

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YAŞAM ORTAMININ İNSAN PSİKOLOJİSİ
ÜZERİNE ETKİLERİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Fatma ERKUŞ KAMA

Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan HALİSDEMİR

ELAZIĞ-2019

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞAM ORTAMININ İNSAN PSİKOLOJİSİ ÜZERİNE ETKİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ERKUŞ KAMA

171133105

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 27.11.2019

Tezin Savunulduğu Tarih : 27.12.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Nurhan HALİSDEMİR (F.Ü.) 
Diğer Jüri Üyeleri : Doç. Dr. Ayşe METİN KARAKAŞ (Eren Üniv.) 
: Doç. Dr. Sevda KORKMAZ (F.Ü.) 

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda fikir aldığım, sahip olduğu bilgi ve tecrübelerini bana aktaran saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Nurhan HALİSDEMİR'e ve tez çalışmalarım boyunca bana zaman ayıran ve desteklerini esirgemeyen sahip olduğu bilgi birikimi ile kritik noktalarda sorunları aşmamda titizlikle yardımcı olan değerli hocam Arş. Gör. Yunus Güral'a teşekkür eder saygılarımı sunarım. Hayatımın her anında yanımda olarak desteklerini esirgemeyen, varlıklarından güç aldığım biricik aileme ve tüm hayatım boyunca yanımda olan her konuda yardımını ve desteğini fazlasıyla gösteren sevgili eşim Burak Muhammet KAMA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Fatma ERKUŞ KAMA

- 2019

ÖZET

Doğa, insan eliyle değişikliğe uğramadan kendini sürekli yenileyip değiştiren kendine özgü kural ve kanunlarla çalışan sistemdir (Atalay, 2013). İnsanlar yaşamlarının ilk anlarından itibaren doğayla iç içe olup doğanın kendine sunduğu nimetlerden faydalanarak varlıklarını sürdürmektedirler. Doğayla geçirilen zaman bireylerde ruhsal rahatlama sağlamanın yanı sıra bedensel ve fonksiyonel faydalar da sağlamaktadır (Nisbet ve Zelenski, 2011). Bununla birlikte doğayla ilişkili olma birçok olumlu çevresel davranış ve tutumları da beraberinde getirmektedir (Zelenski ve Nisbet, 2014).

Bu tez çalışması giriş, materyal metod, bulgular ve sonuçlar olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde doğanın öneminden, insan-doğa ilişkisi, doğa olaylarının kısa tanımlarından ve doğa olaylarının insan psikolojisine etkisinden, insanın ruhsal ve bedensel sağlığında rol oynayan etmenlerden, kültürün ve çevrenin insan sağlığı ile olan ilişkisinden, psikiyatrinin eski dönem ve yeni dönem tarihsel sürecinden, incelediğimiz şikayetlere eski dönemlerde ve yeni dönemde uygulanan tedavi yöntemlerinden bahsedilmiştir. İkinci bölümde uyguladığımız anket çalışmasında bağımsız t testi, anova testi, lojistik regresyon analizi uygulanmıştır ve bu testler hakkında kısaca bahsedilmiştir.

Üçüncü bölümde Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine depresyon, stres, anksiyete şikayetleriyle muayene olan hastalara üç ay boyunca yapılan anket çalışmasının bulgularına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise elde edilen sonuçlar tartışılmıştır. Bu çalışmanın amacı; yaşam ortamının (doğa, şehir, ilçe, köy) insan psikolojisi üzerine etkilerini ve insanın yaşam alanı üzerindeki etkilerini incelemek ve Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine şikâyetleri yüzünden gelen hastaların yaşam ortamlarının depresyon, aksiyete, stres gibi rahatsızlıklarını hangi ölçüde etkilediğini araştırmak ve eğer aralarında bir ilişki varsa uygun istatistiksel yöntemlerle modellemeye çalışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam ortamı (Doğa,şehir,ilçe,köy), İnsan, Sağlık, Aksiyete, Stres, Regresyon

SUMMARY

Effects of The Living Environment on Human Psychology

Nature is a system that works with its own rules and laws that constantly renew and change itself without being changed by the human hand (Atalay, 2013). People are intertwined with nature since the first moments of their lives and they continue to exist by taking advantage of the blessings that nature offers to themselves. Time spent with nature provides physical and functional benefits as well as providing spiritual relaxation in individuals (Nisbet ve Zelenski, 2011). However, being associated with nature brings along many positive environmental behaviors and attitudes (Zelenski ve Nisbet, 2014).

This thesis consists of four chapters: introduction, material method, findings and conclusions. In the first part, we examine the importance of nature, human-nature relationship, short definitions of natural phenomena and the effects of natural phenomena on human psychology, the factors that play a role in human mental and physical health, the relationship between culture and environment with human health, the historical period of psychiatry and the complaints of the old period treatment methods applied in old and new periods. In the second part of the questionnaire, independent t test, anova test and logistic regression analysis were applied.

In the third section, the findings of the survey conducted for three months in the patients who were examined with the complaints of depression, stress and anxiety in the Psychiatry Polyclinic of Firat University Hospital were included. In the fourth chapter, the results are discussed. The aim of this study; to examine the effects of the living environment (nature, city, district, village) on human psychology and the effects of human life on the living space and to investigate to what extent the living environment of the patients coming to Firat University Hospital Psychiatry Polyclinic's complaints affects depression, discomfort, stress and if there is a relationship between them. and to try to model with appropriate statistical methods.

Key Words: Living environment (Nature, city, district, village), Human, Health, Oppression, Stress, Regression

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	III
ÖZET	IV
SUMMARY	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	XII
1. GİRİŞ	1
1.1. Doğanın Önemi	2
1.1.1. Doğa, Çevre ve Doğal Ortam ile İlgili Genel Tanımlar.....	4
1.2. İnsan-Doğa Etkileşimi	9
1.2.1. İnsanın Doğaya Bağımlı Olması	9
1.2.2. İnsanın Doğaya Adapte Olması	9
1.2.3. İnsanın Doğayı Değiştirmesi.....	10
1.3. Doğal Çevrenin İnsan Üzerindeki Etkileri.....	10
1.3.1. Doğal Ortamda İnsan Etkisiyle Meydana Gelen Değişimler ve Sonuçları.....	10
1.3.2. Atmosfer ve İnsan Etkisi.....	11
1.3.3. Hidrosfer ve İnsan Etkisi	11
1.3.4. Litosfer ve İnsan Etkisi	11
1.3.5. Biyosfer ve İnsan Etkisi	12
1.4. İnsanların Yaşam Ortamına (Çevreye-Doğaya) Yaptığı Baskıların Ürünü Olan Evrensel Sorunlar ve Çözümleri	12
1.5. Doğanın İnsan Üzerindeki Psikolojik Etkileri	16
1.6. Genel Sağlık Kavramı.....	16
1.6.1. Dünyada Sağlığı Etkileyen Koşullar.....	16
1.6.2. Sağlıkta Toplam Kalite	17
1.6.3. Dolaylı ve Dolaysız Sağlık Hizmetleri	17
1.6.4. İnsan Sağlığında Eğitim Ve Öğrenmenin Önemi	18
1.6.5. Sağlıkta Öğrenme Sürecinin Önemi	19
1.6.6. Sağlık Eğitiminin Amacına Ulaşma Aşamaları	19
1.6.7. Sağlık ve İletişimin Önemi	20

1.6.8.	Hasta-Hekim İlişkilerinde Rol Oynayan Etkenler ve Tedaviyi Etkileyen Faktörler	21
1.7.	Kültür ve İnsan Davranışı	23
1.7.1.	Kültür –Çevre-Sağlık-Hastalık İlişkisi	23
1.8.	Türkiyedeki Aile Yapıları	25
1.8.1.	Sağlıklı Birey-Sağlıklı Toplum.....	26
1.8.2.	Dinin Sağlıkla İlgili Boyutu.....	27
1.8.3.	Eski Dönemlerde İnsanların Uzmanlık Dışı Teorileri	28
1.9.	Psikiyatrinin Kısa Tarihçesi	29
1.9.1.	Türkiyede Psikiyatrinin Tarihsel Süreci	29
1.10.	Psikiyatri İle İlgili Genel Tanımlar-Çalışma Yaptığımız Rahatsızlıklar ile İlgili Temel Bilgiler	30
1.10.1.	Ruh Nedir?	30
1.10.2.	Toplumlarda Ruhsal Sorunların Bir Hastalık Gibi Algılanmasının Sebepleri.....	31
1.10.3.	Stresin Fizyolojik Boyutu	31
1.10.4.	Stres Serotonin İlişkisi (Mutlulukla İlişkisi).....	32
1.10.5.	Stresin Psikososyal Boyutu.....	32
1.10.6.	Stresin Genel Uyum Belirtileri	33
1.10.7.	Stresle Başa Çıkma Yolları ve Sağlıklı Yöntemler.....	33
1.10.8.	Stres, Duygu ve Sağlık :Nasıl Başa Çıkmalıyız?	34
1.10.9.	Sosyal Desteğin Önemi.....	36
1.10.10.	Psikolojik Travma	36
1.10.11.	Depresyon	37
1.10.12.	Ruhsal Sağlık Nedir?	38
1.11.	Psikolojik Tedaviler	39
1.11.1.	Geçmiş Dönemlerdeki Tedaviler	39
1.11.2.	Türkiyede Eski Dönem –Yeni Dönem Psikiyatrik Tedavi Yöntemleri	40
1.11.3.	Psikiyatride Sık Kullanılan İlaçlar	40
2.	MATERYAL VE METOT	42
2.1.	Araştırmanın Amacı.....	42
2.2.	Veri Toplama Araçları	42
2.3.	Evren ve Örneklem.....	42

2.4.	Analizlerle İlgili Temel Tanımlar	42
2.4.1.	Bağımsız Örneklem T Testi	42
2.4.2.	Anova	43
2.4.3.	Doğrusal Regresyon Analizi	43
2.5.	Lojistik Regresyon Analizi	44
2.6.	Sıralı (Ordinal) Lojistik Regresyon Analizi.....	44
2.7.	Wald Ki-Kare Testi.....	44
2.8.	Modelin Uyumunun Test Edilmesi	45
3.	BULGULAR VE TARTIŞMA.....	46
3.1.	Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi.....	47
3.2.	Medeni Durum Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi.....	47
3.3.	Aile Yapısının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi.....	48
3.4.	Çalışma Yaptığımız Şikayetlere Bağlı Psikiyatrik İlaç Kullanımının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi	48
3.5.	Yaşam Ortamı Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	49
3.6.	Meslek Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İncelenmesi	50
3.7.	Eğitim Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi	51
3.8.	Gelir Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	52
3.9.	Yaş Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	52
3.10.	İkamet Edilen Konut Durumunun Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçeklerine Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	54
3.11.	Çocuk Sayısının Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	54

3.12.	Sıkıntılarla Baş Etme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi.....	55
3.13.	Psikiyatri Polikliniğine Gelme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	56
3.14.	Sosyal Güvence Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	57
3.15.	Regresyon Analizi Sonuçları	57
4.	SONUÇLAR	61
	KAYNAKLAR	65
	EKLER	71
	ÖZGEÇMİŞ	76

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 3.1.	Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi	47
Tablo 3.2.	Medeni Durum Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi	48
Tablo 3.3	Aile Yapısının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi	48
Tablo 3.4.	Çalışma Yaptığımız Şikayetlere Bağlı Psikiyatrik İlaç Kullanımının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi	49
Tablo 3.5.	Yaşanılan Yer Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	49
Tablo 3.6.	Meslek Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İncelenmesi	50
Tablo 3.7.	Eğitim Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi.....	51
Tablo 3.8.	Gelir Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	52
Tablo 3.9.	Yaş Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	53
Tablo 3.10.	İkamet Edilen Konut Durumunun Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçeklerine Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	54
Tablo 3.11	Çocuk Sayısının Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	55
Tablo 3.12.	Sıkıntılarla Baş Etme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi.....	56
Tablo 3.13.	Psikiyatri Polikliniğine Gelme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi ...	56
Tablo 3.14.	Sosyal Güvence Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	57

Tablo 3.15. İkamet Edilen Konut Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Ordinal Regresyon Analizi.....	58
Tablo 3.16. Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Lojistik Regresyon Analizi.....	58
Tablo 3.17. Psikiyatrik Hastalığına Bağlı İlaç Kullanımı Değişkenin Mutluluk, Yaşam Doyumu ,Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Regresyon Analizi	59
Tablo 3.18. Modelin Parametrelerinin Anlamlılıklarının İfade Edilmesi	60



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

H_0	: Yokluk Hipotezi
H_1	: Alternatif Hipotez
ε	: Hata terimi
β	: Parametre
Y	: Bağımlı değişken
X	: Bağımsız değişken
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program
TPD	:Türk Psikiyatrik Derneği

1. GİRİŞ

İnsanoğlu yaşamını idame ettirebilmek için toplumsal yaşama ihtiyaç duymuştur. Bu toplumsal yaşam bireyin yaşamında kolaylıkları ve zorlukları beraberinde getirmiştir (Uçarer, 1997). Bunun sonucu olarak insanoğlu günlük yaşamın şartlarından kaynaklanan bazı problemlerle karşı karşıya kalmakta ve buna bağlı olarak gerek fiziksel ve gerekse ruhsal sıkıntılarla karşılaşmaktadır. Karşılaştıkları sıkıntılar neticesinde bir dizi tedavi süreci yaşamakta ve mümkün olduğunca hayatını kaliteli sürdürebilmenin yollarını aramaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı "sadece hastalığın bulunmayışı değil, zihinsel, bedensel, sosyal olarak tam bir iyilik halinde" olarak tanımlamıştır (Top vd., 2003). "Tam iyilik hali" ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması demektir. İnsanın temel ihtiyaçlarını gözden geçirirsek:

Biyolojik ihtiyaçlar; barınma, yeme-içme, uyuma, dinlenme gibi ihtiyaçlardır. Psikososyal ihtiyaçlar; Yeni deneyimlerle tanışma, üreticilik, spor, sosyal ve bedensel yakınlaşmalardan hoşlanma, iletişim kurma, ilgi-yakınlık duyma gibi faaliyetlerdir (Karalar ve Kiracı, 2011). İnsanın kendine olan saygısının ve amaçlarının olması, yeteneklerini tam olarak kullanabilmesi, başarı, yeterlilik duygusu, toplumsal kabul görme, takdir edilme isteği, başkalarıyla yardımlaşma ve bunları yapacak zamana sahip olmak, yaşamı hoş ve anlamlı hale getirmektedir (McGraw, 2012). Dünya Sağlık Örgütü "Yaşam Kalitesi"ni: " Bireyin hedefleri, beklentileri, yaşam standartlarını, yaşadıkları kültür ve değer yargıları bütünü içinde algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır (Fidaner vd., 1999).

Aynı zamanda yaşam kalitesi; bireyin bedenin sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, özgürlük düzeyi, inancı, çevresiyle olan ilişkilerini kapsamaktadır. (Top vd., 2003).

Doğanın insan psikolojisi üzerindeki olumlu etkileri üzerinde yapılan araştırmaların ilklerinden kabul edilen bir çalışmada insanların evlerinin bahçelerinden elde ettikleri psikolojik faydalar üzerinde durulmuştur. Bu araştırma bahçede çalışma veya yürüme gibi aktif katılım, pencereden bahçeyi seyretme gibi pasif katılım ve bahçede çeşitli aktiviteler planlama gibi fikirsel katılım olmak üzere üç değişik psikolojik etki tanımlamış ve

bahçelerinde çalışmanın kişilere kendilerini ifade etme, rahatlama imkânı sağladığının altını çizmiştir (Rasmussen ve Eissen, 1986).

Görsel çevreye karşı fizyolojik tepkiler üzerine yapılan çalışmalar da yine doğal alanların yapılaşmış alanların tersine insanların duygusal durumları üzerine tamir edici etkilerde bulunduğunu göstermiştir. Çevre psikolojisi üzerine çalışan Roger Ulrich doğayı ve doğal manzaraları seyretmenin insanların psikolojik sağlığına olumlu etkileri olduğu hipotezinin geçerliliğini test etmek için bir dizi deney yapmıştır (Ataç, 2007). Doğanın insan üzerindeki etkilerini farklı bir boyutla ele alan Cox doğa manzaraları seyreden öğrencilerin streslerinde azalma olduğunu, yapılaşmış kent manzaraları seyreden öğrencilerin sınav çıkışındaki durumlarından daha stresli hale geldikleri gözlemlenmiştir (Ataç, 2007). Honeyman (1990), daha sonra aynı çalışmayı kent ve doğa alanları karışımı bir kategori daha ekleyerek tekrar etmiş, sonuçlar doğa ile karışık kent manzaralarının doğadan yoksun kent manzaralarına göre daha çok iyileşme sağladığını göstermiştir (McGraw, 2012). Ulrich doğal manzaraları seyreden bireylerin fizyolojik ve psiko-fizyolojik tepkilerini (kalp atış hızı, kan basıncı, adale gerilimi, beyin dalgaları) ölçmüş, doğal manzaraları seyretmenin denekler üzerindeki gerilimi düşürdüğünü ve stresli durumdan iyileşmeyi hızlandığını kanıtlamış, stres ölçen değerler arasında da doğanın iyileştirici etkileri olduğu konusunda tam bir tutarlılık olduğunu göstermiştir (Karalar ve Kiracı, 2011). Kaplan ve Talbot, yaptıkları bir çalışmada ormanda kamp yapmanın kısa ve uzun vadede insan psikolojisi üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermiş, kamptan dönen insanların yeşil çevre ve onun hissettirdiklerine karşı içlerinde sürekli bir istek kaldığını ortaya koymuştur (Bayraktar ve Kurtoğlu, 2009).

1.1. Doğanın Önemi

İlk olarak MÖ 563-MÖ 483 yıllarına dayanan Uzakdoğu ülkelerinde ve Hindistan'da özellikle dini terminolojide (Hinduizm ve Budizm) transa geçme ve manevi olgunlaşma (nirvana) aracı olarak kullanılan doğa (Güngören, 2011) daha sonraları psikolojik iyileştirme yaklaşımı olarak kullanılmaya başlanmış (Goleman, 1972) özellikle farkındalık terapisi ve meditasyon uygulamalarında etkin bir şekilde faydalanılmıştır (Wallace vd., 1982). Günümüzde pozitif psikoterapi bağlamında birçok ülkede doğa terapi (Ecotherapy/Nature Therapy) uygulamalarına rastlamak mümkündür (Calogiuri ve Chroni, 2014). Ülkemizde de son yıllarda popüler olan bu terapi uygulamalarının kullanımı

özellikle klinik ortamda ve özel gereksinimli bireylerin rehabilitasyon çalışmalarında hızla artmaktadır.

İnsanoğlunun son yıllarda karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlar arasında doğa ve çevre sorunları gelmektedir. Hatta bu sorunlar birçok devletin, uluslararası örgütlerin ve sivil toplum kuruluşlarının ilk gündem maddeleri arasında yer almaktadır. Doğada meydana gelen birçok değişiklik, örneğin doğal kaynakların tükenmesi, iklim değişimleri, canlı türlerinin yok olması yaşam ortamlarından biri olan “doğanın” dengesini bozmaktadır. Ekolojik dengenin bozulmasında insanoğlu maalesef başrolü oynamaktadır. İnsanoğlu için yiyecek, içecek, barınma vs. gibi birçok imkân ve fayda sağlayan doğa, aynı fedakârlığı insanlar tarafından görmemektedir. Üstelik doğanın yararları sadece bu kadar ile sınırlı değildir; özellikle beden ve ruh sağlığımız açısından da olumlu katkıları yadsınamaz kadar büyüktür (Nisbet ve Zelenski, 2011).

Doğanın bize sunduklarına karşın bizim doğaya acımasızca davranmamız; fakat ne olursa olsun doğadan, doğal yaşantıdan vazgeçemeyişimiz doğa ile insan arasında kuvvetli bir bağ olmasından kaynaklanmaktadır (Fromm, 1964 ; From, 2011 ; Nisbet ve Zeleski, 2011). Wilson’ın (1984) Biyofili (biophilia) hipotezine göre insan ile diğer sistemler arasında bir bağ vardır bu bağın sebebidir hayatı devam ettirme çabasıdır.

Eric Fromm (2011) ise şöyle bahsetmiştir: “Biyofili, canlıların hayatını devam ettirmek için yaşamsal olan şeyler ile arasındaki psikolojik bir bağlantıdır.” Bundan dolaydır ki birçok insan yoğun şehir yaşantısından kurtulup doğayla iç içe bir yaşamı tercih etmektedirler.

Günümüzde insanoğlu teknolojik gelişmelerle ve artan sanayileşme ile yeryüzünü baskı altına almış bunun sonucu olarak suyu, havayı, gıdalarla birlikte tüm doğayı tüketmeye başlamış ve telafisi güç sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Çevresel bozulmanın yoğunlaştığı günümüzde doğaya yapılan baskıları telafi amaçlı “çevre eğitime” duyarlı ve bilinçli insan kaynaklarının yetiştirilmesini mümkün kılacak uygulamayı ön plana çıkarmak gerekmektedir. Çevre eğitimin de amaç bireylerin ya da toplumun çevreyi koruyucu yönde bilincin kazandırılmasıdır (Anonim, 1979).

1.1.1. Doğa, Çevre ve Doğal Ortam ile İlgili Genel Tanımlar

Doğa (Tabiat) : Kendiliğinden oluşan canlı -cansız nesnelerden meydana gelen kendini sürekli yenileyip geliştiren varlığa denir.

Çevre: İnsanların ve diğer tüm canlıların yaşamları boyunca karşılıklı ilişkilerini sürdürdükleri doğal ortamdır.

Doğal Ortam: Kendiliğinden gelişen olayların oluşturduğu ortama **doğal ortam** adı verilir. Doğal ortam dört unsurdan oluşur:

1) **Taş Küre (Litosfer)** : Kayaçlardan ve tabakalardan oluşan, üzerinde bir çok yer şeklini (dağ, plato, ova, vadi) barındıran ortama **taş küre (litosfer)** denir.

2) **Hidrosfer (Su küre)** : Okyanus, deniz, göl ve akarsu gibi suların oluşturduğu ortama **su küre (hidrosfer)** denir.

3) **Atmosfer (Hava küre)** : Yerkürenin etrafını saran gazlardan oluşan ve hava olaylarının meydana geldiği ortama **hava küre (atmosfer)** adı verilir.

