısı 71(%23,6)idi. Sigara kullanımı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan Öztürk ve ark.2016 yılında yaptıkları çalışmada sigara kadınların %42 ‘si sigara içerken;58’i hiç sigara içmemişti. (71).

Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006) katılımcıların 331'i (%60,5) hiç sigara içmemişti. Tüik 2012 verilerine göre Türkiye'nin % 86,9'u hiç sigara içmemiş(72).
Tüik 2012 verilerine göre Türkiye'de sigara içme prevalansı en yüksek 25-44 yaş grubundadır. Bu verilere göre çalışmamız Tüik 2012 verileri ile kıyaslandığında daha fazla sigara içtiği söylenebilir. Bunun nedeni olarak örneklem seçiminden kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer özellikler göstermektedir.

5.1.9.**Alkol kullanma durumu:** Katılımcıların 78'inde (%26,6) alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Katılımcılardan %83, 4 ü (n=222) hiç alkol kullanmamıştı. Alkol kullanma öyküsü olan katılımcıların ortalama yaşları 29, 6±6,87 iken, hiç kullanmış olanların 31,22±.7,58 idi. Katılımcıların 173'ünde (%30,1) alkol kullanım öyküsü mevcuttu Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006) alkol kullanan kadınların çoğunluğu bekar, gelir düzeyleri yüksek, daha iyi eğitimli, çalışan ve aynı zamanda sigara da içen kadınlardı Tüik 2012 verilerine göre Türkiye'nin % 92'si hiç kullanmamış. Alkol kullanma prevalansı yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir, en yüksek alkol kullanma prevalansı 35-44 yaş grubundadır Katılımcıların alkol tüketme oranı Türkiye ortalamasının üzerindeydi. Altınel ve ark. yaptığı çalışmadaki gibi gelir durumu arttıkça alkol tüketimi artıyordu. Çalışmamız Tüik 2012 verileri ile kıyaslandığında örneklem grubunuzun daha fazla alkol tükettiği söylenebilir. Bunun nedeni tabakamızın dar spektrumlu olması olabilir.

5.1.10.**Kronik hastalık durumu:** Tüm katılımcılarda kronik hastalıklar olan % 38, 7 (n=116 kişi) ,kronik hastalık olmayan % 61, 3 (n=184 kişi) olarak tespit edilmiştir. Türk psikiyatri 2010 yılında yayınlanan Özyurt ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların %20'si sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalığı olduğunu belirtmişlerdir. Önen ve ark. yaptıkları çalışmada 233'ü (% 33.2)oranında katılımcılarda kronik organik hastalık belirtmişlerdir. Tüik Türkiye 2012 verilerine göre Türkiye 'de 22 milyon kişi bir veya birden fazla kronik hastalık taşıyordu. Toplumda yaşayan kadınlarda kronik hastalıklar içinde en yüksek prevalans yüzde 20 ile hipertansiyon idi. Diabet prevalansı yüzde 9,yüzde 16 kolesterol yüksekliği olanlar, kadınlarda kalp hastalığı prevalansı ise yüzde 2. 9 idi.

Bu açıdan çalışmamızda kronik hastalık görülme oranı diğer çalışmalara göre yüksektir. Örneklemin hastaneden yapılması hastaneye başvuru nedenlerinin başında kronik hastalıkların gelmesi bunun nedeni olabilir.

5.1.11.**Menopoz durumu** Katılımcılar arasında menopozda olan kadınlar % 6,7 (n=20 kişi) ,menopozda olmayan %93, 3 (n=280 kişi) olarak saptanmıştır. , TNSA 2013 Türkiye verilerine göre; 30-49 yaş arası menopozda olan kadınların oranı yüzde 8 olarak belirlenmiştir.. Ülkemizdeki kadınlarda depresyonun yaygınlığı, sosyodemografik özellikler ve risk faktörleri ile depresyon ve depresyonun şiddeti arasındaki ilişkinin saptamak amacıyla yapılan Kayahan ve ark çalışmasında menopozda olan 13'ü(%14. 7)katılımcı vardı. Katılımcılar arasında menopozda olan kadınlar % 6,7 (n=20 kişi) ,menopozda olmayan %93, 3 (n=280 kişi) olarak saptanmıştır.Kayahan ve ark çalışmasında menopozda olan 13'ü(%14.7)katılımcı vardı.Menopoz görülme sıklığı açısından diğer çalışmalarla benzer özellikler bulundu.

5.1.12.**Sosyal güvence durumu:** Çalışmamıza katılanlar en fazla %93 (n=277)'ünün sosyal güvencesi bulunmaktaydı. Altınel ve ark. yaptığı çalışmada (2006) kadın katılımcılar arasında 33'unun (%6,0) sosyal güvencesi yokken; Kayahan ve ark psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %41'inin sosyal güvencesinin olmadığı; Özyurt ve ark yaptığı çalışmada(n=25) ise %11.1'inde sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye' deki kadınların yüzde 11'i herhangi bir sağlık sigortası yoktur.

Çalışmamızda katılımcıların diğer çalışmalara göre daha fazla sosyal güvencesi mevcuttu. Kadınların çalışma durumu arttıkça sosyal güvence olma sıklığı artıyordu. Sağlık güvencesi olmayanlar oranı Türkiye ortalamasının altındaydı. Bunun nedeni seçtiğimiz tabakanın dar olması sayılabilir.

5.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Skorlarına ve Depresif Belirti Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi

15-49 yaş arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir diğer çalışmada (73) depresyon prevalansını %25 bulunmuştur. Tuğlu ve ark yapmış olduğu araştırmada aile hekimliği polikliniğine başvuran

bireylerde depresyon yaygınlığı %28 olarak bulunmuştur. Dünyada yapılan bazı toplumsal çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %4. 9 – 17, 1 arası izlenirken, birinci basamakta yapılan kesitsel çalışmalarda sıklığı %4, 8 – 8, 6 arasında değişmektedir (74). Japonya'da %3-17, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada majör depresif bozukluk için bir yıllık yaygınlık oranı %6, 7, yaşam boyu yaygınlık oranı %16,5 saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda depresyon yaygınlığı %29 olup çalışmamız Beck depresyon envanteri ortalama skorları açısından ülkemizdeki diğer çalışmalarla uyumlu göstermektedir ama yurt dışı verilerine göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni ülkeler arası sosyo ekonomik ve yasam standartları arasındaki farklılıklar olabileceği gibi seçilen gruplar arasındaki farklılık olabilir(75).

Bir yayına göre Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında pik yapmaktadır(76). Çalışmamızda yaş ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında depresif belirtileri olanların yaş ortalaması 33,90±6,26(<35 yaş) bulunmuş olup bu veri ile uyumlu değildir. Aynı zamanda çalışmamızda depresif belirtileri olanlarda yaş arttıkça depresyon düzeyi de artıyordu.(cut-off değeri24). Bunun nedeni yaş artıkça sorumlulukların ve geçim kaygısının artması olabileceği gibi erken yaşlarda sağlık ve hayat kaygılarının azlığı da olabilir.

Eğitim durumu ile depresyon düzeyi ilişkisi üzerine Trabzon ilinde Çetin ve arkadaşları(77) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur-yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur. Kayahan ve ark. yaptığı bir çalışmada ise depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların %72, 8’ inin düşük eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Eğitim durumu ile BECK toplam skoru arasındaki ilişkiye baktığımızda okuryazar olmayanlar ortalama skoru 10,11±4,48;üniversite mezunu olanların ortalaması 5,72±4,23 idi. Eğitim durumu azaldıkça depresyon düzeyi artmaktaydı. Kayahan ve ark. çalışmasında aylık düzenli geliri olmayanlar katılımcıların 24’ünde (%27. 3) depresif belirtilere yatkınlık artıyordu. Aynı şekilde çalışmamızda gelir düzeyi düştükçe depresyon düzeyi artmaktadır.Bundan eğitim durumunun düşüklüğünün gelir düzeyinin düşüklüğüne neden olduğu bununda depresyif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği sonucu çıkarılabilir.

BECK toplam skoru ile meslek durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda üretim ve hizmet sektöründe işçi olarak çalışanların ortalama BECK skoru diğer çalışanlara göre anlamlı şekilde fazla idi. Mavi yaka çalışanların Beck skoru 5, 56±4, 54 iken; beyaz yaka çalışanların

skoru 7, 84±5,26 idi. Mavi yaka çalışanlarında Beck Ölçeği skoru artıyordu Mavi yaka çalışanlarının %45,5'inde depresif belirti görülürken iken,beyaz yaka çalışanların %18,3' de depresif belirti görüldü.Mavi yaka çalışanlarında depresyon belirtileri görülme sıklığı daha fazlaydı(p=0,021) Bunun nedeni diğer sektörlere nazaran mavi sektörde işçi olarak çalışanların çalışma şartlarının yoğunluğu ve gelir düzeyinin düşüklüğü olabilir.