.Atmosferi oluşturan gazlar yer çekiminin etkisiyle fiziksel ve kimyasal özelliklerine göre katmanlar meydana getirir. Bu katmanlar :troposfer, stratosfer, mezosfer, termosfer ve egzosferdir.

Troposfer

Atmosferin yerden itibaren 10-16 kilometrelik alt bölümü içinde hava olaylarının gerçekleştiği hareketli bir bölümdür.

Stratosfer

Stratosfer atmosferi oluşturan tabakalardan biridir.Ozon molekülleri bu tabaka içerisinde yer alır.Ozon tabakası güneşten gelen ultraviyole ışınlarını filtreleyerek dünyaya ulaşmasına engel olur ve canlı yapısına zarar vermeyi engeller.

Mezosfer

Mezosfer, stratosferden sonra gelen atmosfer katmanıdır. Gök taşlarının (meteor) atmosferde yanması ve parçalanması bu katmanda gerçekleşir.

Termosfer

Termosfer, mezosferin hemen üzerinde yer alan atmosfer katmanıdır. Bu katmanda gazlar iyonlarına ayrılır. Bu nedenden ötürü radyo dalgalarını yansıtır.

Egzosfer

Atmosferin en dış katmanıdır. Uzaya olan geçişi belirler. Yeryüzünü gözlemleyen uydular bu katmanda yer alır.

4) Biyosfer (Canlı Küre) : İnsanların, hayvanların, bitkilerin yaşadığı tabakaya **canlı küreyi** (biyosfer) denir. Böylece bu dört ortam yeryüzündeki doğal sistemleri meydana getirir. Bu ortamlarla birlikte insanın yeryüzünde gerçekleştirdiği bütün faaliyetleri oluşturan ortam ise “**beşerî ortam**”dır. İnsan eliyle yapılmış bina, yol köprü gibi unsurlar ile tarım, sanayi gibi insan faaliyetleri beşerî ortamı oluşturur. Beşerî sistemler, insanın varoluşundan günümüze kadar uzanan bir süreç içerisinde sürekli teknolojinin gelişimine ve nüfusun artışına bağlı olarak giderek gelişmekte ve daha da karmaşık bir hâle gelmektedir (Şahin vd., 2018).

Doğa ile toplum arasında olmazsa olmaz enerji ve bilgi alışverişi olduğunu bu alışveriş olmazsa toplumun ayakta kalamayacağı söylenmiştir (Mamedov, 1996 ; Meydan vd., 2012).

1.1.1.2. Doğanın Doğal Olayları

Doğanın doğal olayları insan yaşantısını olumlu yada olumsuz yönde etkisi vardır. Doğanın doğal olayları şunlardır:

1) Deniz Dalgaları: Su kütlelerinin yüzeyinde rüzgar, deprem gibi etmenlerin oluşturduğu çalkantıya denir. Dalgaların artmasıyla deniz turizmi, deniz yolu taşımacılığı balıkçılık olumsuz etkilenir. Kıyılarda çeşitli aşınma ve biriktirme şekillerinin oluşumunu sağlar. Dalga enerjisi üzerine son zamanlar ciddi çalışmalar yapılmaktadır.

2) Rüzgar: Rüzgar, atmosferdeki hava hareketleri sonucu meydana gelen olaydır. Bitkilerin yayılmasında tozlaşmasında etkisi tartışmasızdır. Havayı temizler. Deniz turizmine olumsuz etkisinin yanı sıra doğal afetlere neden olur . Taşımacılıkta rüzgar gücünden yararlanılıp enerji üretimine katkısı vardır.

3) Toprak: Taşların parçalanıp ayrışmasıyla içerisinde canlı kalıntıları hava ve su bulunan milyonlarca canlıya barınma imkanı sağlayan örtüdür. Her türlü besinin yetiştiği ana kaynaktır. Süs eşyası yapımında da kullanılmaktadır. En önemli sorunu toprakların kirlenmesi ve erozyondur.

4) Kayaçlar: Birçok mineralin birleşerek doğal olarak oluşmuş kütleyle kayaç denir. Yapısında mineral bulundurur. Canlıların beslenmesi ve barınması için gerekli ana malzemedir. Özellikle yapı malzemesi, süs eşyası, enerji kaynağı olarak kullanılır. Ayrıca değerli madenler elde edilir.

5) Bitkiler: İnsanların ve canlıların en önemli besin kaynağıdır. Besin zincirinin en önemli halkasının yanı sıra fotosentez dengesinde başrolde dir. Kullanım alanları genellikle kozmetikte, ilaç sanayisinde, ev eşyaları yapımını sayabiliriz.

6) İklim: İklim, insanların yeryüzündeki dağılışı, doğal ve beşeri sistemlerin şekillenmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

Akarsuların, doğal bitki örtüsünün dağılışı ayrıca kültür bitkilerinin türlerine ayrılması iklim koşullarına bağlıdır. Sanayi, ticaret faaliyetlerinde iklimin etkisi yadsınamaz.

Beşeri Sistemler Üzerinde İklimin Etkisi

- a) Ekonomik faaliyetler (tarım, sanayi, turizm, orman, ulaşım, ticaret, hayvancılık)
- b) İnsanın fizyolojik gelişimi
- c) Kültürel yapı
- d) İnsan karakteri
- e) Yerleşme
- f) Giyim türü
- g) Nüfusun dağılışı
- h) Beslenme alışkanlıkları

Doğal Sistemler Üzerinde İklimin Etkisi

- a) Yeryüzü şekillerinin oluşumu
- b) Toprak oluşumu ve türleri
- c) Kayaçların ayrışması
- d) Bitki örtüsü
- e) Akarsu debi ve rejimi
- f) Hayvan türleri ve dağılımı
- g) Denizlerin tuzluluk oranı

7) Sıcaklık: Bütün cisimlerde var olan enerjiye ısı denir. Bu enerjinin dışa yansımaya ise **sıcaklık** denir. Sıcaklık insanların ısınma ve barınma ihtiyaçları ile sosyal

ve ekonomik faaliyetlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkiler. Aynı zamanda doğal ve beşerî sistemlerin şekillenmesinde rüzgâr, nemlilik, bulutluluk, sis ve yağış gibi diğer atmosfer olaylarının oluşumu üzerinde sıcaklığın etkisi vardır.

Sıcaklığın Dağılımını Etkileyen Etmenler

a) Güneş ışınlarının gelme açısı (Dünya şekli, Dünyanın günlük hareketleri, Dünyanın yıllık hareketi, Eğim ve bakı)

b) Kara ve denizlerin dağılışı

c) Yükseklik

d) Okyanus akıntıları

e) Rüzgarlar

f) Güneşlenme süresi

g) Nem

h) Bitki örtüsü

8) Nem: Havaki ya da herhangi bir yerde bulunan su buharıdır. Nem canlı yaşamını etkiler. Yağışı ve sıcaklığı etkisi vardır. Nemin ve yağışın bol olduğu alanlarda bitki örtüsü gür ve canlıdır. Nemin az olduğu alanlar kuraklık şartlarının arttığı ve ekonomik faaliyetlerin çeşidinin az olduğu alanlardır.

9) Dağ: Çevresine göre yüksekte olan kara parçasıdır. Yükselti ve engebeden dolayı yerleşme için elverişsiz nüfusun seyrek olduğu yerlerdir.

10) Akarsu: Yeryüzünde ve yer altında sürekli yada zaman zaman yatak içinde akan suya denir. Tüm canlılar için önemli su kaynağıdır. Ekonomik faaliyetlerimizde, enerji üretimimizde, tarımda, turizmde (rafting, piknik) daha pek çok alanda insanlığa imkan sağlar.

11) Mağara: Yamaçta ya da kaya içinde oluşan yer kavuğudur. Eskiden sığınma amacı olarak kullanılmıştır şimdi ise turizm ve doğal güzellik ve şifa merkezi olarak kullanılabilir.

12) Ova: Geniş, düz verimli topraklardır. Bu özelliğinden dolayı yerleşme alanları olarak kullanılır. Ayrıca ekonomik faaliyetlere, ulaşım elverişli yapısı ovaları cazip kılar.

13) Bitkiler: Fotosentez yaparak kendi besinini üreten içerisinde birçok organizmayı barındıran canlılar topluluğudur. İnsanların hizmetine sunulan doğal güzelliştir. Çoğu ilacın hammaddesi, besin ve şifa, gelir kaynağıdır.

14) Hayvanlar: Doğal dengenin önemli unsurlarından biridir. Besin kaynağıdır. Avcılık açısından önemlidir.

15) Kar : Havada bulunan su buharının donmasıyla oluşan buz kristallerine denir.Tarım ürünlerini soğuğa karşı koruduğu gibi yeraltı suyunun zenginleşmesine ve kış turizmine (kayak) katkı sağlayıp denizturizmine olumsuz etkisi vardır.

1.1.2.1.1. Doğa Olaylarının- Afetlerin İnsan Psikolojisine Etkisi

Afet ; Toplumda ciddi yıkımlara yol açarak ekonomik, sosyal, psikolojik, fiziksel kayıplar doğuran olaylardır. Arkasında telafi edilmesi zor olan psikolojik ve toplumsal izler bırakır.

Afetler; doğal ve insanların sebep olduğu afetler olarak 2'ye ayrılır.Afetler son iki yüzyılda dünya üzerinde birçok insanın ölümüne yol açmış ve yaşamını etkilemiştir. Bu sebeple pek çok maddi kayıp ile fizyolojik ve psikolojik yaralanmalar oluşturmuştur.Doğal afetler, beklenmedik bir zamanda ve genellikle insanları hazırlıksız yakalamalarına rağmen toplum tarafından tevekkülle kabul edilebilmektedir. İnsanların sebep olduğu afetlere örnek olarak; yapılan binaların, köprülerin yıkılması, savaşlar, trafik kazaları, nükleer patlamalar verilebilir. Ancak, insanların sebep olduğu terör ve işkence gibi afetler toplumsal öfke uyandırarak büyük iç isyanlara yol açmaktadır (Frederick, 1980 ; Baum, 1986).

Yapılan araştırmalarda en yüksek stres düzeyine terör olaylarına tanık olmuş kişilerde rastlanmıştır.Daha sonra teknolojiden kaynaklanan kazalardan etkilenenler gelmektedir (Uçak kazası, iş kazası vs.). Diğerlerine kıyasla düşük stres düzeyine sahip olanlar ise kasırga, deprem gibi doğal afetlere maruz kalanlardır (Z. Baltaş ve A. Baltaş, 2004).

1.1.1.3. İnsan-Doğa İlişkilerinin Genel Değerlendirilmesi

Bir ABD'li astronot 1990'lı yıllarda uzaydan yaptığı gözlemleri açıklarken, yer yüzünde kesilmiş büyük orman alanlarına ve kent yerleşiminin hüznü verici gelişi güzel dağılımına işaret etmekte ve doğa tahribatını görebilme bakımından gözlemlerini şöyle dile getirmektedir: “İnsanların çoğu, çevre yıkımının ne kadar yaygın olduğunu (karadan) görme şansına sahip değil.Yukarıdan baktığınızda dünya genelinde bir saldırı olduğunu görüyorsunuz” (O'mera 2000). Bu açıklamanın özü, doğanın insan tarafından saldırıya

uğramış olduğudur. Bilindiği üzere bütün dünya da bitki örtüsü zonlarında bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Bu süreç, ormanların otlaklara, otlakların tarlalara, tarlalardan çöl benzeri arazilere doğru olan bir süreç olarak devam etmektedir. Ormanların 4000 yıl içinde yarısı ortadan kaldırılmıştır. Bu tahrip giderek devam etmekte 1882-1952 yılları arasında (yaklaşık 70 yıl içinde) orman aleyhine olan kayıplar, otlak alanların %41.9, tarım alanlarının %24.5, çöllerinde %140 oranında artmasına neden olmuştur (Goldsmith ve Allen, 1972 ; Klötzli ,1980). İnsanın bilinçsiz tahribatı dahada artmaktadır Örneğin: yapılan zararlılarla mücadele için kullanılan zehirli ilaçlar, aşırı derecede mineral maddelerle gübreleme gibi olaylar toprakları kirletip verimsiz hale getirdikleri şeklindeki zararlar dışında, komşu ekosistemlere de zararlı olmaktadır. Yani suların niteliği bozulmakta, su canlılarına zarar vermekte ve çevredeki bitki örtüsünün de sıhhatini bozmaktadır. Otlaklarda ise mevsimsiz ve aşırı otlatma, otlakların tarlaya çevrilmesi gibi önemli olaylarla, otlakların alanı gittikçe daralmaktadır. Ülkemizdeki otlak alanları 1938-1990 yılları arasında %50 oranında azalmıştır (Altın, 1992).

1.2. İnsan-Doğa Etkileşimi

1.2.1. İnsanın Doğaya Bağımlı Olması

İnsanlar tüm koşullarda yaşamlarını devam ettirebilmek için kendisini doğaya bağımlı olarak hisseder bunun içinde temel ihtiyaçları için doğadan faydalanır. Mesela; su tüm canlılar için olmazsa olmaz temel yaşam kaynağıdır ve ilk medeniyetlerden şimdiye kadar bir çok şehir su kaynaklarının etrafında yapılmıştır.

Yeryüzü şekilleri, insanların yaşadıkları yerdeki iklim özellikleri insan yaşamında ve faaliyetlerinde çok büyük etkiye sahiptir. Eğimin ve ortalama yükseltinin az olduğu yerlerde insanlar daha fazla yerleşim yeri kurmayı tercih etmişlerdir. Tarım ürünleri ve bunun sonucunda tüketilen besinler, insanların giyimleri, evlerde kullanılan yapı malzemeleri gibi çoğu şey iklime bağlı olarak değişir ve sonuç olarak insanların doğaya bağımlı hareket ettiği ortaya çıkmaktadır.

1.2.2. İnsanın Doğaya Adapte Olması

Günlük hayatta insanların doğaya uyum sağladığını birçok örnekte görebiliriz. Mesela; iklimin soğuk olduğu bölgedeki insanlar iklimin özelliklerine göre yapılar inşa etmişlerdir. İnsanoğlu nasıl ki akarsulardan, ovalardan, maden yataklarından

faydalanıp doğaya uyum sağlamışsa aynı şekilde yıkıcı etkisi olan tsunamilerin, volkanik patlamaların, sellerin, depremlerin etkilerine karşı kendini korumaya çalışmış ve uyum sağlamayı öğrenmiştir.

1.2.3.İnsanın Doğayı Değiştirmesi

İnsanlar, bilgilerinin ve teknolojinin elverdiği ölçüde ihtiyaçlarına göre çevrelerini olumlu ya da olumsuz bir şekilde değiştirmeye çalışmışlardır. Değişim yaparken olumsuz sonuçlara sebep olan bir takım olaylar meydana gelmiştir mesela; konut ya da başka yapılar için ormanları gözden çıkartıp birçok canlıya ev sahipliği yapan doğal ortamları tahrip edilmesi, kurak tarım arazisi için barajlar inşa edilmesi, madenleri yer altından çıkarmak için arazi yapısını bozulması gibi. Bunun yanında ağaçlandırma çalışmaları, toprakların korunması, su kaynaklarının daha etkin kullanılması, nesli tükenmekte olan bitki ve hayvan topluluklarının korunması olumlu sonuçlara sebep olan bir takım gelişmelerdir.

1.3.Doğal Çevrenin İnsan Üzerindeki Etkileri

1- Doğal afetler insanların can ve mal kaybına sebep olur.

2- İnsanların yaşadıkları yerdeki yerşekilleri ve iklimi o yöredeki insanların vücut yapısını, o yörenin şartlarına bağlı vücut direncini, beslenmelerini, barınmalarını etkiler.

3-Ormanlar sayesinde oksijen miktarı artarak insanların daha rahat nefes alabilmesini sağlar .

1.3.1.Doğal Ortamda İnsan Etkisiyle Meydana Gelen Değişimler ve Sonuçları

İnsanların doğal çevreyi kullanma biçimleri gelişen teknoloji ve bilimsel çalışmalara oranla değişmiştir.İnsanların doğal çevre üzerindeki etkileri artarken bir yandan da bu etkinin oluşturduğu olumsuzluklar artmıştır. Bu olumsuzluklar zaman zaman felaketlere yol açmıştır.

Tarım Devriminin başlamasıyla insanlar hayvanları evcilleştirerek şehirler inşa etmişlerdir inşa edilen şehirlerle beraber insanların doğaya olan müdahalesi de artmıştır bu süreci takiben Sanayi Devrimi izlemiştir.Sanayi Devrimiyle beraber kitlemel üretim ile insanların doğal kaynakları kullanma şekilleri değişmiştir.Dünya nüfusunun artmasıyla doğal kaynaklar olan akarsular, göller, ormanlar çok fazla kullanılmaya başlanmıştır.

Doğal kaynakların fazla kullanımı doğal sistemler olan litosfer, hidrosfer, atmosfer, biyosfer üzerinde de değişimlere sebebiyet vermiştir.

1.3.2. Atmosfer ve İnsan Etkisi

Sanayi Devriminin başlamasıyla insanların atmosfer üzerindeki etkisi hızla artmıştır. Atmosfer, doğal sistemler üzerinde yaşamsal öneme sahiptir. Bu özelliğinden dolayı nüfus artışının fazlalaşması ve kentleşme bunu takiben gelişen teknolojiyle beraber sanayileşmenin artması sonucunda daha fazla enerjiye ihtiyaç duyulması elde edilecek enerji fosil yakıtlardan çıkarılması bu fosil yakıtlardan atmosfere salınan gazlar hem çevrenin kirlenmesine hem de sera etkisiyle küresel ısınmaya sebep olmaktadır.

1.3.3. Hidrosfer ve İnsan Etkisi

Hidrosfer; denizlerin, göllerin, okyanusun, akarsuyun ve yer altı sularının oluşturduğu tabakadır. Su sadece insan yaşamının devamlılığı için değil aynı zamanda insan faaliyetleri için de vazgeçilmez bir kaynaktır. Hidrosferdeki su devamlı bir döngü içerisinde. İnsanlar eskilerden beri akarsuların ve büyük nehirlerin akışını değişikliğe uğratmışlardır. Tarım alanlarını sulamak ya da şehirlere su sağlamak için akarsuların yollarını değiştirmişlerdir. Büyük barajlar yapmışlar ve sel baskınlarına karşı yerleşmeleri korumak için setler oluşturmuşlardır. Akarsular üzerinde değişimler gerçekleştiren insanlar içme suyu ihtiyacı, tarımsal sulama gibi farklı amaçlarla göller üzerinde de değişimler gerçekleştirmişlerdir.

1.3.4. Litosfer ve İnsan Etkisi

Binlerce yıldan bu yana çeşitli amaçlarla yer şekilleri üzerinde yapılan değişikliklerin başında tarımsal amaçlı olanlar gelmektedir. Tarımla uğraşan birçok toplum, yeni tarım alanları kazanmak için dağ ve tepelerin yamaçlarını dev basamaklar hâlinde tıraşlayıp, gölleri bataklıkları kurutma çalışmaları yapmışlardır. Diğer taraftan denizi doldurarak ve kara kütlelerinin kıyı çizgilerini değiştirerek arazi kazanmaya çalışmışlardır. İnşaat faaliyetleri, yer şekillerini büyük ölçüde etkilerken doğal yaşamı da etkilemiştir. Özellikle otoyollar için yer kazılmakta, akarsu yatakları değiştirilmekte, tüneller açılmakta ve köprüler inşa edilmekte, şehirleşme ile yer şekilleri ve çevresi değişime uğratılmakta bunun sonucu olarak şehirlerde küçük korunmuş alanlar dışında doğal coğrafi görünüm hemen hemen ortadan kaldırılmaktadır.

Madencilik amaçlı yapılan kazılarda insanın litosfer üzerinde gerçekleştirdiği değişikliklerdendir. Özellikle yer üstünde gerçekleştirilen madencilik faaliyetleri coğrafi görünümü büyük oranda değiştirmiştir. İnsan kaynaklı erozyon ve çölleşme de insanın litosfer üzerinde gerçekleştirdiği değişimlerin sebep olduğu olumsuzluklar içerisinde yer alır.

1.3.5.Biyosfer ve İnsan Etkisi

Dünyanın çevresinde bulunan ve canlıların yaşam sürdüğü küre biyosferdir.

Biyosferin bir üyesi olan insan biyosferde değişiklikler yaptığı gibi biyosferin diğer parçaları olan litosfer, atmosfer ve hidrosferde var olan canlılar insan faaliyetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak büyük oranda etkilenmektedir. Bu canlılardan biri olan bitkiler ve hayvanlarda olumsuz etkilenmiştir. İnsanın bitki örtüsüne olumsuz etkisi doğal türleri yok ederek ve doğal yapıyı bozmak hayvanlar üzerindeki olumsuz etkisi son iki yılda küresel ölçekte 110 memeli türünün yok olmasına ve bir çok hayvanın ehlileştirilmesine neden olmuştur.

1.4.İnsanların Yaşam Ortamına (Çevreye-Doğaya) Yaptığı Baskıların Ürünü Olan Evrensel Sorunlar ve Çözümleri

İnsanlar hayatlarındaki refah seviyesinden tatmin olmamasından dolayı ihtiyaçlarının sürekli çeşitlenmesine ve artışına bu da insanın çevreye olan etkisini olumsuz yönde şekillenmesine sebebiyet vermiştir.

Ekolojik dengeyle doğrudan doğruya ilişkili olan enerji, konut, besin maddeleri ve su, ekim alanlarının genişlemesi, ürün miktarının artırılması gibi çeşitli gereksinimlerin karşılanması çabası, ekosistemlerden taşıma kapasitesinin üstünde yararlanma sorunlarını ortaya çıkarmıştır. Hava, su, toprağın kirletilmesi bu doğal kamu kaynaklarının “dolaylı” olarak azalmasına neden olmuştur. Bütün bu sorunların çözümü daha çok enerji daha çok besin maddesi ve temiz hava, temiz su sağlanması ile olanaklıdır. Bütün bu aktiviteler ise, doğal kaynakların daha çok sömürülmesi, çevre kirliliğinin artması gibi sorunları doğurduğundan, insanlık bir kısır döngü içine girmiş bulunmaktadır. Bu kısır döngüden kurtulmak için; nüfus artış hızı azaltılmalı, su, hava, toprak gibi “ortak nimetler” korunmalı ve daha tasarruflu, daha planlı ve programlı olarak kullanılmalıdır. Ancak bu husustaki uygulamalar için yoksulluk, eğitimsizlik, lüks tüketim tiryakiliği, adaletsiz gelir ve kaynak dağılımı gibi bazı ciddi sorunlar büyük engeller oluşturmaktadır. Özellikle

gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler (zengin ve yoksul toplumlar) dünya ülkelerinin iki ekstrem gruba ayrılması, gruplarda çok farklı sosyal ve ekonomik süreçlerin cereyan etmesi, insanlığın ekolojik sorunlarının çözümünü engellemektedir.

Gelişmekte (yoksul) olan ülkeler hızlı nüfus artışı, yetersiz beslenme ve genel olarak kıt geçim koşullarıyla karakterize edilebilir. Bunlar yaşamlarını devam ettirebilmek için sahip oldukları doğal kaynakları yoğun bir şekilde kullanmaktadır. Bunun sonucunda yoksullaşma derecesi yoğun bir şekilde artmaktadır. Örneğin hızla artan nüfusu beslemek için, verim sağlamayacak kadar fakir toprakların bulunduğu marjinal alanlarda tarım yapılmakta ve belirli bir süre sonra bu topraklar çöl benzeri ekosistemlere dönüşerek tamamen kullanım alanı dışına çıkmaktadır. Bilim insanlarının ve araştırmacıların bildirdiklerine göre, 24 tane gelişmekte olan Afrika ülkesinde besin maddeleri sağlanmasına ait ortalama oran, nüfus artış oranından düşüktür (Brown, 2001). Dünyada aynı durumda olan başka ülkelerde bu gruba katılırsa niçin 800-900 milyon insanın açlık sınırında olduğu anlaşılır. Gelişmiş ülkelerde hayvansal proteinin %26 oranında, gelişmekte olan ülkelerde ise %8 oranında tüketildiği bildirilmektedir (Klötzli, 1980). Böylece hem yetersiz, hem de dengesiz beslenme, bu ülkelerde çeşitli beslenme bozukluklarına ve hastalıklara neden olmaktadır.

Endüstrileşmiş (zengin) ülkelere gelince :beslenme sorunları olmayan bu ülkeler, çevreyi en çok kirleten, enerji ve hammaddeyi en çok harcayan ülkeler grubunu oluşturmaktadır. Klötzli'ye (1980) göre, dünya nüfusunun yaklaşık on altıda biri maksimum tüketici olarak doğal kaynakların üçte birinden yararlanmaktadır. Dünya nüfusunun üçte ikisi minimum tüketici olarak, doğal kaynakların sadece sekizde birinden gereksinimlerini gidermeye çalışmaktadır. Sadece ABD dünya enerji üretiminin üçte birinden çoğunu tüketmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, eğer bugün dünyada yaşayan herkes ABD vatandaşlarıyla aynı hızda tüketim yapsaydı bu talepleri karşılamak için daha üç tane dünya gerekirdi (MacDonalt, 2003). Uzmanlar ve bilim insanları bu karmaşık sorunu çözmek için şu öneride bulunmaktadır: “Gübreleme ve sulama tekniği ile toprakların verimini yükseltmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere de aynı teknolojiyi götürmekle beraber, dünya nimetlerinin de adil paylaşımını sağlamalıdır.”

Yaşanılabilir bir dünyanın yaratılmasının ortak amaç olduğuna hiç kuşku yoktur. Bu amaç için alınan önlemler ve düşünceler şunlardır:

- 1) Ekonomik ve teknolojik konuların ağırlıklı olduğu öneriler ve düşünceler

2) Sosyolojik ve ekolojik ilkelerin ağır bastığı önlemler ve düşünceler

1) Ekonomik ve teknolojik konuların ağırlıklı olduğu öneriler ve düşünceler şunlardır:

a) Sınırlı bir dünyada, sınırsız bir ekonomik gelişme olamaz, bunun bir sınırı vardır;o sınıra gelinmiştir o nedenle ekonomik gelişme durdurulmalıdır.

b) Çevreye zarar vermeyen ekolojik ilkelere dayalı yeni teknolojiler geliştirilmelidir. EKO-Teknoloji denen bir uygulama ile hem doğa korunur, hem de ekonomik gelişme devam eder. Oysa bugün dünyada çevreye zarar veren plastik, tarım ilacı, motor yağı, çözücü maddeler gibi ürünlerden oluşan yaklaşık 50.000-100.000 arası sentetik kimyasal madde ;asit yağışlara neden olan kükürt dioksit, küresel iklim değişikliğinde önemli rol oynayan bol miktarda sera gazları üretilmektedir.

c) Üretim yöntemlerinin geliştirilmesiyle üretim artırılmalı, nüfus artış hızı düşürülmeli.Böylece nüfus sayısı ile gereksinim duyulan madde üretimi dengelenerek, refah düzeyinin devamlılığı sağlanmalı

d) Geri dönüşüm mekanizması geliştirilmeli, enerji alternatifleri (güneş ve rüzgar enerjisi) aranmalı, zararlılarla kimyasal mücadele yerine biyolojik savaş yöntemleri geliştirilmeli

e) Kaynak kullanımı vergiye bağlanmalı ;hava, su ve toprak gibi doğal kaynaklardan yararlananlar atık madde üretimlerine göre vergilendirilmeli

f) Teknik ve hukuki yaptırımlar kullanılarak, çevre kirliliği ile çok iyi mücadele edilmeli, atık maddelerin azaltılmasını ve çevreye zarar vermeyecek hale getirilmesini sağlayacak teknolojiler geliştirilmeli

2) Sosyolojik ve ekolojik ilkelerin ağır bastığı önlemler ve düşünceler şunlardır:

a) Doğal kaynakların taşıma kapasitesini aşmayacak şekilde yapılacak bir yararlanma ile tüketmeden kullanım ilkesi uygulanmalı

b) Sorunlar teknik önlemler ile ortadan kaldırılacağı yerde, sorunların çıkmamasını sağlayacak ekolojik ilkeler uygulanmalıdır. Örneğin, “Çevresel etki değerlendirmesi” kesinlikle uygulanmalıdır.

c) Temel çevre sorunlarına karşı “sorumlu toplum olma” bilincinin uyandırılması gerekir.

d) Politikacılar, ekonomistler, mühendisler, bilim insanları ve halk el ele vererek ortak çalışmayla, bütün dünyada gerginlik yaratan ekolojik sorunlara yeni bir yaklaşım getirilmelidir.

e) Doğaya karşı tutum ve davranışlarımızın gelecek kuşakların alın yazısı ile eşdeğer olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

f) “Çevre eğitimi” ve bu eğitim sonunda kazanılacak, “çevre ahlakı” ile bir çok dengesizliklerin yaratılmasını önleyebiliriz. Ancak böyle bir eğitim sonunda, herkes yaşanılabilir bir çevre yaratılması, kişisel sorumluluk bilincine varırsa halledilir. Böylece ekolojik sorunların doğmadan önlenmesini sağlayacak bir tutum ve davranış içine girilir (Çepel, 2006).

Rusya Ekoloji Akademisi Bilim Kurulu Başkanı Mamedov (1996) ‘ın bu konudaki görüşü : zamanımızda insanlık, gelişim tarihi hakkında artık bir karar verme ile yüz yüzedir. Bir yandan açlık ve hastalık, öte yandan çevrenin bozulması, şimdiye kadar olmadığı derecede kötü duruma gelmiştir. Bizler bugün bu sorunun çözümü için sınırsız bilgi ve teknoloji kaynaklarına sahibiz. O nedenle, herkesin bu konuda gelecek için sorumluluğunun bilincine varması, son derece büyük önem taşımaktadır. Aynı derecede önemli olan bir hususta, insanların bugüne kadar olan tutum ve davranışlarını yeni bir yaşam için yeni bir ahlak anlayışı ile değiştirmesidir. “Kurtuluş yolu :Bütün dünya için küresel olarak ekonomik, kültürel ve politika bakımından yeni bir gelişme modeli bulmaktır.”Ancak bu şekilde sürdürülebilir bir gelişim sağlanır. Bunun anlamı sosyal ekonomik ve ekolojik gelişme bakımından yeni koşulların oluşturulmasıdır. Bu düşünce çevresel ve sosyoekonomik süreçlerin, bütün dünyada aynı şekilde cereyan ettirilmesine dayanmaktadır. Ancak o zaman üçüncü dünya ülkeleri için de insan hakları, sağlıklı yaşam ve düzenli bir ekonomik kalkınma sağlanabilir. Bütün bunlar başarılı bir “ekonomik devrimle” gerçekleşebilir. İnsanlık tarihinde, çok önemli bir sosyal değişim, ancak bu yolla sağlanabilir (Mamedov ve Suravegina, 1996).

1.5. Doğanın İnsan Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Doğa deneyimi stresi azaltmakta, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Hartig, 1991; Ulrich, 1981; Kaplan, 2001; Grahn ve Stigsdotter, 2004). Sağlıklı yaşayan ve sağlıklı düşünen birey ise olaylara daha pozitif ve hoşgörülü yaklaşır. Yapılan gözlemler sonucu elde edilen veriler şunlardır:

- 1) Doğaya bakmak, doğayla ilgilenmek kent ortamının stresini azaltır.
- 2) Sessiz kalma, kendini dinleme gibi duygusal katkı sağlar
- 3) Sosyal anlamda insanlarla kolay tanışma ve kaynaşma, etrafına karşı sorumluluk hissi kazanma alışkanlıkları elde ettirir.
- 4) Doğayı dikkatle gözlemleyen insanlar en ufak olayda bile yaşamları için farkındalığını arttırarak karşılaştığı olaylara daha olgun yaklaşmayı öğrenir sürprizlere açık olup kendini daha iyi tanıyan bütünü daha iyi algılayan kimse haline gelir.

1.6. Genel Sağlık Kavramı

Sağlık “sadece vücutta hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal olarak bir bütün halinde işleyişine” denir. Ne yazık ki sağlığımızı bozan, varoluşumuzu, mutluluğumuzu toplumsal katkılarımızı engelleyen pek çok faktör vardır . Bu sebeple sağlık sorunlarını tanıyarak gerekli konuları geliştirmek tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlenerken birey ve toplum için uygun çözüm yollarını aramak gereklidir, bu düzenlemeleri tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan çok yönlü ve geçerli çözümler üreterek sürdürülebilmesine ihtiyaç vardır.

1.6.1. Dünyada Sağlığı Etkileyen Koşullar

İnsanlar sağlıklarını koruyup, geliştirmek için bazı koşullar olan bireysel, kültürel, sosyoekonomik konularla doğrudan ilişkili olduğunu bilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık 1 milyarı fakirlik, kötü beslenme, eğitimsizlik sebebiyle etkin bir yaşam kuramamakta ve geleceğini çağdaş ölçeklerde planlaması söz konusu olamamaktadır. Ayrıca sağlık sistemlerindeki yönetim bozuklukları araç ve gereç ve insan gücü yetersizliği, kişi başına düşen milli gelirdeki sağlık harcamalarının düşüklüğü, kentleşme yaşam beklenti düzeyindeki farklılaşmanın karşılanamaması ve demografik özellikler insan sağlığını olumsuz etkilemektedir.

1.6.2. Sağlıkta Toplam Kalite

Bedensel ve duygusal sağlık, insanların en önem verdiği değerlerdendir. Bu değeri elde edebilmek için herkes yüksek kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmak ister. Sağlık sistemleri de kişilerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve hastalıklarının tedavi ederek en uygun bakımı sunmakla yükümlüdürler.

Bugünün kalite anlayışı, “hizmette istek ve ihtiyaçları karşılayarak, beklentilerin ötesinde doyum sağlanması” kapsamaktadır (Z.Baltaş ve A.Baltaş 1999).

Toplam kalite çalışmalarının özünde sürekli iyileştirme inancıyla gerçekçi çözümle üreten etkin katılım yer alır.

“Uluslararası Standartlar Organizasyonu “olarak adlandırılan ISO 9000 serileri üretim ve hizmet sektörlerinde kalite güvencesi için düzenlenmiş standartlardır.

Globalleşen dünyada hizmet ve ürün kalitesinde ortak bir dil sağlama ihtiyacının belirginleşmesi üzerine, 1979 yılında çeşitli ülke temsilcilerinin oluşturduğu komisyonlar evrensel standartlar oluşturmak üzere bir araya girmişlerdir. Bugün oluşturulmuş olan ISO 9000 serilerinin uygulanması kalite güvencesinin sağlanmasında ilk adımdır. Standartların saptanmasıyla en iyi ihtimalle tüm kalitenin dörtte birine ulaşacağı düşünölmektedir. Bu sebeple ISO standartlarının uygulanmasıyla ancak kısmi bir kalite temin edildiğini unutmamak gerekir.

1.6.3. Dolaylı ve Dolaysız Sağlık Hizmetleri

1.6.3.1. Dolaylı Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemlerinin sunduğu hizmetler, dolaylı ve dolaysız hizmetler olarak düşünöür. Dolaylı hizmetler sağlıklı su kaynaklarının temin edilmesi, evre sağlığı, atıkların insan sağlığına zararsız hale getirilmesi, haşaratla mücadele gibi merkezi çalışmaları kapsar. Dolaylı sağlık hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yaygın olarak topluma sunulan ve halk sağlığını yönlendiren hizmetlerdir. Toplu hareketleri değil bireysel hareketleri kapsar.

Sağlıkta toplam kalite yönetimi dolaylı ve dolaysız sağlık hizmetleriyle bireylerin ve toplumun sağlık kapasitesini yükseltmeyi ve mutluluk vermeyi amaçlar.

1.6.3.2. Dolaysız Sağlık Hizmetleri

Dolaysız sağlık hizmeti üç grupta değerlendirilir. Birinci grubu: sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerinden yararlananlar oluşturur. Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak sağlık ocaklarında, okullarda, iş yerlerinde ve benzeri kurumlarda sunulur. Bireyler sağlık kalitelerinin ve yaşam etkilerinin artması için bu hizmetleri alırlar.

İkinci grubu: tedavi hizmetleri içindeki sağlık sunumundan yararlanan hastalar oluşturur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin yer aldığı bu grupta tanı ve tedaviye dönük hizmetler vardır. Hastalandıkları için sağlık hizmetinden yararlanma talebinde bulunanlar bedensel ve ruhsal sağlıklarına yeniden kavuşmak için hizmet alırlar.

Üçüncü grubu: hastalık ve sakatlık sonrası sağlık hizmetlerinde yararlanan kişiler oluşturur. Rehabilitasyon denilen bu hizmetler hastalık veya sakatlık sonrası sağlık ve yaşam kalitesini yükseltmeye dönüktür. Ortaya çıkan eksikliklere rağmen kişilerin araç kullanmaksızın ya da bir araç yardımıyla hayatlarını verimli ve mutlu sürdürmeleri için yapılan hizmetlerin bütünüdür. Her grupta yer alan bireyleri bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak iyileştirebilmek ve bunu uzun süre devam ettirebilmek sağlık hizmetlerinde üst düzey bir yeterlilik gerektirir. Bu yüzden bireylerin beklediği iyileşmenin ötesinde doyum sağlanması için sağlık hizmetinde toplam kalite yönetimine geçilmiştir.

Sağlık hizmeti verenlerle alanların birebir ilişkisi içerisinde yürüyen dolaysız sağlık hizmetleri, çeşitliliği ve kalitesi gereği önemli maddi kaynaklara ihtiyaç duymaktadır. Yaklaşımların çeşitlenmesiyle hizmet kalitesinin yükselmesi her geçen yıl maliyet artışına da neden olmaktadır. Buna karşın sağlık hizmeti alanında yeterli miktarda mali destek bulunmamaktadır. Türkiye de sağlık hizmetlerinin gayri safi milli hasıladaki yeri yaklaşık %5 tir. Avrupa ülkelerinde %7-8, ABD de %12 'dir (Çoruh, 1997).

1.6.4. İnsan Sağlığında Eğitim Ve Öğrenmenin Önemi

İnsanlık tarihi boyunca sağlık, sahip olunmak istenilen en önemli değerdir. Günümüzde sağlıkla ilgili disiplinlerin hepsi potansiyel olarak var olan sağlığın geliştirilmesi ve insanların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için çeşitli konularda ayrıntılı çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmaların ağırlık noktasını sağlık eğitimleri oluşturur. Düşünebilen, kendisini ve çevresini algılayıp yorumlayabilen bir canlı olarak insan, içinde bulunduğu fiziki ve sosyal çevreyle etkileşim halindedir. Bu etkileşim,

aileden başlayarak zamanla genişler, kişinin kendisi ve sosyal çevresi adına olumlu beklentileri gerçekleştirecek davranışlar gerçekleştirmesine yol açar.

Yapıcı ve olumlu davranış değişiklikleri, kendiliğinden ya da rastlantısal olarak ortaya çıkmaz. Bilinçli ve planlı olarak gerçekleşir. İnsanın kendisi ve toplumu için seçilmiş davranışları geliştirme sürecine “eğitim” denir.

Başka bir tanımla eğitim; insanın bireysel gelişimini ve sosyal yeterliliğini sağlamak amacıyla, seçilmiş ve kontrol altındaki bir ortamda oluşturulan biyo-psikososyal bir süreçtir. Eğitimin belirli bir amaçları vardır. Eğitim genel anlamda bireyin çevre ile olan uyumu için gerekli olan bilgi ve donanımına sahip olması, kendini gerçekleştirebilmesi, doğal ve kültürel mirasına sahip çıkması gibi amaçlara yöneliktir.

1.6.5. Sağlıkta Öğrenme Sürecinin Önemi

Öğrenme; belirli durumlar ve sorunlar karşısında, bireyde kalıcı davranış değişikliklerinin oluşturulma sürecidir (Atkinson vd., 1990).

Sağlık eğitiminde temel amaç, öğrenilen bilgilerden yararlanıp, davranış kalıplarını değiştirmelerini sağlayarak koruyucu sağlık davranış özelliğini benimsemektir. Bu eğitimlerde, öğrenme psikolojisinin iki önemli özelliği kullanılır. Bu özellikler ;

- 1) söndürme
- 2) kazandırılma

Söndürme: Önceden kazanılmış sağlığı tehdit eden sıkıntılı davranışın ortadan kaldırılma sürecine denir.

Kazandırma: Sağlığı tehdit eden sıkıntılı davranışın söndürüldükten sonra sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi dönemine denir.

1.6.6. Sağlık Eğitiminin Amacına Ulaşma Aşamaları

Kişilere kendi gayretleriyle sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yardımcı olmaya çalışmaktır. Bu alanda yapılan çalışmalar üç noktada ele alınır.

- 1) Kişisel sağlık bilincinin yükselmesi
- 2) Yaşam kalitesinin artırılması
- 3) Diğer insanlar, doğal çevre ve yapay çevre bilincinin geliştirilmesi

1) Kişisel Sağlık Bilinci: Kişinin kendi sağlığından sorumlu olduğu konusundaki bilinç ve duyarlılığın geliştirilmesidir. Bireyin davranışlarındaki temel değişiklikler, bu zihinsel değişikliklerle motive edilebilir.

2) Yaşam Kalitesinin Arttırılması: Yaşam standartlarından bağımsız olan yaşam kalitesinin tanıtılmasıyla başlar. Bütün sağlık eğitimleri bu bilgilerle bağlanabilir. Çünkü koruyucu ve geliştirici sağlık davranışlarını en önemli özelliklerinden biri de, yaşam kalitesinin arttırılmasına olan katkıdır.

3) Çevre Bilinci: Çevre ve diğer insanların sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda duyarlılık kazanılması ve uygun davranışların öğrenilmesidir. Çevre açısından koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması, sivil örgüt yapılanmalarına ve etkinliklerinin güçlendirilmesine yardımcı olur.

1.6.7. Sağlık ve İletişimin Önemi

Sağlık ve hastalıklar konusunda insan merkezli yaklaşım; bireyi, biyo-psikososyal yönleri ile bir bütün olarak ele alırken, hastalık merkezli yaklaşım; semptomları ele alır. Birinci yaklaşım bireyin duyguları, düşünceleri ve davranışlarını ön plana çıkartırken, ikinci yaklaşım, belirtiler ve laboratuvar verileri ön plandadır.

Çağdaş tıp anlayışı insan merkezli yaklaşımları içerir. Yapılan çalışmalarda bireyin kişisel ve sosyal ihtiyaçlarının hastalık yaşantıları ile bağlanmasının doğru sonuç için zorunlu olduğu saptanmıştır.

1970'lerin başında yapılan bir araştırma hasta-hekim ilişkilerinin farklı boyutta ele alınmasına yol açmıştır (Korsch ve Negrete, 1972).

Hasta-hekim ilişkilerinde iletişimin ve memnuniyet düzeyinin tedaviyi etkilediği çalışmalar yapılmıştır. Hekimin reçetelendirdiği ilaçları almanın, tavsiyelerini uygulamanın hasta hekim arasında kurulan ilişkiyle doğru orantılı olduğu saptanmıştır (Korsch ve Negrete, 1972).

Hastaların çoğunluğu doktorun her sorduğuna cevap vermek zorunda hissettiği için sağlıklı bir iletişim kurulmasına engel olmakta ve zaman zaman yanlış bilgi alınmasına neden olmaktadır (Waitzkin, 1984). Bunun sonucunda tedavi de olumsuz etkilemektedir.

İletişim tekniğinin öğrenilerek iletişim becerilerinin geliştirilmesi hem hasta-hekim hemde hekimler arasındaki iletişimi de geliştirmektedir.

1.6.8. Hasta-Hekim İlişkilerinde Rol Oynayan Etkenler ve Tedaviyi Etkileyen Faktörler

1) Hekimin Yaptığı İşe Olan İnancı: Hekimin vereceği hizmet konusunda işine, bilgisine ve kendisine olan güvenidir. Bu güvenin dışı yansıması sözel ve sözel olmayan iletişim becerileriyle olur. Bunların sonucunda da ve hekime inanılır ve onun söylediklerini, yerine getirme, onunla iş birliği yapma konusunda istek duyulur.

2) Hekimin Gayreti: Hekimin hastasını iyileştirmek konusundaki gayreti, sağlık hizmeti alan tarafından algılanır. Hekimin gayretiyle ilgili olumlu algı, hekime karşı olan inancı ve bağlılığı artırır.