Bununla bağlantılı olarak çalışmamızda sosyal güvence ile depresyon durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda sosyal güvencesi olanların % 30 unda depresif belirtiler görülürken, olmayanlarda depresyon belirtileri görülme sıklığı %52, 4 idi. Çetin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayanların %47, 2'sinde depresyon mevcutken, sosyal güvencesi olanlarda bu oran %29, 9'dur (77). Çalışmamızda Sosyal güvence olmayanlarda depresyon düzeyi artıyordu. Bulgularımız diğer çalışmalarla yakın sonuç vermiş olup bunun nedeni güvencesinin olmaması nedeniyle kişinin sağlık ve yaşam kaygısının olabileceği olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda bekar olanların %22,3 ünde depresyon belirtileri görülürken, evlilerde %29,1 inde depresif belirtiler görüldü. En sık depresif belirtiler % 67, 6 ile dul/boşanmışlarda görüldü. Bunun nedeni arasında dul ve boşanmış kadınlarda eş kaybı ile birlikte sorumlulukların artması, daha önce hiç mesleği olmasa bile geçim sıkıntısı nedeniyle istemedikleri şartlarda çalışmak zorunda kalmaları olarak sayılabilir.

Kayahan ve arkadaşlarının çalışmasında psikiyatrik görüşme yapılanlardan ruhsal hastalık olanların %28,4 'ünün önceden önemli bir hastalık geçirmiş olduğu bulunmuşlardır. Bir diğer çalışmada ise bu oran % 20 olarak bulmuşlardır. Mete'nin (2008) kronik hastalık ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceğini, kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceğini belirtmiştir (80).Bizim çalışmamızda kronik hastalık olanların % 49, 1 inde depresyon belirtileri görülürken, kronik hastalığı olmayanlarda depresif görülme sıklığı % 20, 1 olup kronik hastalıkları olanlarda depresyon düzeyi artmaktadır.Bunun nedeni kronik hastalıklar ve komplikasyonlarının kişinin yaşam kalitesini azaltması olabilir.

Edirne şehir merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınların ruhsal durumları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri belirlemeyi amaçlayan Altınel ve ark.(70) çalışmasında sigara içmek depresyonu artıyorken(p=0,01); alkol kullananlarda depresyon artmıyordu (p =0,08).

Bizim çalışmamızda BECK toplam skoru ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda sigara kullanmamış olanların ortalama skoru sigara kullanmış olanlara göre düşüktür. Aynı durum alkol içinde geçerli idi. Bunun nedeni çalışmalardan da anlaşıldığı gibi ruh sağlığında bozukluk olan hastaların alkol ve sigara gibi kendilerine zarar verici alışkanlıklara sahip olma durumu fazladır.

Kayahan ve arkadaşlarının psikiyatrik görüşme yapılan kadınların %14, 7'sinin adetten kesilmiş olduğunu tespit etmiştir. Menopozda olan kadınların ortalama BECK toplam skoru 6,45±3,34 iken olmayanların 6,85±4,84 idi ve anlamlılık bulunamadı. Aynı şekilde menopoz durumu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda menopozda olanlar %15 inde depresif belirti görülürken, menopozda olmayanlara göre depresif belirtilerin görülme sıklığı %32, 5 idi. Sanılanın aksine çalışmamızda menopoz döneminde olan kadınlarda depresyon şiddetinin azlığı dikkate çekmektedir.

5.3. Katılımcıların Ucla Yalnızlık Envanteri Skorlarına ve Yalnızlık durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların UCLA yalnızlık envanteri total puanlarının ortalaması 26,11±7.14 ortanca puanları 23±7,14 en düşük puan 20, en yüksek puan 41'dir. Katılımcılar tarafından en sık alınan puan 109 kişi (%36. 3) ile 20 puandır.

Literatürlere bakıldığında yaş ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişki açısından fikir birliği yoktur. Kimi çalışmalarda ilişki olmadığı öne sürülürken(81), kimi çalışmalarda da yaşın etkili bir faktör olabileceği öne sürülmüştür(82). Sigara kullanımı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan Öztürk ve ark. 2016 yaptıkları çalışmada tüm kadın katılımcıların(116) yaş ortalaması 40.28±9.00;18-39 yaş üstü katılımcılarda Ucla ortalamaları 38.52±7.54 iken 40 yaş ve üstü katılımcılarda ortalama 43.86±10.23 idi. Öztürk ve ark. çalışmasında tüm katılımcıların yaş ortalamaları 33,92±10,44 yaş olarak bulundu. Bu ülkemizdeki kullanım yaş grubuna uymaktadır. 40 yaş ve üstünde yalnızlık skoru diğer gruba

göre daha düşük çıkmıştır. Bizim çalışmamızda yaş arttıkça yalnızlık skoru anlamlı olarak artmaktaydı. Bunun nedeni yaş arttıkça sorumlulukların artması sonucu kişilerle iletişim için zamanlarının olmaması nedeniyle olabilir.