3) Tıbbi Yardım Ortamının Yeterliliği ve İnandırıcılığı: Sağlık hizmeti alanlar ile sağlık hizmeti verenlerin birlikte oldukları ortamın nitelikleri güveni, inancı ve bağlılığı belirlemede çok önemlidir. Düzensiz, özensiz ve hijyenik yeterlilik açısından kuşku uyandıran bir ortam beklentilerini olumsuz yönde etkiler.

4) Sağlık Hizmeti Alanın Sağlığını Geliştirme Beklentisi: Sağlık hizmetlerinden yararlanma motivasyonu kişiye, hekime ve sisteme bağlıdır. Hekimden ve sistemden sağlayacağı yararın yaşam süresine ve kalitesine katkı sağlayacağı inancı sağlık konusundaki beklentiye yükseltir.

5) Hastanın İyileşme Beklentisi: Hastanın iyileşme beklentisi bir yönüyle yukarıda sayılan faktörlere, bir yönüyle de kendi kişisel yaşantılarına ve kişilik özelliklerine bağlıdır.

Hastaların, hekimlerle olan görüşmelerinden beklentilerinin farklı olduğu görülmüştür. İnsanların uzman tanılarında ve tedavi girişimlerinden çok, sağlık problemlerinin anlaşılmış olmasına ve kendilerinin her zaman destek alabilecekleri bir hekimlerinin bulunduğu inanmaya ihtiyaç duyarlar. Bu temel beklentinin karşılanması nonspesifik etki olarak tanımlanan alana aittir. Nonspesifik etkilerle temel beklentinin karşılanması, büyük bir tatmin ve tavsiyelere uyma konusunda yüksek bir motivasyon yaratmaktadır (Williams vd.,1995).

Yapılan araştırmalarda, hekimlere yapılan başvurularda hekimin verdiği bilgilerin kalitesi üzerine çalışmışlardır. Özellikle bilginin içeriğini, karmaşıklığını, anlaşılabilirliğini ve genişliğini araştırdıkları bu çalışmada; hastaların sağlığı ile bilgilerin tıbbi ayrıntılarla

verildiğini, çok karmaşık olduğunu ve esas bilginin anlaşılamadığını veya akılda tutulamadığını saptamışlardır (Ley, 1988).

Batı kaynaklı araştırmalar, hekimlerin hastaların problemlerini ve endişelerini ortaya çıkarmada güçlük çektiklerini ve bunun sonucu ortaya önemli teşhis hataları çıktığını göstermektedir (Miller, 1991 ; Ley, 1988).

Örneğin genel pratikte duygusal problemlerin çok yaygın olduğu bilinmekle beraber, depresyon vakalarının tedavisinde %50 ye varan atlamalar olduğu saptanmıştır (Freeling, 1985) .Belki de bu sebeple hastaların birçoğu kendilerine verilen tedaviye sadık kalmamaktadır. Bunun sonucu hastalar şifa arayışlarını sürdürmekte ve sağlık kanallarını işgal etmeye devam etmektedirler. Hekimlerin iletişim becerilerini geliştirmelerinin, hastaların sağlığına olumlu yönde katkı sağlayacağı muhakkaktır.

1.6.8.1. Güç ve Roller

Hekimler ölüm-kalım konusunda etkin olduğu için özellikle hastalar ve yakınları üzerinde kendilerine çok büyük güç atfedilmesinden dolayı güç dengesi hekimden yana ağır basmıştır. Kimi hastalar, hekimlerine mutlu olmadıklarını doğru bir şekilde ifade edemezler. Yapılan çalışmalar da hastalık şikayetlerinin %54'ünün hekimler tarafından anlaşılamadığını sonucunu veriyor (Stewart vd.,1979). Hastanın düşüncelerini dikkate alması, algı sistemini anlaması ve bunun sonucunda sorunlarının net olarak belirlenmesi, hastanın hekimin önerdiği tedaviyi ve tavsiyeleri uygulanabilir görmesi, başarılı bir hasta-hekim ilişkisinin temel şartıdır. Szazs ve Hollender adlı araştırmacılar hekimle-hasta arasında üç temel ilişki modeli tanımlamışlardır (Szazs ve Hollender, 1956).

- 1) Etkenlik ve edilgenlik esasına dayanan ilişki
- 2) Yol göstericilik ve işbirliği esasına dayanan ilişki
- 3) Karşılıklı katılım esasına dayanan ilişki

1.6.8.2. Hasta-Hekim Arasında İletişim Becerileri

- 1) Sözlü İletişim : Sözlü iletişim becerileri dört yönden ele alınır.

A) Bilgi Alma, Soru Sorma: Hasta-hekim ilişkilerinde tedaviyi etkileyen etmenlerden biride soru sorma ve hastadan bilgi alma sürecidir.Hekim hastaya kimi zaman açık uçlu, kimi zaman kapalı uçlu sorular sorarak problemin teşhisini kolaylaştırır.

B) Empati ve Etkin Dinleme: Empati, zihinsel olarak başka bir insanın duygularına girmek anlamına gelir .Ayrıca iletişim tekniğinin en önemli öğelerinden biri olan etkin dinleme yönteminin uygulanması da hastanın açık ve örtük endişelerini ortaya koymasına imkan verir. İletişim alanındaki çeşitli becerilerden hekimlerde en çok istenen becerinin etkin dinleme olduğu saptanmıştır (Roter, 1989).

Etkin dinleme : Karşıdaki kişiyle göz teması kurmak, baş hareketleriyle söylediklerini onaylamak, kişinin anlattığı olayı zaman zaman özetlemek etkin dinlemenin parçasıdır.

Miller ve Goldberg, hastalarının duygusal problemlerini teşhis etmeyi başaran, hastalarına bilgi vermek ve tavsiyelerde bulunmak konusunda daha başarılı hekimler olduğu saptanmıştır (Miller ve Goldberg, 1991).

1.7. Kültür ve İnsan Davranışı

Toplum içinde yaşayan insan o toplumda yaşayanların davranışlarından, topluma ait gelenek ve göreneklerinden etkilenerek yaşar. Bu nedenle insan ve kültür birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Kültür, bir toplumun kimliğini oluşturan, toplumun yaşayış ve düşünüş tarzıdır. Kültür toplumlar arasında farklılık yarattığı için farklı ülkelerde yaşayan kişilerin yaşam biçimleri, genel davranışları ve tavırları da birbirlerinden farklıdır (Sayar ve Dinç 2011).

1.7.1. Kültür –Çevre-Sağlık-Hastalık İlişkisi

İnsanın sağlığa ilişkin sorunları, ana babasından getirdikleri kalıtsal özellikleri, bireysel özellikleri, sosyal çevresi, kültürü ve içinde yaşadığı evrenin yaşadığı koşullardan soyutlanamaz .Bunların her biri, bir insanın yaşamına biçim veren ve onun sağlığında rol oynayan faktörlerdir .Söz konusu yapılardan herhangi birinde ortaya çıkacak aksama kişide fiziksel veya duygusal semptomların oluşmasına yol açar. Hasta ve hastalık kavramında rol oynayan değişkenler:

- 1) Doğal Çevre (Evren)
- 2) Sosyal Çevre
- 3) Bireysel Özellikler
- 4) Kalıtım Özellikleri

Bireyin sağlığında genetik faktörler belirleyici olduğu kadar kültüründe etkisi çok fazladır.Kültür, yöresel inançlardan, alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir kapsam içerisinde değerlendirilir. Hastalık ile bozuklukların sebepleri ve tedavileri konusunda insanların inançları, kişisel ve kültürel farklılıkları etkinlik göstermektedir (Berry vd.,1994).

İnsanların kültürlerine mal mülkten hatta canlarından daha çok bağlı oldukları, “Bizi ortadan kaldırabilirsiniz, ama inançlarımızı asla yok edemezsiniz” özdeyişinde kendini açıkça ortaya koymaktadır.Pek çok toplumda gelenek görenekleri korumak, onlardan taviz vermemek insanların en kıymetli varlıklarının, “hayatlarının” sonunu getirebilir. Kan davaları sürdürülebilir, namus uğruna insanlar feda edilir. Bilimsel veriler ışığında sunulan tedaviler ve yapılan hastalık tanımları, bazen halk tıbbının inanılmaz direnciyle karşılaşabilir. Örneğin depresyon, stres, kara sevda ... halk tıbbı içindeki önerilerle aranır. Buda kültürün bazı toplumlar için ne kadar vazgeçilmez olduğunu gösterir.

1.7.1.1. Doğal Çevre (Evren)

Etiyolojik değerlendirmeler yapılırken, özellikle iklim koşulları sorumlu tutulmuştur.Sıcak, soğuk, rüzgar ve nem pek çok sağlık sorununun nedeni olarak ele alınmıştır (Herzlich ve Pierret, 1986).Güneş baş ağrılarının, rüzgar üşütmenin, nem ağrıların en önde gelen sebebi olmuştur (Greenwood, 1981). Astrolojinin yaygın görüldüğü toplumlarda da ay, güneş ve diğer gök cisimlerinin sağlık üzerinde etkisi olduğu inanılmaktadır.

1.7.1.2. Sosyal Çevre

Bireylerin çevrelerindeki diğer bireylerin eleştirilerine, beklentilerine ve taleplerine karşı aşırı duyarlılaşması sonucunda da kişinin ruhsal sağlığında da rahatsızlıklar gelişebilir. (Sayar ve Dinç 2011).

1.7.1.3. Bireysel Özellikler

Kişileri birbirinden ayıran özelliklere bireysel özellik denir.Tüm canlılar özellikleri bakımından birbirinden farklıdır.Bireysel özellikler şunlardır: Parmak izi, yüz şekli, boy uzunluğu, kilo, göz rengi, ten rengi, ses tonu, şive, vücut yapısı, yüz hatları, duygu, olayları anlama yorumlama şekli, davranış biçimleridir.

1.7.1.4. Kalıtım Özellikleri

İnsanın sağlığına ilişkin sorunları, ana babasından getirdikleri (kalıtsal özellikleri) yaşadığı evrenin koşullarından soyutlanamaz. Ayrıca kalıtsal özellikler insanın yaşamına biçim veren ve onun sağlığında rol oynayan etkenlerden biridir. Kalıtsal faktörler; deri renginden göz rengine, zeka kapasitesinden yeteneğe varıncaya kadar çocukların ailelerinden aldıkları pek çok fizik ve zihinsel karakteristikleri belirler (Z. Baltaş ve A. Baltaş, 2004).

Biyolojik etkenler, genetik etki, biyokimyasal ve yapısal özellikleri kapsamaktadır. Biyolojik sistemlerdeki bir dengesizlik çevreye uyumsuz bilişlere ve davranışlara sebep olabilir (Sayar ve Dinç 2011).

1.8. Türkiye'deki Aile Yapıları

Aile, toplum kültürüne bağlı yapıların çekirdeğini oluşturur. Aile, aralarında kan bağı bulunan insanların ekonomik, sosyal ve psikolojik bütünlüklerini paylaştığı bir topluluktur. Aileye ait değerlerin, yetiştirdiği bireylerdeki yansımaları, hem kültürün bütününe hem de aile yapılarına göre farklılıklar gösterir (Baltaş, 2000).

1) Çekirdek aile: Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan yapıya denir.

2) Geniş aile: Anne, baba, evlenmemiş çocuklar ve bunlara kan bağı veya evlenme nedeniyle bağlanmış kişilerden oluşan yapıya denir.

Tablo 1.1. Türkiye'de kırsal ve kentsel kesimde çekirdek aile yapısı yüzdeleri

Yıl/yerleşme	1968	1983	1988
Kırsal yapı	55.4	54.4	58.1
Kentsel yapı	63.3	67.4	73.1

Tablo 1.8.1'de görüldüğü gibi, hem kırsal hem de kentsel yapıda çekirdek aileye geçiş belirgin bir biçimde artmaktadır. Kentlerimizdeki çekirdek aile yapısı 1988 'de %73.1 düzeyine çıkmıştır (Timur, 1972 ; Hüne, 1988).

Ülkemizde aile yapısının kentsel göçle geniş aileden çekirdek aileye doğru bir geçiş olmaktadır (Kıray, 1984).

Bazı bağların devam ettirilmesine rağmen aile yapıları ve buna bağlı olarak değişkenlik gösteren ruhsal ve toplumsal etmenler üzerine yapılan çalışmalar, geleneksel

tutumların çekirdek aileye geçişten etkilendiği yönündedir. Örneğin; Miller (1984), eğitim düzeyinin yükselişi ve şehirleşme ile ataerkil ile geniş aile değerlerine verilen önemin azaldığını göstermektedir. Aile yapılarındaki değişimle birlikte sosyalleşmede ve bireyselleşmede bazı farklılıklar ortaya çıkmakta ve bu farklılıklar geleneksel tutumları etkilemektedir. Çekirdek ailelerde disiplin, otoriter, yani yasaklayıcı ve kısıtlayıcı olmaktan çok, birlikte yaşamayı kolaylaştıracak kurallar şeklinde genç kuşaklara verilmektedir. Ayrıca bağımsızlık ve kendi adına düşünüp seçim yapma davranışları da artmaktadır.

Aile yapısının niteliği ve niceliği, hastalıkların bulaşma olasılığını arttıracak veya azaltacak gibi, tedaviye dönük tutumları da belirleyecektir. Örneğin ;Çekirdek ailelerde sağlık merkezlerine başvuruların daha sık olduğu buna karşın bazı sorunların özellikle geniş ailelerde tıbbi merkezlere ulaştırılmadığı ve kendi içinde çözüm arandığı görülmektedir. Cinsel temasla bulaşan hastalıklar, günümüzde özellikle AIDS, ruhsal sorunlar, zeka ile ilgili sorunlar, sosyal sorun olarak kabul edilen şiddete dayalı zedelenmeler, “kol kırılır yen içinde kalır” anlayışının bir uzantısı olarak ev içinde yaşamaya terk edilen veya aile değerleri çerçevesinde çözülmeye çalışılan sağlık sorunlarından bazılarıdır.

1.8.1. Sağlıklı Birey-Sağlıklı Toplum

Biyo-psiko-sosyal tıp açısından, mizaç (karakter) genetik özellikleri yansıtır. Buna karşın kişilik, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerindeki pek çok faktörün etkileşimiyle şekillenir ve gelişir. Bunun uzantısı olarak, insanın fizyolojik sağlığı gibi ruhsal sağlığı da genetik ve çevre etkenleri tarafından belirlenir. İnsan davranışı da bu etkileşimin karmaşık bir ürünüdür. Tarih boyunca insanlar sadece fiziksel, kimyasal çevre ile iklim beslenme ve somatik (bedensel) sağlığın ve etkisi altında kalmamış ;aynı zamanda bir dizi sosyal, psikolojik ve kültürel fenomen de bireyin yaşantılarının, kişiliğinin ve tepkilerinin şekillenmesinde belirleyici olmuştur. Toplum bilimcileri açısından, kendine zarar vermeyerek varlığını koruduğu sürece her toplum normaldir. Bireylerin o toplumdaki yaşama biçimine ve taleplere uymaması hastalıklardan söz edilmesine sebep olur (Fromm, 1982).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri; bireyleri kendi hayatlarında doygun hale getiren ve kişiler arası iletişim zorlukları olmayan sağlam bireyler olarak geliştirebilmeyi amaçlar.

Sağlıklı, bireysel ve toplumsal uyumu yüksek insanlar ve onların oluşturduğu bir toplum hedeflendiğinde, “normallığın” tanımının yapılması, sınırlarının çizilmesi gerekmiştir. Tarihsel gelişim içerisinde normallik kavramının tanımında çeşitli değişiklikler görülmüştür. Bunlar;

1) Klinik Belirtilerde Normallik: Hastalık tanısı koyacak yeterli belirtiler yoksa hasta normaldir.

2) Normatif Normallik: Bireyin bütün yaşamsal işlevlerini hayatı boyunca uyumlu bir biçimde sürdürmesi ancak düşlenebilecek bir durumdur. Normatif normallik bir ideali yansıtır.

3) İstatistik Boyutta Normallik: Bu görüş açısından normal davranış, toplumun çoğunluğu tarafından kabul edilen tutum, tavır, inanç, görüş bakımından davranışların toplamıdır.

4) Genel Sistemler Kuramı Açısından Normallik: Genel geçer bir normallik tanımı yapılamaz. Normallik; yere, zamana, kültürlere ve ilişkilerin anlamına göre farklılaşır ve toplumun yaşam biçimlerini tehdit etmedikçe normallik sınırları içerisinde değerlendirilir. Her toplum, tam anlamıyla her yönden bütünlük içinde olan bireylere ihtiyaç duyar. İçinde yaşadığı topluma faydası dokunan bireyler yetiştirmek sağlık ve eğitim kurumlarının görevlerinden biridir. Aile kurumlarının sağlam sosyal yapıya kavuşturulması ve okullarda çağdaş sağlık eğitiminin verilmesi bu amaca yardımcı olur. Bu nedenle günümüzde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, aile ve okul eğitimlerine yönelik çalışmalar önemli bir hizmet alanı olarak görülmektedir.

1.8.2. Dinin Sağlıkla İlgili Boyutu

İnsanlık tarihi kadar eski olan bir kurum da dindir. İnsanların korkuya dair tanımlayamadıklarını, bilimsel olarak henüz açıklayamadıklarını, beslenme alışkanlıklarını, hastalıklar hakkında ve ölümler konusundaki kararlara ilahi bir yaklaşım olan dini çözüm olarak görmüşlerdir.

Eskiden insanlar tedavilerini dini inançlarına göre düzenlemelerinin sebebi hastalıkların Allah'ın verdiği bir ceza yine Allah'ın kararı ile kurtulacağını sanarak dini tedavi amacı olarak kullanmışlardır. Dönem dönem dini kurumlar tarafından bilimin objektif verilerini kabullenmek güç kaybı ve mağlubiyet olarak değerlendirilmiştir. Bu

sebeple de insanın ölümü konusundaki kararı Katolik kilisesinin hekimlere bırakması, 1900 lü yılların ilk yarısını bulan bir mücadelenin sonucudur (Baltaş, 2000).

1.8.3. Eski Dönemlerde İnsanların Uzmanlık Dışı Teorileri

Hastalanan kişiler kendi kültürel yapılarıyla olayları değerlendirirler. Hastalık bazıları için felaket, bazıları için bela ve başa gelen musibetlerin özel bir formudur. Her kültür kendi iç mantığıyla hastanın başına gelenlere bir anlam verilmesine yardımcı olur. Her kültürde bu uzmanlık dışı bilgiler halk bilgisinden miras kalan karmaşık bir yumdur. Modern toplumlar, kitle iletişim araçları ile tıp modellerinden de kavramlar alırlar. Psiko sosyal tıp içinde birbirleriyle etkileşen yapılar olarak ele alınan kalıtım, kişi, sosyal çevre ve doğal çevreye, doğaüstü güçlerde eklenir ve bunlardan biri hastalık etiolojisindeki etken olarak değerlendirilir. Sanayileşmemiş topluluklarda doğaüstü etiyojik yaklaşımlar ağırlıklı olmasına karşın, sanayileşmiş ülkelerde çevre ve hasta merkezli açıklamalar ağırlıklıdır (Chrisman, 1994).

Uzmanlık dışı teorilerde kişiyi sorumlu tutan görüşler, beden içinde ama hastanın bilinçli olarak denetleyemediği etkenleri öne çıkarır . Bunlarda kişiyi ruhsal, bedensel veya kalıtsal olarak zedeleyebilir (Herzlich ve Pierret, 1986).

1.8.3.1. Doğaüstü Güçler

Bu alanda hastalıklar ;tanrılar, ruhlar ve ataların ruhları gibi doğaüstü varlıkların eylemlerine atfedilir.Hastalık yanlış davranış sebebiyle Tanrının insanları cezalandırmasıdır (Blaxter, 1979). Bazen bedene giren bir kötü ruhla tanımlanır, bazen daha soyut olarak Tanrı işi, yıldızlara bağlı olarak ortaya çıkan bir durum ya da şanssızlık olarak yorumlanır.

1.8.3.2. Güncel Yaklaşım

Günümüzün çağdaş insanları sağlık davranışlarının ve çevre koşullarının bir uzantısı olarak hastalandıklarını düşünür ve bu konuya “Şimdi ne yapmalıyız?”, “Bu koşullarda uygun olan nedir?” yaklaşımıyla bakarlar. Bu yaklaşımın içinde olan sorular “Nasıl tedavi edilebilir?”, “Hangi sağlık kurumuna gitmeliyim?”, “Hangi hekim bu konuda uzmandır?” şeklinde ortaya çıkmaktadır (Z.Baltaş ve A.Baltaş , 2011).

1.9. Psikiyatrinin Kısa Tarihçesi

İnsanoğlunun var olduğu andan itibaren ruhsal sorunların da yaşandığı bir gerçektir. Çünkü duyan, gören, hisseden ve başkaları ile iletişim ve etkileşimde bulunan insanın en eski zamanlarda bile düş kırıklığına, ümitsizliklere, sıkıntılara ve yitirdiklerine tepkisiz olduğu düşünülemez. Bunula birlikte o zamanlarda ne ruh hastası ne akıl hastalığı ne de psikiyatri vardı.İnsanoğlu toplum düzenine geçtikten ve yaşamına din ve medeni kurallar egemen olmaya başladıktan sonra ruhsal bozukluklarla ilgilenilmeye ve tedavisi için çareler aranmaya başlanmıştır.Orta Çağ (MS 476-1453), insanlık tarihinde akıl hastalarına dini inanışlara göre davranıldığı ve bu insanların içinde şeytanın bulunduğu inanılan bir dönemdir. Tarih kaynakları Orta Çağ'da, akıl hastalarına içlerindeki şeytanı çıkarmak için acımasız işkencelerin yapıldığını, zincirle tespit edildiklerini, aç bırakıldıklarını, kırbaçlanarak dövüldüklerini yazmaktadır.

Colangelo'ya (2006) göre, Orta Çağ'ı izleyen Aydınlanma ve Bilim Çağı'nda (MS 1650-1789) Avrupa ve ABD'de akıl hastaları için hastaneler açılmaya başlanmış hastalar; düşkünler evinde, hapisanelerde veya akıl hastanelerinde suçlularla, yaşlı ve aciz kimselerle, çocuk –kadın-erkek karıştırılarak bir arada tutulmuşlardır (Topçu, 2010).

1.9.1.Türkiyede Psikiyatrinin Tarihsel Süreci

Türk psikiyatrisi Osmanlı Dönemindeki psikiyatri anlaşılmadan açıklanamaz. Çünkü Türk psikiyatrisi Osmanlı mirası üzerinde kurulmuştur. Türk tarihinde Selçuklu ve Osmanlı dönemi ruh hastalarına şefkat ve merhametle muamele edilen yüzyılları kapsar. Selçuklu ve Osmanlı dönemi Türk tarihinde ruh hastalıklarına insancıl yaklaşımların egemen olduğu dönemlerdir.Osmanlı Devleti çöküş yıllarına kadar ruh hastalarını dışlamayıp bir “veli” gibi korumuş ve bakmıştır (Sarı ve Akgün, 2008).

1.9.1.1.Darüşşifa Dönemi

Türkiye’de Osmanlı döneminde başlayan psikiyatrinin kurumsallaşmasında ve ruh hastalarının tedavisi ve bakımında “darüşşifalar”ın önemli bir yeri vardır. Darüşşifa, sağlık yurdu ve hastane anlamına gelen bir kelimedir. Türk psikiyatri tarihinde darüşşifalar başlangıçta halka her türlü sağlık hizmeti vermek ve tıp eğitimi sağlamak amacıyla kurulmuş olmaların rağmen 19. yüzyılda çağın gerekli kıldığı ihtiyaçlar nedeniyle akıl

hastanelerine dönüştürülmüş ve “Bimarhane” olarak anılmaya başlamıştır .Bimarhane hasta evi, tedavi evi, anlamlarına gelmektedir.

Tarih kaynakları, Osmanlı Devletinde ilk darüşşifanın 1400 yılında Sultan Yıldırım Bayezid-1 (1360-1403) tarafından Bursa da kurulduğu yazmaktadır. İkinci darüşşifa Fatih Sultan Mehmet (1432-1481) tarafında İstanbul da 1470 yılında yaptırılan “Fatih Darüşşifası”dır. Bu darüşşifa ruh hastalarının musiki ile tedavi edildiği kaydedilmektedir (Fazlıoğlu, 1997) .Sultan 2. Bayezid in (1447-1512) Edirne de yaptığı (1488) 2. Bayezid Külliyesi’ndeki “Bayezid Darüşşifası” günümüzde “Türk Psikiyatri Tarihi Müzesi” olarak hizmet vermektedir.

1.9.1.2.Türkiye de Psikiyatri Eğitiminin Kısa Geçmişi

Prof. Raşit Tahsin ve Prof. Mazhar Osman, Osmanlı devleti döneminde yetişmiş ve cumhuriyetin kurulmasından sonrada Türk psikiyatrisinin gelişmesinde önemli görevlerde bulunmuş iki büyük bilim insanıdır. Prof. Raşit Tahsin 1933 yılındaki üniversite reformuna kadar tıp fakültesinde psikiyatri dersi vermiştir. Prof. Raşit Tahsin’ in emekliliğinden sonra Prof. Mazhar Osman, İstanbul Tıp Fakültesine profesör olarak atanmıştır.

Türk Nöro –Psikiyatri Derneği, Osmanlı Devleti döneminde 1914 yılında kurulmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında Türk psikiyatrisine damgasını vuran en önemli gelişme, Toptaşı Bimarhanesinin 1927 yılında Bakırköy de Reşadiye Kışlasına taşınmasıdır. Bu taşınma günümüzdeki Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin kurulması ile sonuçlanmıştır. Tüm bu açıklamalar, Türk psikiyatrisinin Osmanlı mirası üzerine kurulduğunu ve 1923 yılında Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra gelişmesini sürdürdüğünü göstermektedir (Topçu, 2010).

1.10.Psikiyatri İle İlgili Genel Tanımlar-Çalışma Yaptığımız Rahatsızlıklar ile İlgili Temel Bilgiler

1.10.1.Ruh Nedir?

Ruh kavramının psikiyatride yapılmış formel bir tanımı bulunmamaktadır. Ruh, tinsel çağrışımı olan doğaüstü güç anlamındadır.Ruh hastalığı kişinin kendini

savunamadığı bir ortamda yaşamak için geliştirdiği özel bir stratejidir. Ruh hastalığı dünya hakkında kişiyi ayrıcalıklı yapan alternatif bir görüş açısidir (Laing, 1960).

Ruh hastalığı, “deli”olarak lekelenmenin ve muamele edilmenin şokuna bir tepkidir (Scheff, 1966).

Ruhsal bozukluklar, sosyal strese, insan ilişkilerinde ve iş hayatındaki sorunlara veya diğer yaşam sorunlarına normal tepkidir (Horwitz, 2002).

1.10.2.Toplumlarda Ruhsal Sorunların Bir Hastalık Gibi Algılanmasının Sebepleri:

- 1) Bu gibi sorunlar için başvurulacak kişilerin hekim olmaları
- 2) Bireylerin ve ailelerin ruhsal sorunları hastalık olarak kabul etmekle birlikte bir yandan akıl hastası olarak görülmenin utancından ve dışlanmaktan kurtulmayı amaçlamaları
- 3) Ruhsal sorunlarından da beden hastalıkları gibi tedavi olup iyileşme umudunu sağlamasıdır (Topçu, 2010).

Stres, anksiyete ve depresyon birbirini tetikleyen hem psikolojik hem fizyolojik etkileri olan rahatsızlıklardır (DeJean vd., 2013).

Stres

Bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan, yaşam kalitesini düşüren bir durumdur (Steptone, 1984 ; Z.Baltaş ve A.Baltaş,1986 ; Pennebarker, 1982).

Streslere yol açan koşullarda uyaranlarla psiko-sosyal kaynaklar arasında kişiye ait bir dengesizliğin bulunması söz konusudur. İnsanların stresle başa çıkarken yararlandıkları özellikler açısından, tehdit edici olaylar karşısında yaşadıkları deneyimler, pozitif düşünce ve dayanıklılık gibi kişisel niteliklerle sosyal destek ve iletişim ağı gibi dış etkenler sayılabilir. Bu etkenler ruhsal başa çıkma mekanizmaları aracılığıyla düzenlenerek kişinin amacına uygun hale getirilirler (Z.Baltaş ve A.Baltaş, 2004).

1.10.3. Stresin Fizyolojik Boyutu

Stres, bir tehlikeyle karşı karşıya kalınması sonucunda ya da herhangi bir durum veya bir uyaran tarafından tehdit olarak algılayan kişinin, sempatik sisteminde önemli ölçüde artış olur. Sempatik sistemi tehlikede olan veya kişi tarafından tehlike olarak

yorumlanan durumlardaki faaliyeti fizyolog Walter Cannon tarafından “savaş veya kaç”tepkisi olarak bu yüzyılın başında açıklamıştır.

Modern tıbbın öğretilerinden biri olan “savaş veya kaç” tepkisi organizmanın son derece yüksek bir enerji boşalımını ve fiziki mücadelesini içeren yani stresli durumlarda bir dizi bedensel değişikliğe sebep olan tepki zinciridir.

1.10.4.Stres Serotonin İlişkisi (Mutlulukla İlişkisi)

Stresle ilgili son on yıl içerisindeki çalışmalarda stresin, kalıtsal nedenlere bağlı olup olmadığı da araştırılmıştır (Rosch, 1997). Bu konuda serotonin hormonu ile ilgili somut veriler elde edilmiştir. Serotonin düzeyi düşük kişilerin strese karşı daha az direnç gösterdikleri ve aksiyetelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Rosch, 1996).

1.10.5. Stresin Psikososyal Boyutu

Stresleri, günlük stresler, gelişimsel stresler ve hayat krizlerine yol açan stresler olarak üç gruba ayırmak mümkündür (Z.Baltaş ve A.Baltaş, 1996). Bu üç gruba ayrılan stres çeşitlerinin ortaya çıkmasında kişiye özgü sosyal ve psikolojik değişkenler rol oynar.

Bir olayı algılama biçimimiz ve onunla başa çıkabilecek becerilerimizi değerlendirmemiz o olayı “stres verici” veya “stres vermeyici” olarak tanımlamamıza sebep olur (Appley ve Trumbull, 1967 ; Opler, 1967). Lazarus’un çalışmalarıyla birlikte, kişinin olaylara verdiği anlam ve değerlendirme biçimi psikolojik ve fizyolojik tepki zincirinin ortaya çıkıp çıkmamasında birinci derecede önem kazanmıştır (Lazarus,1966).

Lazarus zihinsel psikoloji ile ilgili çalışmasında konunun bu boyutuna ışık tutmuştur ve zihinsel psikolojik faktörleri birincil ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak değerlendirmiştir (Lazarus, 1966).

Birincil değerlendirme: Kişi tarafından yaşanan durumun algılanması ve değerlendirilmesidir (Z.Baltaş ve A.Baltaş, 1986).

İkincil değerlendirme: Kişi yaşanan durumu stres verici olarak değerlendirmemişse stres oluşturu bir durum söz konusu değildir. Eğer kişi yaşanan olayı stres verici olarak değerlendirirse yaşantı bir stres kaynağı olur. Bu durumda stresin zorlayıcılığı olayı yönlendirme ve olay ile başa çıkma yolları ile ilgilidir. Bu basamakta stres vericiler

karşısındaki suçlama veya güvenme, ön yaşantılarla pekişmiş başa çıkma potansiyeli, gelecekle ilgili beklentiler belirleyici olur.

Lutz ve White'ın çalışmaları, stresin bireyi etkileyişinde kültürün önemli rol oynadığını düşündürmüştür (Lutz ve White, 1986). İnsanların yaşama biçimlerini oluşturan kültür, onların değer yargılarını da oluşturur ve stresi etkiler.

1.10.6. Stresin Genel Uyum Belirtileri

- Alarm Dönemi
- Direnç Dönemi
- Tükenme Dönemi
- Alarm Dönemi: İnsanın dış uyaranı stres olarak algıladığı dönemdir.
- Direnç Dönemi: Vücudun direncinin normalin üzerine çıktığı dönemdir.
- Tükenme Dönemi: Stres verici durum çok ciddi ve uzun sürerse, organizma için tükenme döneminin başladığı sinyallerini verir organizmanın hastalıklara çok açık olduğu dönemdir.

1.10.7. Stresle Başa Çıkma Yanlış ve Sağlıksız Yöntemler

Zaman zaman stresle başa çıkma yanlış ve sağlıksız yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar genellikle kontrolsüz olarak ortaya çıkan tepkilerdir.

- Saldırganlık ve risk alma
- Sürekli olumsuz düşünceler üretme
- Varolanı inkar etme
- Gerçeklerle yüzleşememe

Bu boyutlarda ortaya çıkan tavırlar, insanın kendi doğrularını bulmasını ve toplumsal üretkenliğine yardımcı olmayı zorlaştıran yaklaşımlardır.

Stresle mücadele etme programlarındaki amaç; kişiye stres oluşturan sebepleri, bunlara verdiği tepkiyi net bir şekilde göstermek, problemlerin doğru teşhisine yardımcı olarak stres vericileri yönlendirmek, kendini psikolojik ve fizyolojik zararlardan korumak için yöntemler öğretmek ve geliştirmektir (Leventhal ve Everhart 1979 ; Z.Baltaş ve A.Baltaş, 1986).

“Stresle başa çıkma programları ve tekniklerinin uygulama değerleri” üzerine Türkiye’de de bir araştırma yapılmıştır (Z.Baltaş ve A.Baltaş, 1984).

Elde edilen verilere göre, değerlendirmenin birinci bölümünde %77.7 ‘lik bir oranla stresin ne olduğunu ve neye mal olduğunu öğrenmenin kişiyi değiştirmeye zorlayan en büyük etken olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %53’ü stresle başa çıkma becerileri olarak “Zihinsel Düzenleme”teknikini, %42’si ise “Olumlu Düşünce ve Tavrın Geliştirilmesi” teknikini kullanmayı tercih etmiştir.

Davranışçı tekniklerin kullanılma yüzdelerine bakıldığında en çok kullanılan tekniğin %58 ile “İnsan ilişkilerinde düzenlemeler”olduğu görülmüştür. Katılımcıların %22’si “Güvenli Davranış Biçiminin Geliştirilmesi”, %7’si ise “Zihin Düzenleme Teknikini” yararlandıkları teknikler olarak değerlendirilmiştir.

Günlük uygulanan tekniklerin tümünün %50’yi aşan bir çoğunlukla bireyler tarafından kullanıldığı görülmüştür. (%88 fizik egzersiz, %84 nefes egzersizi, %78 gevşeme egzersizi) .

Bütün bu sonuçlara ve program uygulamalarından elde edilen bilgi ve izlenimlere dayanarak “ Stresle Başa çıkma Programının”şöyle özetlenebilir:

- 1) Stresin anlamının ve bunun sağlık için bedelinin öğrenilmesi bazı streslerin avantaja çevrilip yönlendirilerek kullanılması.
- 2) Stresi sadece bizim dışımızdan kaynaklanmadığını, stresin seviyesini olaylar karşısında kişinin yorumlama biçiminden kaynaklandığının öğrenilmesi.
- 3) Değiştirilmeyecek olumsuz stresler karşısında ümidi kaybetmeden önlem almanın mümkün olduğunun anlaşılması.

1.10.8. Stres, Duygu ve Sağlık : Nasıl Başa Çıkmalıyız?

Savaş meydanlarında ölüm tehdidi ve düşük yaşam koşulları altında çok stresli bir yaşam süren askerlerin, sürekli kronik stres kaynaklarına katlanmak zorunda olan kişilerin ve buna benzer durumlarla stres yaşayan insanların çoğu halen sağlıklıdır. Bu kişiler nasıl başa çıkma metodu takip ederek ya da kendi hayatlarında olanları nasıl telafi ederek bu durumu sağlıyorlar? Psikolojik stres kaynaklarıyla ve negatif duygularla başa çıkmaya çalışırken yapılacak ilk şey, sakinleşmektir ve sakinleşmenin de en kolay yolu bilinçli rahatlama tekniklerinin kullanılmasıdır. Gevşemenin öğrenilmesinde kasların gevşetilmesi,

sessiz oturabilmek, zihnin arındırılabilmesi ve günlük olayların etkilerinin silinebilmesi başarılması gereken konulardandır. Bu sinir sisteminin vücuttaki etkisini artırır, hormon salınımını dengeler. Sürekli kızgınlık ve kaygı hisseden insanlar için de gevşeme tekniklerinin öğrenilmesi çok faydalı olabilir. Stres kaynakları ve fiziksel semptomları dengeleyecek bir diğer tampon da egzersiz yapmaktır. Fiziksel aktivitenin düşmesi, yaşam beklentisinin de düşmesine sebep olur bu da çeşitli kronik hastalıkların davetçisi olabilir. Öte yanda müzik dinlemek, güzel bir yürüyüş yapmak gibi şahsa özel geliştirilen yöntemler de stresin giderilmesinde oldukça etkilidir. Hayatta karşılaşılan problemlerin çözülmesinde duygu odaklı ya da problem odaklı bir çözüm yolu izlenebilir. Her iki durum da yaşanacak stres oranını etkiler. Duygu odaklı baş etme yolunda problemin sebep olduğu duygu durum üzerinde yol alınır. Travmatik bir olay yaşandıktan bir süre sonra kişi konuşma ihtiyacı hisseder. Konuştukça ve kendini ifade ettikçe, neler hissettiğinden bahsettikçe rahatlar ve ne yapması gerektiğine karar verir. Problem odaklı yaklaşımda ise direkt problemin doğasına odaklanma söz konusudur. Kişisel yeterliliğin artırılması açısından faydalıdır. Stresle başa çıkarken kullanılacak bir başka yöntemde olay hakkında farklı şekillerde düşünebilme becerimizi geliştirmektir. Farklı şekillerde düşünürken amaç kişinin daha optimistik bir bakış açısı ve biraz daha fazla kontrol hissine sahip olmasının sağlanmasıdır. İlk aşama da kişi problemin sebebine ya da sonucuna daha olumlu bir pencereden bakmaya çalışır. İkinci aşamada kişi kendisini, kendisinden daha kötü durumda olan kişilerle karşılaştırıp sahip oldukları hakkında bir memnuniyet duygusu geliştirmeye çalışır. Son olarak bir başka etkileyici şey de olaya komik tarafından bakmak ya da olayı komikleştirmektir. Bu ortamın kasvetini dağıtmakta oldukça etkili bir yöntemdir. Bu yüzden stresli durumlarda kişinin etrafındaki insanlara bakarak kendisi için faydalı olabilecek insanlarla konuşması oldukça rahatlatıcı olur. Yaşanılan problemin değerlendirilmesinde ve bir eylem planının hazırlanmasında başkalarının fikrini ve başkalarının bakış açılarını öğrenmek, paylaşımın verdiği rahatlığın yanında yapılabileceklerin sonuçları konusunda bir ön bildirim almak açısından da önemlidir. Sosyal açıdan destek almanın pek çok faydası tespit edilmiştir. Ciddi ve hatta ölümcül hastalıklarla baş eden hastalar için sağlanan destek gruplarının onların yaşam sürelerini uzattığı iddia edilmektedir. Psikolojik tedavilerde de grup tedavisi ile sağlanan sosyal desteklerde pek çok ciddi sorunun bireysel terapilere oranla daha kısa sürede istenen sonucu verdiği görülmüştür (Sayar ve Dinç, 2011). Stres ve sosyal destek konusundan bahsederken destek vermenin de faydası gözden kaçırılmamalıdır. Genel olarak iş birliğine

yatkın ve empati becerisi kuvvetli olan kişilerin kendine dönük yaşayan kişilere oranla çok daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdükleri tespit edilmiştir. Bu durum kişiyi çevreye küsmektense problemleri çözmeye, olayı herkesin başına gelebilecek bir pozisyonda görebilmeye problemi ve etkilerini abartmaktansa çözmek için harekete geçmeye yönelten bir sebeptir. Affedicilik, tolerans ve empati gibi faktörleri içermesinden dolayı yardım etmek kişiyi hayatın gerçekleriyle yaşamak ve baş etmek konusunda güçlendirir.

Stressiz bir yaşam ya da duygusuz bir hayat hayal etmek arkadaşsız bir hayatı istemeye benzer. Her şeyden elimizi eteğimizi çektiğimiz, daha sakin bir hayat daha neşesiz ve sıradan bir hayat olur. Sağlıklı bir insan karşılaştığı problemlerle yüzleşir, problemlerin üstesinden gelir ve problemlerin ötesine geçer. Bu nedenle yaşantımız boyunca karşımıza çıkan problemler ve sonucunda yaşadığımız duygusal gelgitler, bizi daha çok büyümeye, olgunlaşmaya ve daha keyifli bir hayat yaşamaya götüren etkenler olarak görülmelidir (Sayar ve Dinç 2011).

1.10.9. Sosyal Desteğin Önemi

Zor durumlarda yakın çevreden görülen sosyal desteğin, stres verici olayları ortadan kaldırmaya bile, kişinin endişe düzeyini düşürerek daha iyimser, kendini güvende hissetmesine stres vericilerin etkisini azaltmada rolü olduğu belirlenmiştir (Gottlieb, 1981 ; Cohen ve Syme, 1985). Bu sosyal desteğin amacı : stres vericiyi ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak, kişiye değer verildiğinin, çaresiz olmadığını hissettirilmesi ve stres vericilerle başa çıkmak üzerine öneriler getirilmesini kapsar .Yapılan bir diğer araştırmada sosyal bağları güçlü olan kişilerin daha uzun yaşadıkları ve strese bağlı hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha az olduğu ortaya çıkmıştır (Cohen ve Syme, 1985).

1.10.10. Psikolojik Travma

İnsanın duygusal, zihinsel, fiziksel bütünlüğünü bozarak, gündelik yaşantısına kesintilere yol açan ve ruhsal bozukluklara iten trajik olaylardır. Travma sonrası stres bozukluğu, gündelik yaşamın dışındaki yaşantıların (işkence, savaş, kaza, terör olayını yaşamak, saldırı veya tecavüze uğramak) olabileceği gibi doğal afetlerden sonrada (depresyon, sel, kasırga) ortaya çıkabilen psikolojik travmaların yol açtığı ruhsal rahatsızlıklardır (Baum ve Spencer, 1997).

1.10.11. Depresyon

Depresyon, incelenen psikolojik rahatsızlıkların en başında gelmektedir (Gotlib vd., 1998 ; Passer ve Smith, 2008). Freud (1957) depresyonu, melankolinin ruhsal özelliklerinden ayırt ederek; üzüntüden acı çekme, dış dünyaya ilginin kaybolması, sevmeye kapasitesinin yitirilmesi, tüm aktivitelerden soyutlanma, kendine değer vermenin azalması, kendini aşağılık hissetme, kendini suçlama, her an cezalandırılacağı sancılara sahip olma şeklinde karakterize etmiştir. Beck'e (1976) göre, depresif bireyler sürekli olumsuz görme ve başkalarını yargılama özellikleriyle ön plana çıkar. Beck bu durumu "depresif yükleme deseni" olarak adlandırır. Bu teoriye göre olumlu olaylar ve başarı kendi dışındaki faktörlere; olumsuz olaylar ise kişisel faktörlere atfedilir. Negatif inançlar, genelde çocukluk yıllarında başlar ve depresyonun çekirdeğini oluşturur (Beck, 1967) . Davranışçılara göre depresyon sosyal desteğin azalmasıyla beraber yalnızlık hissinin oluşmasına bağlamışlardır (Ainsworth, 2000 ; Lewinsohn vd., 1985).

Duygu durum bozukluğu olan depresyon, hastanın kendisini veya onu sürekli üzgün ve boşlukta tanımladığı durumdur (Bromet ve Parkinson 1992).

Günümüzde önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak depresyon en ön sırada yer almaktadır (Reger vd.,1988). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarında dünya nüfusunun %4-5 nin depresif bozukluk gösteren hastalar olduğu belirtilmiştir.