Bazı araştırma sonuçları öğrenim düzeyi yükseldikçe yalnızlığın azaldığını ortaya koymaktadır(83). Öztürk ve ark. çalışmasında UCLA yalnızlık envanteri ortalamaları eğitim düzeyi lise ve altı olan katılımcılarda (135)42.09±8.93 iken; üniversite ve üstü(114) 37.21±7.40 bulunmuştur. Sarıhan (2007)'a göre, öğrenim düzeyinin düşük olması kişinin yalnızlık yaşamasına neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda da öğrenim düzeyi arttıkça yalnızlık azalmaktadır. Bunun nedeni olarak yüksek eğitimli kadınların daha geniş bir çevreye sahip olmalarını, toplumda daha çok yer edinmelerini söyleyebiliriz.

Yalnızlık düzeyi ile meslek durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda üretim veya hizmet sektöründe işçi olarak çalışanların ortalama UCLA skoru 27,32±8,09 iken, sağlık sektöründe çalışanların ortalaması 24,04±5,50,eğitim sektöründe çalışanların 23,11±4,62 satış temsilcisi olarak çalışanların ise 25,54±6,31 idi ($p<0.05$). Beyaz yaka çalışanların Ucla skoru 23,98±5,57.iken mavi yaka çalışanları 27,32±8,09 idi. Mavi yaka çalışanlarda yalnızlık düzeyi artıyordu($p<0,001$). Mavi yaka/İşçi statüsünde çalışan katılımcıların yalnızlık düzeyi daha yüksekti. Bunun nedeni maviyaka/işçi olarak çalışan kadınların çalışma saatlerindeki düzensizlikler, fiziksel zorlukları nedeniyle sosyalleşmelerini azaltabileceği olabilir.

Yalnızlık düzeyi ile medeni durum arasındaki ilişkiye baktığımızda evli olmayanlar ortalama skoru 24,33 ±6,0;evli olanların ortalaması 25,75 ±6,87; boşanmış dul olanların ise 32,91 ±7,71 idi. Evli olanların (136) 40.65±8.93; bekar olanların(111)38.94±8.14 idi. Medeni duruma göre bakıldığımızda evli ve bekarlarda yalnızlık düzeyi arasında ilişki bulunmuyordu. Evli, bekar veya boşanmış/dul olmak yalnızlık durumunu değiştirmiyordu. Bunun nedeni örneklemin tabakasının dar olması olabilir.

15-49 yaş grubu evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olup olmadığını araştıran Altıparmak ve ark. katılımcıların bedensel, ruhsal, sosyal alan puanları incelendiğinde kronik hastalığı olanların(58kişi) sırasıyla 13,3+2,4; 12,8+2,3; 14,5+3,2; olmayanların (247kişi) 14,8+2,2; 14,0+2,1; 15,4+2,8 saptanmıştır($P<0.05$)(87). Kronik hastalığı olmayanların heralanda yaşam kalitesi puanları daha yüksekti. Buradan da anlaşıldığı üzere kronik hastalık ve getirdiği komplikasyonlar nedeniyle hastaların yaşam kalitesinin düşmesi ve sosyalleşmesinin azalması bununda bireylerin yalnızlık hissini

arttırması olabilir. Çalışmamızda kronik hastalılar artıkça yalnızlık düzeyi artması bunu desteklemektedir.
Sigara kullanımı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan Öztürk ve ark.2016 yaptıkları çalışmada sigara ile ilgili sonuçları ile benzer özellik bulunmaktaydı. Bu çalışmada sigara tüketenlerde(n=145)UCLA toplam skor ortalaması 40.28±8.62 iken; tüketmeyenlerde (102) 39.30±8.60 idi(71). Yine benzer şekilde 9 ülkenin verilerinin toplandığı bir çalışmada 18 yaş üstündeki bireylerde yalnızlık ile zararlı davranışların durumuna bakılmış sigara ile yalnızlık arasında bağlantı bulunmuştur (72). Bu çalışmalarda yalnızlık artıkça sigara kullanımı arttığı gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda sigara kullananlarda yalnızlık skor ortalaması daha yüksek ama istatistiki olarak anlamlı değildi. Bunun nedeni katılımcılar için seçilen tabakanın dar olması olabilir.