Dr.Güleç' in (1981), Ankara kırsal bölgesinde ve Dr.Küey' in (1985), İzmir' in kırsal bölgesinde yaptıkları çalışmalarda major depresyonun prevalans hızı %10 dur. Araştırmacıların belirttiğine göre, toplumun depresif hastalıklar hakkındaki bilgi eksikliği ve ilgisizliği depresyonun neredeyse normal bir yaşama biçimi olarak görülmesine yol açmakta, bu da hastalığın kronikleşme riskini artırmakta ve tedavi şansını sınırlamaktadır. Erişkin bir insanın yaşamının herhangi bir döneminde depresyon geçirme olasılığı, bir başka ifadeyle depresyonun yaşam boyu prevalans hızı %20 dir. Yapılan çalışmalar depresyon geçirmekte olduğu belirlenen hastaların yaklaşık 1/3' ünün kronik olarak hasta olduğunu göstermektedir (Güleç, 1981; Küey, 1985).

Ülkemizde depresyon üzerine çalışmalarda elde edilen sosyo-demografik risk faktörleri şunlardır:

- 1) Kadın olmak
- 2) 40 yaş üstü olmak

- 3) Boşanmış olmak ya da eşi vefat etmiş olmak
- 4) Çekirdek aileden gelmek
- 5) Geliri düşük olmak
- 6) Okuma yazma bilmemek
- 7) Kültürel değişimlere hızlı bir şekilde ayak uyduramamak (Güleç, 1981; Doğan, 1995).

Anksiyete

Anksiyete, kişinin algıladığı tehdide karşı vücunda hissettiği gerginlik ve endişe halidir (Rachman, 2004). Anksiyete bozukluğu değerlendirilirken, kişinin günlük yaşamını ne derece etkilediği dikkate alınır (Passer ve Smith, 2008). Anksiyete belirtileri 4 kategori altında incelenir: Öznel-duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenler (Barlow, 2002). 1-Öznel- duygusal bileşenler: Kaygı ve gerginlik. 2-Bilişsel bileşenler: Vesveseli düşünceler ve baş edememe düşüncesi. 3-Psikolojik bileşenler: Kalp atış hızı ve kan basıncının artması, kaslardaki gerginlik, nefes alımının hızlanması, ağız kuruması, mide bulantısı, sık sık idrara çıkma, ishal, diğer otonom sinir sistemindeki artan bazı semptomlar. 4) Davranışsal bileşenler: Korkulan durumlardan kaçınma, görev performansının bozulması, artan irkilme tepkisi şeklindedir (APA, 2013). Çoğu yönüyle anksiyete, depresyona benzemektedir. Huppert'a (2008) göre, hastaların % 20 ve %40 'nda depresyon ve anksiyete birlikte ortaya çıkar. Davranışçı teoriye göre, anksiyete klasik koşullarda ortaya çıkan öğrenilmiş tepkilerdir (Rachman, 2004) .

1.10.12. Ruhsal Sağlık Nedir?

Bir kişinin ruhsal olarak sağlıklı kabul edilebilmesi için birçok ögenin bir arada bulunması gerekmektedir. Ruh sağlığına işaret eden etmenler olarak şunları sayabiliriz: toplumla uyumlu ilişkiler içerisinde olmak, hayatın zorluklarına karşı tahammül gücü gösterebilmek ve ümidini kaybetmeden mücadele verebilme özelliğini gösterebilmek, bilişsel yeteneklerini kullanabilmek, kendi duygularını ifade edebilmeyi ve kendine saygı duymayı becerebilmek durumlarını kapsar. Kişinin bu özellikleri birleşerek bütünüyle ruh sağlığını oluşturur (Sayar ve Dinç 2011).

1.11.Psikolojik Tedaviler

Psikolojik bozuklukların tedavisi söz konusu olduğunda iki türden tedaviden bahsedebiliriz.

1) Psikoterapi Yöntemi: Konuşma yoluyla insanlar terapistlerine sorunlarını anlatır ve terapist onları dinler, sorunu daha iyi anlamalarını sağlar ve buna yol açan davranışın değiştirilmesi için uğraş verir.

2) Biyolojik (biyomedikal tedavi) Yöntemler : Ruhsal rahatsızlıkların bir bölümünün beyindeki kimyasal anormalliklerden kaynaklandığı bilinmektedir. Tıbbi tedaviler daha çok ilaç bazen de elektroşok tedavileriyle bozuk davranışı değiştirmek, hastalıkları sağlıklarına kavuşturmak için kullanılır.Tıbbi tedavilerin yanı sıra psikoterapi verilmesi ruhsal rahatsızlıkların uzun vadeli seyirlerini çok daha olumlu etkilemektedir (Sayar ve Dinç 2011).

1.11.1. Geçmiş Dönemlerdeki Tedaviler

Milattan önceki dönemlerde asırlar boyu yaygın olarak kabul görmüş olan ciddi fiziksel rahatsızlıkları ve ruhsal bozuklukları Tanrıların ceza olarak gönderdiğine dair Yunan inancını ilk reddeden Hipokratır (M.Ö.460-377). Hipokrata göre sapkın düşünce ve davranış bir ceza değil, bir tür beyin patolojisinin gösterimleridir. Ona göre ruhsal bozukluklar üç kategoriye ayrılmıştır:Mani, melankoli, beyin ateşi. Bu düşünceleriyle Hipokrat hıtlar teorisini kurmuştur. Bu teoriye göre evrendeki her şey 4 esas maddeden oluşmuştur. “Hava, toprak, su ve ateş” olan bu esas maddelerden oluşan sıvılar : kan, kara safra, sarı safra ve balgamin vücuttaki hayati fonksiyonunu vurgulamıştır.Kan kalpte, kara safra dalakta, sarı safra karaciğerde, balgam beyinde yapılmaktadır. Vücutta önemli işlevi olan bu sıvılar dengede olduğu zaman sağlık, sıvıların dengesi bozulduğu zaman hastalığı oluşturur. Örneğin bir kişi durgun ve donuksa bedenin balgamin hakimiyetinde olduğu varsayılır. Kara safranin bolluğu melankolinin açıklamasıdır. Çok fazla sarı safra huzursuzluk ve kaygılı oluşun nedeni olarak görülürken çok fazla kan ise değişen mizacı oluşturur. Hipokratın bu teorisi ile bedende yanlış giden bir şeylerin düşünce ve hareketleri bozacağı düşüncesinin en erken savunucularından biri olarak değerlendirilmiştir ve bu teorisi, Osmanlı dönemi dahil asırlar boyu farklı milletler tarafından kabul görmüş ve tedavilerde kullanılmıştır (Sayar ve Dinç 2011).

1.11.2. Türkiye'de Eski Dönem –Yeni Dönem Psikiyatrik Tedavi Yöntemleri

Geçmişte Avrupa ülkelerinde ve ABD’de kullanılan tedavi yöntemlerinin çoğu Türkiye’de de uygulanmıştır.19.yüzyıl öncesi Osmanlı döneminde hekimlerin insan bedeninde ruh hastalıklarının nedeni olduğunu sandıkları 4 maddeden biri olan “hılt” ın (safra, sevda, dem, balgam) bedenden atılması için “istiğfrağ” amacıyla kusturma, lavman, kan alma, hacamat ve terleme gibi yöntemlerden yararlanılmıştır.

O dönemlerde, ruh sağlığı bozuk olanlara tedavi amacıyla “afyon”ve “adamotu” koklatılmaktaydı (Sarı ve Akgün, 2008). Ayrıca Osmanlı Döneminde hastalar ilaçla tedavi ediliyor, ipekten gecelikler giydirilip keklik, sülün gibi av hayvanlarının etiyle besleniyorlar ve rahatsızlıklarını gidermek amacıyla tedavinin bir parçası olarak tayin edilen müzisyenler musiki icra ediyorlardı. Ayrıca güzel kokulu çiçeklerle bezenmiş bir bahçeye çıkarılıyor ve haftada 3 kere hanende ve sazendeler şifahaneye gelerek hastalara musiki faslı yapıyorlardı (Sayar ve Dinç 2011).

Günümüzde psikiyatri, ilaçla tedavinin yoğun olarak uygulandığı bir alandır. Psikiyatri hastaları, dünya ilaç sanayisinin önemli gelir kaynaklarından. Bu nedenle, dünya ilaç üreticileri daima psikiyatrinin yanında yer almakta ve psikiyatriyi desteklemektedirler. Psikiyatride tıbbi modelin kabul edilmesi, psikiyatri ile ilaç endüstrisi arasında organik bir bağın oluşmasına neden olmuştur (Ulaş vd ., 2008).

1.11.3. Psikiyatride Sık Kullanılan İlaçlar

Tıp bilimi verem, sıtma gibi hastalıkları yok etmede ve günümüzde kanser ve AIDS gibi en ağır sağlık sorunları ile mücadele etmede büyük başarılarla imza atmasına rağmen, bir tıp branşı olan psikiyatrinin ruh sağlığı alanında aynı başarıyı gösterdiği söylenemez. Bu durumun en açık kanıtı, tüm dünyada psikiyatrik ilaç kullanımının gösterdiği artıştır.TPD (Türk Psikiyatri Derneği) Dış İlişkiler Sekreteri DR.Halis Ulaş, Türkiye’de “sinir sistemi ilaçlarının” antibiyotik, kalp-damar sistemi ve romatizmal ilaç grubundan sonra dördüncü sırada yer aldığını ve Türkiye’de “sinir sistemi ilaçları”nın pazar payının arttığını bildirmektedir (Ulaş, 2009a, 2009b).

Türkiye’de, dünya geneline paralel olarak en çok kullanılan psikiyatrik ilaçlar antidepresanlar (AD) dır. Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, dünya da zengin – fakir yüz yirmi bir milyon insanı etkileyen ruhsal bir sorundur (Who, 2009). Bu nedenle

psikiyatride en çok kullanılan ilaçların başında depresyon tedavisi ilaçları gelmektedir. Bu grup ilaçlar, “antidepressif veya antidepresan ilaçlar” (AD) olarak anılmaktadır.

AD ilaçları kullananların üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır .Araştırmalar, ABD ‘de AD’lerin en çok satılan ilaç grubu olduğunu ve kadınların yüzde 11’inin ve erkeklerin yüzde 5’inin AD ilaç kullandıklarını göstermektedir(Moncrieff, 2006b). AD ilaçlarının reçetelenmesinin son on yıl içinde yüzde 253 arttığı saptanmıştır (Moncrieff ve Cohen, 2006). Türkiyede de AD ilaç tüketiminde benzer artış gözlenmiştir. Buna göre 2003 yılında on dört milyon yüz otuz sekiz bin kutu AD ilaç reçete edilmişken bu sayı 2006 yılında yirmi iki milyon altı yüz elli bir bine ve 2007 yılında yirmi altı milyon iki yüz kırk altı bine yükselmiştir (Ulaş, 2009a, 2009b).

2. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde araştırmanın amacı, evreni, örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel analizler ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Araştırmada Fırat Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine stres, aksiyete, depresyon rahatsızlıklarıyla gelen hastalara yüz yüze anket çalışması uygulanmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı: Yaşam ortamının insan psikolojisi üzerine etkilerini incelemek ve çağımızın popüler hastalıkları olan stres, depresyon, aksiyete şikayetleriyle psikiyatri polikliniğine gelen hastaların yaşadıkları yaşam ortamlarına göre (doğa, köy, kasaba, şehir) rahatsızlıklarını hangi ölçüde etkilediğini araştırmak ve eğer aralarında bir ilişki varsa uygun istatistiksel yöntemlerle modellemeye çalışmaktır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine çalışmamızdaki rahatsızlıklara yönelik gelen hastalara hazırlanan “Kişisel Bilgi Ölçeği, Mutluluk Ölçeği, Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçekleri” kullanılarak veri toplama araçları oluşturulmuştur.

2.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Fırat Üniversitesi Hastanesine Psikiyatri Polikliniğine 3 ay süreyle gelen hastalar oluştururken, örnekleme 195 hastadır.

2.4. Analizlerle İlgili Temel Tanımlar

2.4.1. Bağımsız Örneklem T Testi

İki bağımsız grubun ortalamalarına bakarak aralarındaki farkın istatistiksel bakımından anlamlı olup olmadığını test etmek için kullanılır.

Varsayımları:

*Bağımlı değişken normal dağılmalıdır.

*Varyansları eşit olmalıdır (Büyüköztürk, 2018).

2.4.2. Anova

Anova, ikiden çok sayıda anakütleden çekilen örneklem ortalamaları arasındaki farkların, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için kullanılır. ANOVA'nın uygulanabilmesi için bir takım varsayımları sağlaması gerekir. Bu varsayımlar homojen olma, normal dağılıma ve toplanabilir olma şeklinde sıralanabilir. Genel anlamda, bu analiz türü gruplar arasında farkın olup olmadığını tespit ederken, bu farkın hangi grup ya da gruplar arasında meydana geldiğini araştırmamaktadır. Gruplar arasında fark olduğu zaman, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı istatistiksel post-hoc testleri ile test edilir (Kayri, 2009).

* Varyans eşitliğinin sağlandığı durumda seçilebilecek çoklu karşılaştırma testleri: Bonferroni, Tukey, ve Scheffe şeklindedir.

2.4.2.1. Tukey Testi

Burada öncelikle "Post-hoc" test kavramı üstünde durmamız gerekir. "Post-hoc" anlam olarak "bundan sonra" demektir. ANOVA bağlamında post-hoc test ise, ANOVA'da H_0 hipotezini red ettikten sonra yapılabilecek bir dizi karşılaştırmalar anlamına gelir. F oranı anlamlı olarak bulunduğunda, bu durumda ortalamaların ikili karşılaştırmalarını yapmak, diğer bir deyişle farklı olan ortalamaların hangi çiftlerde olduğunu belirlemek istersek, Tukey'in anlamlı farklılıklar testine başvurabiliriz (Gürsaka, 2009).

2.4.3. Doğrusal Regresyon Analizi

Regresyon analizi değişkenler arasındaki matematiksel ilişkiyi modellemek ve incelemek amacıyla kullanılan istatistiksel yöntemdir. Bir bağımsız değişken ile bir bağımlı değişkenin olduğu durumda kullanılan regresyon modeline doğrusal regresyon modeli denir. Bu modele ait denklem ise;

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, n \quad (2.1)$$

şeklindedir. X bağımsız değişken, Y bağımlı değişken, $x=0$ olduğu durumda y değişkeninin alacağı değer, β_1 regresyon katsayısı ve ε hata terimidir (Alakaya, 2019).

2.4.3.2. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Eğer bir bağımsız değişkenle yapılan modelleme yeterli olmazsa modelleme işlemine başka bağımsız değişkenlerde katılmalıdır. Bu durumda yapılan işlemler çoklu regresyon

olarak adlandırılır. Çoklu doğrusal regresyonda hangi bağımsız değişken ya da değişkenlerin bağımlı değişkeni daha fazla etkilediği test edilir ve bu durumlarda çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılır ve oluşturulan denklem;

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_k x_{ki} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, n \quad (2.2)$$

şeklindedir. Burada k tane x, k+1 tane parametre vardır (Alakaya, 2019).

2.5. Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon yöntemi bağımlı değişkenin (Y) kategorik, ikili, üçlü ve çoklu kategorilerde gözlemlendiği durumlarda açıklayıcı (X) değişkenlerle sonuç ilişkisini belirlemede yararlanılan bir istatistiksel tekniktir. Lojistik regresyon modelleri ise, zayıf ölçekle ölçülmüş değişkenler arasındaki ilişkinin şeklini ortaya koyan modellerdir (Çevik, 2004).

Bir değişken kullanarak en uygun olan modeli kullanmayı amaçlar. Ayrıca bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmek için kullanılır (Mahmood, 2017).

2.6. Sıralı (Ordinal) Lojistik Regresyon Analizi

Bağımlı değişkenin birden fazla kategorili olarak nominal değil de sıralı olarak gözlemlendiği durumlarda kullanılan bir tekniktir.

2.7. Wald Ki-Kare Testi

Örnekleme hacminin büyük olması durumunda kullanılan Wald testi aynı zamanda Wald Ki-kare hem tüm β 'lerin tüm kategorilerde eşit olduğunu ifade eden genel modelin hem de değişkenlerin her biri için katsayı eşitliklerinin test edilmesini sağlar. Wald istatistiği, regresyon katsayılarının standart hatasına oranı olarak ifade edilir ve standart normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

$$Wald = \frac{\beta_i^2}{s(\beta_i)^2} \quad (2.3)$$

şeklindeki test istatistiği 1 serbestlik derecesiyle χ^2 tablo değeri ile karşılaştırılarak test edilir (Ayhan, 2006).

2.8. Modelin Uyumunun Test Edilmesi

Elde edilen modellerin uygunluğunun testi, aynı zamanda değerlendirilmesi ve bu modeller arasından en uygun modelin seçilebilmesi için tüm gözlem değerlerini temsil edecek bir istatistiksel değer gerekir. Modelin uygunluğunun testi için Pearson Ki-Kare istatistiği, R^2 değeri, kullanılır (Ayhan, 2006).

Modelin uyum iyiliği için oluşturulan H_0 ve H_1 hipotezleri aşağıdaki gibidir (Erdoğan ve Bulut, 2015) ;

H_0 : Model verilere uyum göstermektedir

H_1 : Model verilere uyum göstermemektedir.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı Fırat Üniversitesi Hastanesinde psikiyatri polikliniğinde şikayetleri yüzünden (anksiyete, depresyon, stres) hastaneye başvuran hastalara 3 ay boyunca anket çalışması uygulanmıştır. Fırat Üniversitesi Hastanesinde 195 hastaya demografik özellikler ve 5'li likert tipinde (Bana hiç uygun değil, bana uygun değil, bana biraz uygun, bana oldukça uygun, bana tamamen uygun) 6 tane yargı cümlesinden oluşan mutluluk ölçeği, 7'li likert tipinde (tümüyle memnun değilim, memnun değilim, biraz memnun değilim, kararsızım, biraz memnunum, memnunum, çok memnunum) 9 tane yargı cümlesinden oluşan yaşam doyumu ölçeği, (evet/hayır) cevaplarından oluşan 20 tane yargı cümlesinden oluşan umutsuzluk ölçeğinden oluşan anket formu uygulanmıştır. Türkçeye Çeviren: Demirci, İ.(2017) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik güvenirlikleri yapılan mutluluk, Şimsek ,E.(2011) tarafından Türkçeye çevirilen yaşam doyumu ölçeği , Batıgün Durak,A.(1994) tarafından uygulanan umutsuzluk ölçekleri kullanılacaktır. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeklerle araştırmacı tarafından geliştirilen demografik bilgileri içeren kişisel bilgiler formundaki değişkenler arasındaki etkileri incelenecektir. Araştırmada çalışmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme tekniği uygulanacak ve elde edilen veriler SPSS 24 paket programı yardımıyla analiz edilecektir.

Psikiyatri polikliniğine gelen hastaların özlük hakları saklı kalmak kaydıyla ilgili poliklinik sorumlularının görevlendireceği uzman bir hekim yardımıyla hastalardan alınan bilgiler istatistiksel tekniklerle tasnif edilecek ve doğru sonuçlara ulaşmak için doğru tasarımın elde edilmesi sağlanacaktır.

Elde edilen veriler bağımsız örneklem t testi, ANOVA, regresyon analizi ve sıralı lojistik regresyon analizi uygulanarak cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal güvence, eğitim durumu, çalıştığı kurum, aylık gelir durumu, hastaneye başvuru sıklığı, ikamet edilen yerleşim yeri gibi demografik değişkenler açısından ölçülmüştür.

3.1. Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

Tablo 3.1 de elde edilen sonuçlara göre bireylerin cinsiyeti ile mutluluk, yaşam doyumu ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon ve stres durumuluğu ile erkek bireyler bayan bireylere göre daha mutludurlar ve yaşam doyumu erkek bireylerin bayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen bayanlara göre daha umutsuz oldukları tespit edilmiştir. “ Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği Üzerine Bir Çalışma” da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Seber, 1991).

Tablo 3.1. Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

CİNSİYETİNİZ	N	Ortalama	Ss	F	P	Anlamlılık
M_ORT BAYAN	139	2, 8801	, 85032	12, 711	, 000	Cinsiyet ile mutluluk arasında anlamlı bir ilişki vardır.
BAY	56	2, 9732	1, 12087			
Y_ORT BAYAN	139	4, 5492	1, 11037	19, 757	, 000	Cinsiyet ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır
BAY	56	4, 7143	1, 57147			
U_ORT BAYAN	139	1, 4277	, 12368	3, 380	, 068	
BAY	56	1, 4375	, 10798			

3.2. Medeni Durum Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

Tablo 3.2 göre bireylerin medeni durumu ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda medeni durum anksiyete, depresyon ve stres durumuluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir. “Sosyodemografik Özellikler İle Mutluluk Algısı Arasındaki İlişki Yapısının Analizi”adlı çalışmada medeni durumu evli olan bireylerin bekarlara oranla mutluluk ve yaşam doyumu daha yüksek çıkmıştır (Bülbül ve Giray,2011).

Tablo 3.2. Medeni Durum Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

MEDENİ DURUMUNUZ		N	Ortalama	Ss	F	P
M_ORT	EVLİ	138	2, 8007	, 93262	0, 007	, 934
	BEKAR	57	3, 1637	, 89392		
Y_ORT	EVLİ	138	4, 5725	1, 33049	3, 226	, 074
	BEKAR	57	4, 6550	1, 07125		
U_ORT	EVLİ	138	1, 4261	, 12071	, 248	, 619
	BEKAR	57	1, 4412	, 11577		

3.3. Aile Yapısının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

Tablo 3.3 de sonuçları sunulan çalışmaya göre bireylerin aile yapısı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda aile yapısı anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.3 Aile Yapısının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

AİLE YAPINIZ		N	Ortalama	Ss	F	P
M_ORT	ÇEKİRDEK AİLE	139	2, 8153	, 92114	, 569	, 452
	GENİŞ AİLE	56	3, 1339	, 93497		
Y_ORT	ÇEKİRDEK AİLE	139	4, 6411	1, 23622	, 838	, 361
	GENİŞ AİLE	56	4, 4861	1, 31563		
U_ORT	ÇEKİRDEK AİLE	139	1, 4360	, 11948	, 196	, 658
	GENİŞ AİLE	56	1, 4170	, 11843		

3.4. Çalışma Yaptığımız Şikayetlere Bağlı Psikiyatrik İlaç Kullanımının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

Tablo 3.4'te görüleceği üzere, bireylerin psikiyatrik ilaç kullanımı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatrik ilaç kullanımının anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.4. Çalışma Yaptığımız Şikayetlere Bağlı Psikiyatrik İlaç Kullanımının Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre T Testi İle İncelenmesi

PSİKİYATRİK_HASTALIĞINIZA_BAĞLI_İLAÇ_KULLANIYORMUSUNUZ		N	Ortalama	Ss	F	P
M_ORT	EVET	176	2, 9242	, 92510	,	,
	HAYIR	19	2, 7456	1,02495	015	693
Y_ORT	EVET	176	4, 6667	1,23328	,	,
	HAYIR	19	3, 9474	1,33352	001	972
U_ORT	EVET	176	1, 4241	, 11501	,	,
	HAYIR	19	1, 4895	, 14296	309	579

3.5. Yaşam Ortamı Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.5’te görüleceği üzere bireylerin yaşadıkları ortam (il, ilçe, köy, doğa) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşam alanının anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir. “Sosyodemografik Özellikler İle Mutluluk Algısı Arasındaki İlişki Yapısının Analizi ”adlı çalışmada kentte yaşayan insanların daha mutlu olduğu tespit edilmiştir (Bülbül ve Giray,2011).