Kötü alışkanlıkların çoğu birey olarak dost/arkadaş olarak nitelendirmesine rağmen sigarada olduğu gibi alkol kullanımında da kullananlarda skor yüksek olup anlamlı sonuç saptanmamıştır. Bundan sigara ve alkol gibi zararlı davranışların nedenlerinin kişisel ve multi-faktöryel olduğu sonucu çıkarılabilir.

5.4. Katılımcıların Çalışma Durumlarının Değerlendirilmesi

Ev kadınları ve çalışan kadınlarda- psikolojik belirtilerin karşılaştırılması üzerine Çilli ve ark tarafından yapılan bir çalışmada ev kadınları ve çalışan evli kadınların yaşları ortalamaları (30,0+5,5; 31,8+7,6) bulunmuştur(85). Bizim çalışmamızda çalışanların yaş ortalaması 28,57±6,57 iken çalışmayanların 33,25±7,55 idi. Çalışan ve çalışmayan gruptaki katılımcıların yaş ortalamaları 35 yaşaltı grubuna girmektedir. Bu açıdan çalışmamız; diğer çalışmayla benzer özellik taşımaktadır.

Çalışmamızda aylık gelir düzeyleri çalışmanlar da anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu-kadınların çalışma hayatına katılmasının aile gelirine katkısına gösteren bir durumdur.

Çilli ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; Evde yaşayan toplam kişi sayısı (P=0.013) ve çocuk sayılarının çalışan kadınlarda daha düşük olduğu (P=0.002*)* bulundu. Çalışmamızda çalışan kadınlarda evdeki kişi sayısı ve çocuk sayısı çalışmayanlara göre az bulunmuş olup çocuk sayısı ile çalışma arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bunun nedeni kadınların çalışma hayatına atılmaları sonucu artan sorumlulukları ve işini kaybetme kaygısı nedeniyle az çocuk sahibi olmak istemesi olabilir.

Medeni durumla çalışma durumuna göre bakıldığında çalışanların %43,9 u bekar ,%41 ü evli, %14,6 sı boşanmış/dul idi. Çalışma durumu ile medeni durum arasında düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir(p=0,003). Çalışmayan katılımcılarda % 74. 8 ile en çok evli kadınlardı. Bunun nedeni dul veya boşanmış olmak ve bekar olmak evin geçimini sağlama açısında tek olmayı getirmesi sebebiyle kadını çalışmaya itmesi olabilir.

Sigara içme öyküsü ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanlarda sigara içme oranı %45, 2 iken, çalışmayanların % 30, 1 i sigara kullanmaktaydı. Çalışma durumu arttıkça sigara içme sıklığı da artıyordu. Sigara içme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı korelasyon vardı (p=0,005). Aynı şekilde alkol tüketme durumu ile çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışanlarda alkol tüketme oranı çalışanlarda %35 iken, çalışmayanların % 16,1 i alkol tüketmekteydi. Alkol tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı(p=0,005). Çalışma durumu artıkça alkol tüketme sıklığı artıyordu. Alkol ve sigara kullanımının stessle ve yaşam zorlukları ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Nalbantoğlu ve ark,2011 Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığını etkileyen faktörleri araştırmış ve sigara içme ve ruhsal bozukluğa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın sigara içenlerde (%49,4), içmeyenlere göre (%37,4) ruhsal bozukluğa sahip olma daha fazladır(88). Budakoğlu ve ark. (2005) Ankara il merkezinde yaptıkları araştırmada sigara içenlerde anksiyete riskini içmeyenlere göre 1,5 kat daha fazla bulmuşlardır (89). Burdan anlaşılcağı üzere alkol sigara tüketimi bağlı ruhsal hastalıklara yatkınlığı artırırken, Çalışma hayatındaki zorluklar da kişinin stresini arttırıp bireyi kötü alışkanlıklara itiyor olabilir.

Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları 27,55+7,53;çalışmayanların 24,81+6,53 idi. Çalışan katılımcıların UCLA toplam skorları arasında istatistiki anlamlılık vardı($p<0,001$).Çalışan katılımcıların yalnızlık düzeyleri daha yüksekti. Bunun nedeni kişilerin çalışma hayatının verdiği yorgunluk ve uzun çalışma saatleri nedeniyle sosyalleşmeye zaman bulamamaları olabilir.