Tablo 3.5. Yaşanılan Yer Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P
M_ORT	Gruplar Arası	3, 766	2	1, 883	2, 185	, 115
	Gruplar İçi	165, 458	192	, 862		
	Toplam	169, 224	194			
Y_ORT	Gruplar Arası	5, 847	2	2, 923	1, 863	, 158
	Gruplar İçi	301, 208	192	1, 569		
	Toplam	307, 055	194			
U_ORT	Gruplar Arası	, 014	2	, 007	, 488	, 615
	Gruplar içi	2, 742	192	, 014		
	Toplam	2, 756	194			

3.6. Meslek Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İncelenmesi

Tablo 3.6’da elde edilen veriler incelendiğinde, bireylerin meslekleriyle mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$) .Mutluluk ölçeğinde elde edilen bulgular doğrultusunda meslekler arasında anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine göre çiftçi ile ev hanımı ve işsiz meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. En mutlu olan meslek grubu çiftçiler daha sonra ev hanımı ve işsizlerdir. Yaşam doyumu ölçeğinde çiftçi ve işsiz meslek grupları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çiftçiler, işsizlere göre daha yaşam doyumu yüksek çıkmıştır. Ayrıca emekli ile kamuda çalışan, ev hanımı, özel sektör, işsiz meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Elde edilen bulgulara göre emeklilerin anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine yaşam doyumu en fazladır işsizlerin yaşam doyumu en azdır. Umutsuzluk ölçeğinde anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine ev hanımları ile kamuda çalışan, özel sektörde çalışan ve işsiz meslek grupları ile anlamlı bir ilişki vardır. En umutsuz olan meslek grubu kamuda çalışanlar, en umutlu olan meslek grubu ev hanımları olarak tespit edilmiştir. “Sosyodemografik Özellikler İle Mutluluk Algısı Arasındaki İlişki Yapısının Analizi ”adlı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.İşsizlerin mutluluk, yaşam doyumu çok düşük olduğu tespit edilmiştir (Bülbül ve Giray,2011).

Tablo 3.6. Meslek Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlılık
M_ORT	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	10, 538 158, 686 169, 224	5 189 194	2, 108 , 840	2, 510	, 032	Mesleği çiftçi, işsiz, ev hanımı arasında mutluluk bakımında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
Y_ORT	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	22, 707 284, 347 307, 055	5 189 194	4, 541 1, 504	3, 019	, 012	Mesleği çiftçi ve işsiz arasında yaşam doyumu bakımından aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca emekli ile kamuda çalışan, ev hanımı, özel sektör ve işsiz meslek grupları arasında aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
U_ORT	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	, 259 2, 497 2, 756	5 189 194	, 052 , 013	3, 924	, 002	Mesleği ev hanımı ile kamuda çalışan, özel sektör, işsiz meslek grupları arasında umutsuzluk bakımından anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

3.7. Eğitim Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi

Tablo 3.7’de elde edilen veriler incelendiğinde, çalışmada bireylerin eğitim düzeyi ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Anksiyete, stres, depresyon durumlarına göre eğitim durumu lise mezunu olanların mutluluk oranı okuryazar olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Eğitim durumu lise mezunu olanların okur yazar olmayanlara göre daha yaşam doyumu yüksek çıkmıştır. Umutsuzluk ölçeğinde okur- yazar olmayanlarla ilkökul, lise, üniversite, lisansüstü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çıkan sonuçlarda en umutsuz eğitim durumu lisansüstü mezunları en umutlu olan eğitim grubu okur yazar olmayan kişilerde tespit edilmiştir. “Beck umutsuzluk ölçeği ”adlı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Seber, 1991). “ Sosyodemografik Özellikler İle Mutluluk Algısı Arasındaki İlişki Yapısının Analizi” adlı çalışmada eğitim seviyesi ile mutluluk değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş; eğitim düzeyi yüksek bireylerin (yüksekökol ve üstü) mutluluğa daha yakın oldukları görülmüştür (Bülbül ve Giray, 2011).

Tablo 3.7. Eğitim Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi

		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlılık
M_ORT	Gruplar Arası	14, 665	4	3, 666	4, 507	, 002	Eğitim durumu lise olanlarla, okuryazar olmayanlar arasında mutluluk bakımından anlamlı bir ilişki vardır.
	Gruplar İçi	154, 559	190	, 813			
	Toplam	169, 224	194				
Y_ORT	Gruplar Arası	21, 770	4	5, 443	3, 625	, 007	Eğitim durumu lise olanlarla, okuryazar olmayanlar arasında yaşam doyumu bakımından anlamlı bir ilişki vardır.
	Gruplar Ortalaması	285, 284	190	1, 501			
	Toplam	307, 055	194				
U_ORT	Gruplar Arası	, 414	4	, 104	8, 405	, 000	Eğitim durumu okur yazar olmayanlarla; ilkökul, lise, üniversite, lisansüstü arasında umutsuzluk bakımından anlamlı bir ilişki vardır.
	Gruplar İçi	2, 342	190	, 012			
	Toplam	2, 756	194				

3.8. Gelir Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.8’de elde edilen sonuçlar incelendiğinde, bireylerin gelir durumu ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda gelir durumu ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir. “Sosyodemografik Özellikler İle Mutluluk Algısı Arasındaki İlişki Yapısının Analizi ”adlı çalışmada gelir ile mutluluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Bülbül ve Giray, 2011).

Tablo 3.8. Gelir Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P
M_ORT	Gruplar Arası	1, 495	2	, 748	, 856	, 427
	Gruplar İçi	167, 729	192	, 874		
	Toplam	169, 224	194			
Y_ORT	Gruplar Arası	5, 829	2	2, 914	1, 858	, 159
	Gruplar İçi	301, 226	192	1, 569		
	Toplam	307, 055	194			
U_ORT	Gruplar Arası	, 024	2	, 012	, 849	, 429
	Gruplar İçi	2, 732	192	, 014		
	Toplam	2, 756	194			

3.9. Yaş Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.9’ta elde edilen verilere göre, bireylerin yaşları ile mutluluk ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$) .Bireylerin yaşları ile yaşam doyumu arasında bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0.05$) .Elde edilen bulgular doğrultusunda yaş durumu ile anksiyete, depresyon, stres durumluluğu ile 55 ve üzeri yaşı olan bireylerle 18-25, 36-45 yaş grupları arasında bir ilişki tespit edilmiştir. En mutlu yaş grubu 55 ve üzeri daha sonra 18-25 ve 36-45 yaş grupları gelmektedir. Umutsuzluk ölçeğinde 55 ve üzeri yaş grubu ile 18-25, 26-35, 36-45 yaş grupları ile bir ilişki tespit edilmiştir.En umutsuz yaş grubu 36-45, en umutlu olan yaş grubu 55 ve üzeri çıkmıştır.Aynı zamanda 46-54 yaş grupları ile 26-35, 36-45 yaş grupları

ile bir ilişki tespit edilmiştir. Bu yaş gruplarındada en umutsuz olan yaş grubu 26-35, en umutlu yaş grubu 46-54 yaş grubu çıkmıştır. “Beck umutsuzluk ölçeği” adlı çalışmada 26-40 yaş grubunda olan hastalar mutlu, yaşam doyumu yüksek, depresif olma durumları en az çıkmıştır ve bu özellikleri 41-65 ve 15-25 yaş grupları izlediği belirlenmiştir (Seber, 1991).

Tablo 3.9. Yaş Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

	KT	Sd	KO	F	P	Anlamlılık
M_ORT Gruplar Arası	8, 375	4	2, 094	2, 473	, 046	Bireylerin yaşları ile mutluluk arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Gruplar İçi	160, 849	190	, 847			
Toplam	169, 224	194				
Y_ORT Gruplar Arası	, 894	4	, 224	, 139	, 968	
Gruplar İçi	306, 160	190	1, 611			
Toplam	307, 055	194				
U_ORT Gruplar Arası	, 316	4	, 079	6, 160	, 000	Bireylerin yaşları ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır
Gruplar İçi	2, 440	190	, 013			
Toplam	2, 756	194				

3.10. İkamet Edilen Konut Durumunun Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçeklerine Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.10’da elde edilen verilere göre, bireylerin ikamet edilen konut durumu (müstakil, iki katlı, apartman) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda ikamet edilen konut durumu ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.10. İkamet Edilen Konut Durumunun Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçeklerine Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P
M_ORT	Gruplar Arası	1, 525	2	, 763	, 873	, 419
	Gruplar İçi	167, 699	192	, 873		
	Toplam	169, 224	194			
Y_ORT	Gruplar Arası	3, 128	2	1, 564	, 988	, 374
	Gruplar İçi	303, 926	192	1, 583		
	Toplam	307, 055	194			
U_ORT	Gruplar Arası	, 066	2	, 033	2, 368	, 096
	Gruplar İçi	2, 690	192	, 014		
	Toplam	2, 756	194			

3.11. Çocuk Sayısının Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.11’de elde edilen verilere göre, bireylerin çocuk sayısı ile umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sayısı ile mutluluk ve yaşam doyumu ölçekleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çocuk sayısı ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu arasında çocuk sayısı 1 ile; hiç yok, 1-3, 4 ve üstü arasında bir anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0.05$) . En umutsuz bireyler çocuk sayısı 1 olan, en umutlu bireyler 4 ve üstü çocuk sayısına sahip olan bireylerdir.

Tablo 3.11. Çocuk Sayısının Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlılık
M_ORT	Gruplar Arası	5, 170	3	1, 723	2, 006	, 114	
	Gruplar İçi	164, 054	191	, 859			
	Toplam	169, 224	194				
Y_ORT	Gruplar Arası	7, 883	3	2, 628	1, 677	, 173	
	Gruplar İçi	299, 172	191	1, 566			
	Toplam	307, 055	194				
U_ORT	Gruplar Arası	, 301	3	, 100	7, 800	, 000	Çocuk sayısı ile hiç çocuğu olmayanlar arasında umutsuzluk bakımından anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
	Gruplar İçi	2, 455	191	, 013			
	Toplam	2, 756	194				

3.12. Sıkıntılarla Baş Etme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi

Tablo 3.12’de elde edilen veriler incelendiğinde, bireylerin sıkıntılarla baş etme yöntemleri arasında yaşam doyumu ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Mutluluk ölçek ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p > 0.05$) .Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon, stres durumlarında bireylerin evde yalnız kalma ile dışarı çıkma ve akraba/arkadaş ile görüşme arasında bir ilişki tespit edilmiştir.Akraba/arkadaş ile görüşenlerin yaşam doyumu evde yalnız kalanlara göre daha fazladır. Ayrıca akraba /arkadaş ile görüşenlerle uyumayı tercih edenler arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Akraba /arkadaş ile görüşenlerin yaşam doyumu uyumayı tercih edenlere göre daha fazladır. Umutsuzluk ölçeği bakımından uyumayı tercih edenlerle, evde yalnız kalmayı, dışarı çıkmayı, akraba /arkadaş ile görüşenler arasında bir ilişki tespit edilmiştir.Uyumayı tercih eden bireyler en umutsuz, evde yalnız kalmayı tercih eden bireyler en umutlu olan bireylerdir.

Tablo 3.12. Sıkıntılarla Baş Etme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle Test Edilmesi

		KT	Sd	KO	F	P	Anamlılık
M_ORT	Gruplar Arası	6, 302	3	2, 101	2, 463	, 064	
	Gruplar İçi	162, 922	191	, 853			
	Toplam	169, 224	194				
Y_ORT	Gruplar Arası	32, 843	3	10, 948	7, 625	, 000	Bireylerin sıkıntılarla baş etme yöntemleri ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
	Gruplar İçi	274, 212	191	1, 436			
	Toplam	307, 055	194				
U_ORT	Gruplar Arası	, 285	3	, 095	7, 331	, 000	Bireylerin sıkıntılarla baş etme yöntemleri ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki vardır
	Gruplar İçi	2, 471	191	, 013			
	Toplam	2, 756	194				

3.13. Psikiyatri Polikliniğine Gelme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.13 incelendiğinde, bireylerin psikiyatri polikliniğe gelme durumu (kendi isteği, ailenin desteği, poliklinik yönlendirmesi, diğer) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatri kliniğine gelme yöntemleri ile anksiyete, depresyon ve stres durumuluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.13. Psikiyatri Polikliniğine Gelme Yönteminin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P
M_ORT	Gruplar Arası	2, 791	3	, 930	1, 067	, 364
	Gruplar İçi	166, 434	191	, 871		
	Toplam	169, 224	194			
Y_ORT	Gruplar Arası	7, 591	3	2, 530	1, 614	, 188
	Gruplar İçi	299, 463	191	1, 568		
	Toplam	307, 055	194			
U_ORT	Gruplar Arası	, 030	3	, 010	, 704	, 551
	Gruplar İçi	2, 726	191	, 014		
	Toplam	2, 756	194			

3.14. Sosyal Güvence Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Tablo 3.14 incelendiğinde, bireylerin sosyal güvenceleri ile yaşam doyumu ölçek ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Mutluluk ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon, stres durumlarında bireylerin sosyal güvencesi sgk olanlarla sosyal güvencesi olmayanlar arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi sgk olanların yaşam doyumu en fazladır. Sosyal güvencesi olmayanların yaşam doyumu en azdır.

Tablo 3.14. Sosyal Güvence Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlılık
M_ORT	Gruplar Arası	3, 128	4	, 782	, 895	, 468	
	Gruplar İçi	166, 096	190	, 874			
	Toplam	169, 224	194				
Y_ORT	Gruplar Arası	21, 380	4	5, 345	3, 555	, 008*	Sosyal güvencesi sgk olanlarla sosyal güvencesi hiç olmayanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
	Gruplar İçi	285, 674	190	1, 504			
	Toplam	307, 055	194				
U_ORT	Gruplar Arası	, 078	4	, 019	1, 375	, 244	
	Gruplar İçi	2, 678	190	, 014			
	Toplam	2, 756	194				

3.15. Regresyon Analizi Sonuçları

Yapılan regresyon çalışmasının sonuçları tablo 3.15'te sunulmuştur. Model uyumuna ilişkin elde edilen ki-kare değeri 216,694 ve p -değeri 0,0 olarak elde edilmiştir. Buna göre alfa değeri 0,05 iken p-değeri alfa değerinde küçük olduğu için, ikamet edilen konut durumunun mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamalarıyla birbirinden bağımsız anlamlıdır. Modeli %88 oranında açıklamaktadır. R^2 değerleri bağımlı değişkenin yüzde kaçının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını gösterir. R^2 değerlerinin 1 olması bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin tamamını açıkladığı ve modelin mükemmel olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.15. İkamet Edilen Konut Durumu Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Ordinal Regresyon Analizi

Model Uyum Bilgisi

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	S.d	P
Etkileşim	272, 049			
Sonuç	55, 355	216, 694	73	, 000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	, 671
Nagelkerke	, 889
McFadden	, 790

Tablo 3.16’da görüldüğü üzere, regresyon çalışmasında b_0 -2,496,ve Mort 0, 29, Yort 0,099, ve Uort 0,730 olarak hesaplanmıştır. P değeri 0, 05 ten büyük olduğu için cinsiyet ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında anlamlılık yoktur. Modeli 0, 008 oranında açıklamaktadır.

Tablo 3.16. Cinsiyet Değişkeninin Mutluluk ,Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Lojistik Regresyon Analizi

Model Katsayılarının Omnibus Testi

	Chi-square	Df	Sig.
Step 1 Step	1, 038	3	, 792
Block	1, 038	3	, 792
Model	1, 038	3	, 792

Modelin Analizi

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	232, 809 ^a	, 005	, 008

Denklemdaki Değişkenler

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
Step 1 ^a M_ORT	, 029	, 203	, 020	1	, 888	1, 029
Y_ORT	, 099	, 151	, 429	1	, 513	1, 104
U_ORT	, 730	1, 370	, 284	1	, 594	2, 075
Constant	-2, 496	2, 067	1, 458	1	, 227	, 082

$$Model\ Denklemi = \frac{e^{(-2,496 + 0,029(Mort) + 0,099(Yort) + 0,730(Uort))}}{1 + e^{(-2,496 + 0,029(Mort) + 0,099(Yort) + 0,730(Uort))}} \quad (3.1)$$

Yapılan regresyon çalışması için Tablo 3.17’de görüldüğü üzere b₀ -7,296, Mort 0,151, Yort -0,486, ve Uort 4,623 olarak hesaplanmıştır. P değeri 0,05 ten küçük olduğu için psikiyatrik hastalığa bağlı ilaç kullanımı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında birbirinden bağımsız olarak anlamlıdır. Modeli % 11 oranında açıklamaktadır.

Tablo 3.17. Psikiyatrik Hastalığına Bağlı İlaç Kullanımı Değişkeninin Mutluluk, Yaşam Doyumu, Umutsuzluk Ölçek Ortalamalarına Göre Regresyon Analizi

Model Katsayılarının Omnibus Testi

		Chi-square	S.D	P
Step 1	Step	10, 411	3	, 015
	Block	10, 411	3	, 015
	Model	10, 411	3	, 015

Modelin Analizi

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	114, 160 ^a	, 052	, 110

Denklemdeki Değişkenler

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
Step 1 ^a	M_ORT	, 151	, 332	, 207	1	, 649	1, 163
	Y_ORT	-, 486	, 249	3, 806	1	, 051	, 615
	U_ORT	4, 623	2, 236	4, 277	1	, 039	101, 844
	Constant	-7, 296	3, 434	4, 513	1	, 034	, 001

$$Model\ Denklemi = \frac{e^{(-7,296 + 0,151(Mort) - 0,486(Yort) + 4,623(Uort))}}{1 + e^{(-7,296 + 0,151(Mort) - 0,486(Yort) + 4,623(Uort))}} \quad (3.2)$$

Yapılan incelemelerden sonra elde edilen modelin parametre anlamlılıklarının değerlendirilmesi Tablo 3.18’de yapılmıştır. Bahsedildiği üzere bu modelde mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk olmak üzere 3 bağımsız değişken bulunmaktadır. Ayrıca yorum yapabilmek için analiz sonucunda bu değişkenlerin olasılık değerlerine bakılır. Bu olasılık değerleri parametrelerin anlamlılık sınamaları için kullanılan testlerden Wald testine ait değerler olmaktadır. Olasılık değeri 0.05’ten küçük olan değişkenler istatistiksel olarak

anlamlıdır. Verilere göre 3 bağımsız değişkenden 3'ünün de istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı için yorumlanamamıştır.

Tablo 3.18. Modelin Parametrelerinin Anlamlılıklarının İfade Edilmesi

YAŞADIĞINIZ_YER ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp (B)
İL-MERKEZ	Intercept	-16, 612	12578, 43	0	1	0, 999	
	[M_ORT=1, 00]	-3, 003	10373, 27	0	1	1	0, 05
	[M_ORT=2, 00]	-2, 613	944, 995	0	1	0, 998	0, 073
	[M_ORT=3, 00]	-13, 172	811, 406	0	1	0, 987	1, 90E-06
	[M_ORT=4, 00]	1, 158	862, 001	0	1	0, 999	3, 184
	[M_ORT=5, 00]	0c	.	.	0	.	.
	[Y_ORT=1, 00]	29, 498	12152, 26	0	1	0, 998	6, 47E+12
	[Y_ORT=2, 00]	28, 438	12127, 85	0	1	0, 998	2, 24E+12
	[Y_ORT=3, 00]	33, 507	6575, 625	0	1	0, 996	3, 56E+14
	[Y_ORT=4, 00]	51, 741	6433, 241	0	1	0, 994	2, 96E+22
	[Y_ORT=5, 00]	56, 639	6355, 414	0	1	0, 993	3, 96E+24
	[Y_ORT=6, 00]	43, 389	6375, 8	0	1	0, 995	6, 97E+18
	[Y_ORT=7, 00]	0c	.	.	0	.	.
	[U_ORT=1, 00]	3, 169	15091, 35	0	1	1	23, 776
	[U_ORT=2, 00]	29, 364	10952, 51	0	1	0, 998	5, 65E+12
İLÇE	Intercept	-16, 828	15839, 36	0	1	0, 999	
	[M_ORT=1, 00]	-29, 621	9855, 229	0	1	0, 998	1, 37E-13
	[M_ORT=2, 00]	-26, 221	1545, 785	0	1	0, 986	4, 09E-12
	[M_ORT=3, 00]	-36, 58	1523, 242	0, 001	1	0, 981	1, 30E-16
	[M_ORT=4, 00]	-38, 709	1140, 028	0, 001	1	0, 973	1, 54E-17
	[M_ORT=5, 00]	0c	.	.	0	.	.
	[Y_ORT=1, 00]	64, 189	16266, 41	0	1	0, 997	7, 53E+27
	[Y_ORT=2, 00]	43, 874	16261, 67	0	1	0, 998	1, 13E+19
	[Y_ORT=3, 00]	101, 117	13263, 1	0	1	0, 994	8, 21E+43
	[Y_ORT=4, 00]	103, 273	12976, 87	0	1	0, 994	7, 10E+44
	[Y_ORT=5, 00]	87, 334	12977, 73	0	1	0, 995	8, 48E+37
	[Y_ORT=6, 00]	71, 064	12968, 61	0	1	0, 996	7, 29E+30
	[Y_ORT=7, 00]	0c	.	.	0	.	.
	[U_ORT=1, 00]	5, 612	22727, 84	0	1	1	273, 724
	[U_ORT=2, 00]	50, 702	20485, 75	0	1	0, 998	1, 05E+22

4. SONUÇLAR

Tablo 3.1' de elde edilen sonuçlara göre bireylerin cinsiyeti ile mutluluk, yaşam doyumu ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile erkek bireyler bayan bireylere göre daha mutludurlar ve yaşam doyumu erkek bireylerin bayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen bayanlara göre daha umutsuz oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3.2 göre bireylerin medeni durumu ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda medeni durum anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.3' de sonuçları sunulan çalışmaya göre bireylerin aile yapısı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda aile yapısı anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.4'te görüleceği üzere, bireylerin psikiyatrik ilaç kullanımı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatrik ilaç kullanımının anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.5'te görüleceği üzere bireylerin yaşadıkları ortam (il, ilçe, köy, doğa) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşam alanının anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.6'da elde edilen veriler incelendiğinde, bireylerin meslekleriyle mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$) .Mutluluk ölçeğinde elde edilen bulgular doğrultusunda meslekler arasında anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine göre çiftçi ile ev hanımı ve işsiz meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. En mutlu olan meslek grubu çiftçiler daha sonra ev hanımı ve işsizlerdir. Yaşam doyumu ölçeğinde çiftçi ve işsiz meslek grupları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çiftçiler, işsizlere göre daha yaşam doyumu yüksek çıkmıştır. Ayrıca emekli ile kamuda çalışan, ev hanımı, özel sektör, işsiz

meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Elde edilen bulgulara göre emeklilerin anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine yaşam doyumu en fazladır işsizlerin yaşam doyumu en azdır. Umutsuzluk ölçeğinde anksiyete, stres, depresyon ölçütlerine ev hanımları ile kamuda çalışan, özel sektörde çalışan ve işsiz meslek grupları ile anlamlı bir ilişki vardır. En umutsuz olan meslek grubu kamuda çalışanlar, en umutlu olan meslek grubu ev hanımları olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3.7’de elde edilen veriler incelendiğinde, çalışmada bireylerin eğitim düzeyi ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Anksiyete, stres, depresyon durumlarına göre eğitim durumu lise mezunu olanların mutluluk oranı okuryazar olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Eğitim durumu lise mezunu olanların okur yazar olmayanlara göre daha yaşam doyumu yüksek çıkmıştır. Umutsuzluk ölçeğinde okur- yazar olmayanlarla ilköğretim, lise, üniversite, lisansüstü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çıkan sonuçlarda en umutsuz eğitim durumu lisansüstü mezunları en umutlu olan eğitim grubu okur yazar olmayan kişilerde tespit edilmiştir.