Çalışan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği skorları ise 7,22+4,80;çalışmayanların 6,38+4,69 idi. Çalışan katılımcılarla çalışmayanlar arasında Beck Depresyon Ölçeği skoru açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,59$)(Tablo18). Buna göre çalışma hayatının verdiği stres kişilerin tabi ki depresyon puanlarını artırmaktadır. Ancak anlamlı bir fark olmaması çalışma hayatının getirdiği pozitif etmenlerin çokluğu (maddi kazanımlar, yaşam kalitesinin artması) nedeniyle olabilir.

Çalışan kadının maddi olarak ailesine katkıda bulunması kişisel olarak kendine özgüveni, problemlerini çözme yetesi artmakta; ailesel olarak gelir düzeyini artırması nedeniyle yaşam kalitesini ve çevresel negatif etkenleri azaltmakta; toplumsal olarak da ülkemizin kalkınmasına neden olmaktadır.

Çalışmamıza katılan çalışan kadınlar yalnızlık düzeyleri yüksek, fakat depresyonda değillerdi.

6. Sonuç ve Öneriler

Kadın bireylerin çalışması hem toplumsal hem de bireysel katkıları bilinen bir gerçektir. Ev hanımlığının bir meslek olarak kabul gördüğü günümüzde çalışan kadın 2 iş de çalışıyor gibi olmaktadır. Artan yoğunluk nedeniyle sosyalleşmeye zaman ayıramama kişileri zaman içinde yalnızlığa itmektedir. Çalışmamızda bunu desteklemektedir. Çalışan kadınlarda yalnızlık daha fazla bulunmuştur. Zaman içinde yalnızlık hissi bireyi ruhsal problemlere itebilir. Çalışmamızda çalışan kadınların depresyon puanları çalışmayanlara göre fazla olmakla birlikte çalışmanın direkt depresyon üzerine etkisi bulunamamıştır.

Çalışan kadınların sosyal olarak desteklenmesi bu bağlamda çok önemlidir. Bununla ilgili yasaların yapılandırılması ve yeni düzenlemelerin getirilmesinin önemi büyüktür.

Çalışan kadınlar mesai saatleri nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda sıkıntıları olabilmektedir. Bu nedenle bu hastaların başvurması durumunda hastalara yeterli zamanın ayrılması gerekliliktir. Bunun içinde randevu sisteminin oturtulması ve kayıtlı nüfusun azaltılması faydalı bir seçenek olabilir. Ayrıca aile hekimlerinin çalışan kadın hastalarını değerlendirirken yalnızlık durumu ve depresyon açısından dikkatli olmaları ve hastalarını depresyon açısından taraması gerekmektedir.

7.KAYNAKLAR

1-)Akın A, Esin C, Celik K. Kadın sağlığı hakkı ve Dunya Sağlık Orgutu'nun Avrupa'da kadın sağlığının iyilestirilmesine yonelik stratejik eylem planı. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın'da. Ankara: Hacettepe Universitesi Yayınları; 2003)

2-)Katon 1982, Rezaki 1995, Whooley ve ark. 1997).

3-)Kosgeroğlu N, Acıkgoz A, Ayrancı U. Kadın sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 2004;14(3):9-13)

4-)Kesler ve ark. 1993, Güleç 2006)

5-)Noble 2005, Lee ve ark. 2005, Ross ve ark. 2005, McFarland ve Thomas 1991).

6-)Chandra PS Chaturvedi SK: Psychiatry

7-)Blackburn, 1996; Quinn, 2002

8-)Eskin M. Ergenlikte yalnızlık, baş etme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2001)

9-)Herma H, Shekhar Saxena S, Moodie R Promoting Mental Health Concepts ,Emerging Evidence, Practice A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University WHO 2005

10-)Tulchinsky TH, Varavikova E A The New Public Health, Academic Press , San Diago, California 2000).

11-) Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004).

12-)Ocaktan ME, Ozdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Kriz Dergisi 2004

13-) Duygu durum bozukluklarında yaşam boyu prevalans (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association 2000)

14-) The World Health Report 2001, WHO

15-) Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

16-)Yuksel N. Duygudurum bozuklukları. Yuksel N (Editor). Ruhsal Hastalıklar'da. Ankara; 2001. s.208-55.)

17-)Tunç Çağı'nın Gizemli kadınları, Kültür ve Turizm bakanlığı, Yapı KrediYayınları –2005

18 -)Lewin Modern İnsanın Kökeni. TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları,

19-)Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması: Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının (YLD) İlk 20 Nedeninin Dağılımı (2004)

20 -)Akın A, Demirel S: Toplumsal Cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. 2003)

21-) Yardım N. Cinsiyet; sağlık ve yoksulluk. Aktuel Tıp Dergisi 2001;6

22-)Tarhan N.2005).

23-) Uludağ S: Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ders Kitabı: Üniversitesi Yayın No: 4897, Cerrahpaşa Tıp fakültesi yayın No: 274,İstanbul, 2009)

24-)DSÖ,1998

25-)Kadınlarda eğitim durumuna göre fiziksel şiddet yaygınlığı(25) (2008 HİA, http://www.tuik.gov.tr)

26-) Violence Against Women, WHO Consultatiton, Geneva, 5-7 February, 1996, FRH/WHD/96.27

27-) Scully Jr. J. H., The National Medical Series for İndependent Study 4th Eddition Psychiatry, p:22-29, Lippincott Williams & Wilkins, Maryland USA, 2001

28-)Subaşı N, Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri, Aktüel Tıp Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, Ocsk Şubat 2001

29-)Yardım N. Cinsiyet; sağlık ve yoksulluk. Aktuel Tıp Dergisi 2001;6

29-) Gomel MK. Nations for mental health: A Fokus on Women. Geneva: World Health Organization, 1997)

30-) Weissman M, Klerman G. Depression)

31-) Süral, N. (2007) “Legal Framework for Gender Equality at Work in Turkey)

32-)(Dayıoğlu, M. ve Kasnakoğlu, Z., “Kentsel Kesimde Kadın ve Erkeklerin İşgücüne Katılımları ve Kazanç Farklılıkları2006 HİA, http://www.tuik.gov.tr)
33-)İstihdam edilenlerin işteki durumu 2013 Tüik) 2014 HİA, http://www.tuik.gov.tr)

34-)Toksöz, 2007

35-) Adak N. Kadın ve sağlık. Sağlık ve Toplum Dergisi 2002

36-)T.C. Basbakanlık Kadının Statusu ve Sorunları Genel Mudurluğu. T.B.M.M. kadının statüsunu arastırma komisyonu raporu;2003

37-) Katon W (1982) Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. Comprehensive Psychiatry

38-) Korf VM:Improving DepressionCare2001.

39-) WHO 2001

40-) Smith WT, Kendrick T: Diagnosing and treating depression. BMJ2000)

41-) Wittchen HU, Hofler M, Meister W: Prevalance and recognition of depressive syndromes in Germany primary care settings poorly recognized and treated. Int C Psychopharma 2001)

42-) Barret Jr: Treatment of Dsthymia and minor depression in primary care.2001)

43-)Smith WT, Kendrick T: Diagnosing and treating depression. 2000)

44-) Hickie IB: Choosing antidepres-sants drugs in general practice. 2001)

45-) Mea-suring outcomes in patients with depression oranxiety: an essentialpart of clinical practiceMJA 2002)

46-) Wagner E: Randomise trial of minitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care).

47-) Noble 2005, Lee ve ark. 2005, Ross ve ark. 2005, Mc Farland ve Thomas 1991).

48-) Heise 1993

49-) Vahip 2002

50-) WHO 2005, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008).

51-) Krug ve ark. 2002.

52-)Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008

53 -) Mayda ve Akkuş 2003, Yetim 2008, Naçar ve ark. 2009

54-) Lane Hy,Chang YC,Chang Wh et al, efects of gender and age on plasma levels of clozapine,Psychiatry,,1999)

55-) Yonkers KA,Hamilton JA ;Psychotropic medications Vol 14,Edited by Odham JM, Washington DC1995.)

56-) Kasper S,Wehr TA, BartkoJJ et al Epidemilogical findings of seasonal changes in mood andbehavior Psychiatry)

57-) Paddison Gl,gise LH,Lebovitz A,;Sexual abuse and premenstrual syndrome,comparison between higher and lower socioecomic class)

58-) Kripke D F Mullancy D J et al, Circadian rythm disorders in manic

depressives,biological) 59-) Chandra PS Chaturvedi SK: Cultural variations in premenstrual

experiences,)

60-)Delisle, 1988

61-)Dupont ve Lachance,

2007 62-)Özodaşık, 2001

63-)Cüceloğlu,1999) *Savaşçı*. İstanbul: Sistem Yayıncılık

64-)Gençtan, 1993

65-)Page ve Cole (1991

66-)Ministre de Travaux publicset Services gouvernementaux Canada, 2006).

67-)Okdem S. Gecekondu Bolgesinde Yasayan Kadınların Karsılastıkları Krize Neden Olabilecek Yasam Olaylarının Saptanması ve Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Universitesi Sağlık Bilimleri Enstitusu; 1997

68-) Simsek Z, Ak D, Altindag A, Gunes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. J Public Health. Đn pres 2008

69-) DiE, T.C. Basbakanlık Devlet istatistik Enstitusu. 2002

70-)Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler 2008-TEZ)

71-)Euras J Fam Med 2016;5(2):81-5 2016).Öztürk ve ark.2016

72-) **(**http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/)

73-) Kayahan ve arkadaşları Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 208-219)

74-) Korf VM: Improving Depression Care. J Fam Prac 2001;50(6): 529-32.)

75-) www.uptodate.com

76-) Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Nanic Syndromes. In Depression and Mania, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elseiver, New York, 198)

77-)(Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M ve ark. (1999) Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon
78-)Özyurt ve ark (2007).

79-) Brown GW, Harris T: Social Origin of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women. London, Tavistock, 1978.)

80-) Mete HE (2008) Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri,11:3-18).

81-) Jackson ve arkadaşları, 2000; Le Roux ve Connors, 2001

82-) Pinquart ve Sürensen, 2001; Rokach, 2001; Rokaclı ve Neto, 2000; Schmitt ve Lavvrence, 1985). Neto, F. & Barros.J. (2003). Predicting of loneliness among sludents and nuns in Angolia and Portugal. *Journal of Psychology, 137* (4), 351-363

83-)Batıgün, 2005; Kozaklı, 2006; Tan, 2000)

84-)Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Richardson E, Abbott P, Tumanov S, et al. Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. PLoS One 2013;8(7):e67978

85-)*Çilli ve ark Genel Tıp Derg 2004;14(1).*

86-)Monasevic M, Mattia M, Finozzi E, Fonte R, Biscaldi R. The psychosocial problems in a population of emigrant Italian workers. G Ital Med Lav 1993;15:109-15.)

87-) Altıparmak S, 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi Aile ve Toplum Yıl: 9 Cilt: 3 Sayı: 11 Ocak-Şubat-Mart 2007)

88-) Nalbantoğlu ve ark,2011,Denizli

89-) Budakoğlu ve ark. (2005) Ankara

Ek1:ANKET

Erişkin kadınlarda çalışma durumunun yalnızlık ve depresyon üzerine etkisi

1)Yaş

2)Eğitim durumunuz a) okur yazar değil b)okur yazar c)ilkokul/ortaokul d)lise

e)üniversite 3)Meslek …….

4) Yaptığınız İş…..

5) Medeni durum a)bekar b)evli c)boşanmış/dul

6) Aylık gelir durumunuz ……

7)Sosyal güvenceniz a)var b)yok

8)Evde kaş kişi yasıyorsunuz ?

……. 9)Kaç kez gebe kaldınız ?

10)Çocuk sayısı ,yaşları …….

11) Menopoz da mısınız a) evet b)hayır

12)Sigara kullanıyor musunuz? a) evet b)hayır

13)Alkol kullanıyor musunuz? a)evet b)hayır

14)Kronik bir hastalığınız var mı(şeker,hipertansiyon) a) evet b)hayır

15)Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? a)evet b)hayır

16)İş yerinde hangi pozisyonda çalısıyorsunuz?...

17) Haftada kaç gün çalışırsınız?...

EK2:BECKDepresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:
Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle
okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.
Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak
işaretleyiniz.
Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.
Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.
1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi Toplam
 Minimal depresyon 0-9 puan
 Hafif depresyon 10-16 puan
 Orta depresyon 17-29 puan
 Şiddetli depresyon 30-63 puan

Ek3:UCLA yalnızlık envanteri

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.(ben bu duyguyu hiç yaşamadım;sık sık yaşarım gibi..)

	HİÇ	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
1. Çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4

5. Grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim iyidir.	1	2	3	4
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

Yalnızlık Envanteri (UCLA-LS) 20 sorudan oluşur. Lilü ölçekle değerlendirilir. 1,4,5,6,8,10,15,16,20, sorularda birey işaretlediğinin tersi puan alır. 1-4 puan alır. 2-3 puan, 3-2 puan, 4-1 puan. Diğer sorular normal puanlandırılır. En yüksek puan 80, en düşük puan 20’dir.

20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu ortak, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.