Tablo 3.8’de elde edilen sonuçlar incelendiğinde, bireylerin gelir durumu ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda gelir durumu ile anksiyete, depresyon ve stres durumları ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.9’da elde edilen verilere göre, bireylerin yaşları ile mutluluk ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$) .Bireylerin yaşları ile yaşam doyumu arasında bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0.05$) .Elde edilen bulgular doğrultusunda yaş durumu ile anksiyete, depresyon, stres durumları ile 55 ve üzeri yaşı olan bireylerle 18-25, 36-45 yaş grupları arasında bir ilişki tespit edilmiştir. En mutlu yaş grubu 55 ve üzeri daha sonra 18-25 ve 36-45 yaş grupları gelmektedir. Umutsuzluk ölçeğinde 55 ve üzeri yaş grubu ile 18-25, 26-35, 36-45 yaş grupları ile bir ilişki tespit edilmiştir.En umutsuz yaş grubu 36-45, en umutlu olan yaş grubu 55 ve üzeri çıkmıştır.Aynı zamanda 46-54 yaş grupları ile 26-35, 36-45 yaş grupları ile bir ilişki tespit edilmiştir. Bu yaş gruplarındaki en umutsuz olan yaş grubu 26-35, en umutlu yaş grubu 46-54 yaş grubu çıkmıştır.

Tablo 3.10’da elde edilen verilere göre, bireylerin ikamet edilen konut durumu (müstakil, iki katlı, apartman) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda ikamet edilen konut durumu ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.11’de elde edilen verilere göre, bireylerin çocuk sayısı ile umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sayısı ile mutluluk ve yaşam doyumu ölçekleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çocuk sayısı ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu arasında çocuk sayısı 1 ile; hiç yok, 1-3, 4 ve üstü arasında bir anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0.05$) . En umutsuz bireyler çocuk sayısı 1 olan, en umutlu bireyler 4 ve üstü çocuk sayısına sahip olan bireyler olarak bulunmuştur.

Tablo 3.12’de elde edilen veriler incelendiğinde, bireylerin sıkıntılarla baş etme yöntemleri arasında yaşam doyumu ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Mutluluk ölçek ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0.05$) .Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon, stres durumlarında bireylerin evde yalnız kalma ile dışarı çıkma ve akraba/arkadaş ile görüşme arasında bir ilişki tespit edilmiştir.Akraba/arkadaş ile görüşenlerin yaşam doyumu evde yalnız kalanlara göre daha fazladır. Ayrıca akraba /arkadaş ile görüşenlerle uyumayı tercih edenler arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Akraba /arkadaş ile görüşenlerin yaşam doyumu uyumayı tercih edenlere göre daha fazladır. Umutsuzluk ölçeği bakımından uyumayı tercih edenlerle, evde yalnız kalmayı, dışarı çıkmayı, akraba /arkadaş ile görüşenler arasında bir ilişki tespit edilmiştir.Uyumayı tercih eden bireyler en umutsuz, evde yalnız kalmayı tercih eden bireyler en umutlu olan bireylerdir.

Tablo 3.13 incelendiğinde, bireylerin psikiyatri polikliniğe gelme durumu (kendi isteği, ailenin desteği, poliklinik yönlendirmesi, diğer) ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatri kliniğine gelme yöntemleri ile anksiyete, depresyon ve stres durumluluğu ile bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 3.14 incelendiğinde, bireylerin sosyal güvenceleri ile yaşam doyumu ölçek ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Mutluluk ve umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete, depresyon, stres durumlarında bireylerin sosyal güvencesi sgk olanlarla sosyal

güvencesi olmayanlar arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi sgk olanların yaşam doyumu en fazladır . Sosyal güvencesi olmayanların yaşam doyumu en azdır.

Yapılan regresyon çalışmasının sonuçları tablo 3.15'te sunulmuştur. Model uyumuna ilişkin elde edilen ki-kare değeri 216,694 ve p -değeri 0,0 olarak elde edilmiştir. Buna göre alfa değeri 0,05 iken p-değeri alfa değerinde küçük olduğu için, ikamet edilen konut durumunun mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamalarıyla birbirinden bağımsız anlamlıdır. Modeli %88 oranında açıklamaktadır. R^2 değerleri bağımlı değişkenin yüzde kaçının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını gösterir. R^2 değerlerinin 1 olması bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin tamamını açıkladığı ve modelin mükemmel olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.16'da görüldüğü üzere, regresyon çalışmasında b_0 -2,496, ve Mort 0, 29, Yort 0,099, ve Uort 0,730 olarak hesaplanmıştır. P değeri 0, 05 ten büyük olduğu için cinsiyet ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında anlamlılık yoktur. Modeli 0, 008 oranında açıklamaktadır.

Yapılan regresyon çalışması için Tablo 3.17'de görüldüğü üzere b_0 -7,296, Mort 0,151, Yort -0,486, ve Uort 4,623 olarak hesaplanmıştır. P değeri 0,05 ten küçük olduğu için psikiyatrik hastalığa bağlı ilaç kullanımı ile mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk ölçek ortalamaları arasında birbirinden bağımsız olarak anlamlıdırlar. Modeli % 11 oranında açıklamaktadır.

Yapılan incelemelerden sonra elde edilen modelin parametre anlamlılıklarının değerlendirilmesi Tablo 3.18'de yapılmıştır. Bahsedildiği üzere bu modelde mutluluk, yaşam doyumu, umutsuzluk olmak üzere 3 bağımsız değişken bulunmaktadır. Ayrıca yorum yapabilmek için analiz sonucunda bu değişkenlerin olasılık değerlerine bakılır. Bu olasılık değerleri parametrelerin anlamlılık sınamaları için kullanılan testlerden Wald testine ait değerler olmaktadır. Olasılık değeri 0.05'ten küçük olan değişkenler istatistiksel olarak anlamlıdır. Verilere göre 3 bağımsız değişkenden 3'ünün de istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı için yorumlanamamıştır.

KAYNAKLAR

- Ainsworth, P. (2000).** Understanding depression. University Press of Mississippi
- Altın, M. (1992).** Çayır ve Mera Islahı .Trakya Üniversitesi, Tekirdağ Ziraat Fakültesi, Yayın No:152, Tekirdağ, 1992.
- Alakaya, D. (2019).** Kantil Regresyon ve Doğrusal Regresyon Yöntemlerinin Performansını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Ataç, E. (2007).** Suçun Kentsel Mekândaki Algısı: Güvensizlik Hissi. Dosya: Kent ve Suç. TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi Bülten 55.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C . (1990).** Introduction to Psychology. Harcourt Brace Jorovich Collage Publisher, USA.
- Amppley, M.H.Q Trumbull k. (1967).** On the concept of psychological stress (1) Ed. Appley Q Trumbull “Psychological stress ”Appleton Century Crofts .New York.
- American Psychological Association (APA). (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (5th ed) . Washington DC .
- Aydın, D. (2014).** Uygulamalı regresyon.
- Atalay, İ. (2013).** Doğa Bilimleri Sözlüğü.İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık.
- Anonim,. (1979).** Zwischenstaatliche Konferenz über Umwelterziehung in Tiflis 1977. Unesco, Unesco Konferenzbericht, Nr. 4, Paris.
- Ayhan, S. (2006).** Sıralı Lojistik Regresyon Analiziyle Türkiye’deki Hemşirelerin İş Bırakma Niyetini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (1984).** Üst Düzey Yöneticilerinde Stres Değerlendirilmesi,XXII.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi El Kitabı,İstanbul.
- Baum, A. (1986).**Toxins, technology, disasters.In G.R Vanden Bos ve B.K. Bryant.
- Baltaş, Z. (2000).** Sağlık Psikolojisi ,Remzi Kitabevi ,İstanbul .
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (2004).** Stres ve Başaıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (1999).** Bedenin Dili, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (1992).** Üst Düzey Yöneticilerinde Stres Değerlendirilmesi, XXII.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi El Kitabı, İstanbul.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (1986, 1996, 1999).** Stres ve Başaıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Baltaş, Z., Baltaş,A. (2011).** Stres ve Başaıkma Yolları,Remzi Kitabevi,İstanbul.
- Barlow, D. H. (2002).** Anxiety and its disorders. New York: Guilford Press .
- Batıgün Durak, A. (1994).** Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması.Kriz Dergisi 2(2):311-319.
- Baum, A. ve Spencer, S. (1997).** Post –travmatic stress disorder.Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine .s.550-555.
- Bayraktar, B. ve Kurtoglu, M. (2009).** Sporda Performans, Etkili Faktörler, Değerlendirilmesi ve Artırılması. Klinik Gelişim, 2009; 22 (1) : 16-24.
- Blaxter, M. (1979).** Concepts of casuality Layond medical models. In :Osborne, D.j. (ed) Research in Psychology and Medicine, Vol.2, London :Academic Press, pp 154-161.

- Brown, L.R. (2001).** “Açlığın Kökünü Kazımak :Çözümü Giderek Zorlaşan Bir Sorun.” Dünyanın Durumu 2001, s.61-90 .TEMA Vakfı Yayın No.:35, İstanbul, 2001.
- Bromet, E.J ve Parkinson, D.K. (1992)** .Psychiatric Disorders.In, Last, M:J., Wallace, R.B. (Eds) .Maxey, Rosenou.Last, Public Healty and Preventive Medicine.13 th.Edition.Prentice-Hall International Inc.USA.
- Berry, J.W., Dalal, A., Pande, N. (1994).** Disability beliefs attitudes and behavious across cultures. Report from International Center for the Advancement of Community Based Rehabilitation. Kings:Queen’s University.
- Berry, J.W. (1998).** “Cultural and ethnic factors in healty.”In :Cambridge Handbook of Psychology, Healty and Medicine, Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1967).** Depression:Causes and treatment . Philadelphia:University of Pennsylvania Press.
- Beck, AT. (1976).** Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Bülbül, Ş., Giray, S. (2011).** Ege Akademik bakış cilt11.Özel sayı.2011 ss.113-123.
- Büyüköztürk, Ş. (2018).** Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. Pegem Akademi. Ankara.
- Calogiuri, G., Chroni, S. (2014).** The impact of the natural environment on the promotion of active living: An integrative systematic review. MC Public Health, 14:873. doi:10.1186/1471-2458-14-873.
- Crisman, N.J. (1994).** “Analytical scheme for health relief research.” Unpublished 1981 cited in Cacil G.Helman.Culture, Health and Illness. Third Edition, Butter worth Hernemann, Oxford.
- Crawford, J. R., Henry, J. D. (2003).** The depression anxiety stress scales (DASS) : Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. British Journal of Clinical Psychology, 42 (1) , 111–131.
- Cohen, S., Syme, S.L. (1985).** Issues in the study and application of social support.In S. Cohen and SL . Syme (Eds) .Social support ad health.Newyork:Academic Press.
- Çepel, N. (2006).** Ekoloji, Doğal Yaşam Dünyaları ve İnsan .Palme Yayıncılık NO.367, Ankara 2006.
- Çevik, O. (2004).** Lojistik Regresyon Analizi ile Tokat Sanayi Sitesi İşletmelerinde Bir Uygulama. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 18 (3-4) : 386-388.
- Çoruh, M. (1997).** “ Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Gelişmeler.”Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü (Ed). Çoruh, M.Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Dejean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., Brundisni, F. (2013).** Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ontario Health Technology Assessment Series, 13 (16) , 1-33.
- Demirci, İ. (2017).** Huzurlu ve mutlu yaşamın değerler ve karakter güçleri bağlamında karma bir araştırmayla incelenmesi (Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul).
- Doğan, O. (1995).** Ruhsal Bozuklukların Epidemolojisi.Cumhuriyet Üniveritesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D Dilek Matbaası, Sivas.
- Erdoğan E, Bulut E. (2015).** İşletme Bölümü Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 11 (26) : 162.
- Fazlıoğlu, İ. (1997).** “İbnNefis’in Eserlerinin Osmanlı Tıp Eğitimine Etkisi”, II. Uluslararası Kültür Sempozyumu: Tabib, Fakih ve Filozof İbn en-Nefis, Kuveyt. (<http://www.ihsanfazlioglu.net/yayinlar/makaleler/1.phpid=159>)

- Fidaner H, Elbi H ve ark. (1999).** Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi (Ek 2):3-66, 1999.
- Frederick, C. (1980).** Effects of natural vs.human induced violence upon victims.Evaluation and change, 71-75.
- Fromm, E. O. (1964).** The heart of man. Harper & Row
- Fromm, E. O. (2011).** The heart of man. Herndon, VA: Lantern Books Hogarth Press
- From, E. (1982).** Sağlıklı Toplum, Çev.Y.Salman, Z, Tanrısever, Payel Yayınevi.
- Freeling, P. (1985).** Unrecognized depression in general practice.British Medical Journal, 290, 1880-1883, 1985.
- Freud, S. (1957).** (Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. And trans.) , Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14) . London: Hogarth Press.
- Grahn P., and Stigsdotter A.U. (2004).** Landscape planing and stres, Urban Forestry, 2 (1), 1-18.
- Güleç, C. (1981).** Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Ankara.
- Gürsaka, N. (2009).** Çıkarımsal İstatistikler. Dora Yayıncılık. Bursa.
- Güngören, İ. (2011).** Zen Budizm, bir yaşama sanatı. İstanbul.
- Goldsmith, E. ve R, Allen. (1972)** .Planspiel zum Überleuten Ein Altionprogramm.Stuttgart (Dva) .1972.
- Goleman, D. (1972).** The Buddha of meditation and states of consciousness. Part 1: The teachings. J Transpers Psychol, 4, 1-14.
- Gottlieb, B.H. (1981).** Social networks and social support.Beverly Hills.CA.Sage.
- Gothb, I. H., Roberts, J. E., ve Gilboa, E. (1998).** Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. Cognitive Therapy and Research, 22, 401-420.
- Greenwood, B. (1981).** Cold or spirits choice and ambiguity in Monoccos pluralistic medical system.Soc. Sci. Med. 15B, 219-235.
- Hartig, T., Mang, M., Evans, G.W. (1991).** Restorative effects of natural environment experiences. Environment and Behavior, 23, 3-26.
- Herzlich, c., Pierret, J. (1986).** Illness:from cause to meaning In:Currer, C.and Stacey, M (eds) , Concepts of Healty, Illnes and Disease Leamington Spa: Beng .pp 73-96.
- Hünee. (1988).** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1983 ,Ankara.
- Honeyman, M. (1990).** Vegetation and stress:A comparison study of varying amounts of vegetation in Countryside and urban scenes.In:D.Relf (Eds) , The Role of Horticulture in Human Well-Being and Social Development, Timber Press.Oregon.
- Horwitz, A.v. (2002).** Creating Mental Illness,The University of Chicago Press Ltd.London.
- Karalar, R. ve Kiracı, H. (2011).** Tüketim Düşüncesi” Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 30, s. 63-76
- Kayri, M. (2009).** Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19 (1) : 52-56. Kocabaş.
- Kaplan, R. (2001).** The nature of the view from home: psychological benefits. Environment and Behavior 33, 507-542.

- Kaplan, S. ve Talbot, J.F. (1983).** Psychological benefits of a wilderness experience. In :I.Altman and J.F.Wohlwill (Eds) , Behaviour and the Natural Environment, Human Behavior and Environment:Advances inTheory and Research, Volume:6, Plenum Press, Newyork, pp 163-203
- Kıray, M. (1984).** Büyük Kent ve Değişen Aile, Türkiye Ailenin Değişimi, Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayını, s.71, Ankara.
- Küey,L. (1985).**Yarı kentsel bir bölgede affektif bozuklukların ve yaygınlığı ve bozukluklara karşı gösterilen tutumları araştıran epidemolojik bir çalışma Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.
- Korsch, B. ve Negrete,V. (1972).** Doctor patient communication. Sci.American, 227, 66 74.
- Klötzli, F. (1980).** Unsere Umwelt and Wir, Eine Einführung in die Ökologie.Hallweg Verlag, Bern, Stuttgart, 1980.
- Laing, R.D. (1960).** The Divided Self:An Existential Study in Sanity and Madness, Penguin Books
- Lazarus, R.S. (1966).** Pshological StressQCoping Process, New York, London, Toronto Mc Graw.Hill Book Cop.
- Leventhal, H. ve Everhart, D. (1979).** Emotion, pain, and physical illness. In Izard, C. (Ed.) Emotions and psychopathology .New York Plenum Press.
- Lutz, C ve White, G.M. (1986).** The anthrology of emotions. Annual Review of Anthropology, 15, 405-436.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, I., Hautzinger, M. (1985).** An integrated theory of depression. In Reiss, S., & Bootzin, R. (Eds.) , Theoretical issues in behavior therapy (p. 331-359) . New York:Academic Press.
- Ley, P. (1988).** Communicating with patients.London : Croom Helm.
- MacDonalt, M. (2003).** “Nüfus, Kadın ve Biyoçeşitlilik İlkeleri” Dünyanın Durumu Raporu 12003, P.47-102, Tema Vakfı Yayın No:40, İstanbul, 2003.
- McGraw, H. (2012).** Cox RH. Sport Psychology. Concepts and Applications. 7th ed., New York: McGraw-Hill, 2012; 297-298.
- Mamedow, N. (1996).** Toplum ve Doğanın Karşılıklı etkileşimi: Sosyal Ekoloji. Ecology Journals. 21 (13-15) .
- Mamedov, N.M. ve Suravergina, I.T. (1996).** Ecology, Textbook for 9-11 Forms of Secondary School.Shkola Press, Moscow, 1996.
- Mahmood, O.M. (2017).** Use of Binary Logistic Regression Model in Iraq Patients of Breast Cancer. M.Sc. Thesis, Yuzuncu Yıl University Institute of Natural and Applied Sciences Statistics Department, Van.
- Meydan A., Bozyiğit R., Karakurt, M. (2012).** Ekoloji temelli doğa eğitimi projelerinin Katılımcı beklentilerini karşılama düzeyleri. Marmara Coğrafya Dergisi, 25, 238-255, İSTANBUL.
- Miller, T. ve Goldberg, D. (1991).** Link between the ability to detect and manage emotional disorders:a study of general practitioner trainees.British Journal of General Practice.41, 357-359.
- Miller, K.A. (1984).** The effects of industrialization on men’s attitudes toward the extended family and women’s rights;A cross-national study.Journal of Marriage and the Family, 153-160.

- Moncrieff, J. ve Cohen, D. (2006).** Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States ?Plos Medicine.July.Vol:3, Issue:7, e240, 961-965, www.plosmedicine.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030240
- Moncrieff, J. (2006b).** Psychiatric Drug Promotion and Politics of Neoliberalism.The British Journal of Psychiatry.188:301-302.doi:10.1192/bjp.188.4.301.
- Nisbet, E. K. ve Zelenski, J. M. (2011).** Underestimating nearby nature: Affective forecasting errors obscure the happy path to sustainability. *Psychological Science*, 22, 1101-1106.
- Nisbet, E. K. ve Zelenski, J. M. (2014).** The NR-6: a new brief measure of nature relatedness. *Frontiers in Psychology*, 4, 1-11.
- O'mera, M. (2000).** "Bilgi Teknolojilerini Çevre İçin Seferber Etmek".Dünyanın Durumu Raporu, TEMA Vakfı Yayın No:32, P.162-190, İstanbul, 2000.
- Opler, M. (1967).** Culturel induction of stress.chapt 8 In Ed.AppleyQTrumbull"Psychological stress"Apleton century crofts.New York.
- Passer, M. W. ve Smith, R. E. (2008).** Psychology: The science of mind and behaviour. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Pennebaker, J.W. (1982).** The psychology of physical symptoms.New York:Springer-Verlang.
- Rachman, S. (2004).** Anxiety. Hove: Psychology.
- Rasmussen SA., Eisen JL. (1986).** The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. In: Jenike MA., Bear L, Minichiello WE, eds. Obsessive Compulsive Disorders, Theory and Management. Chicago: Medical Pub 23-41, 1986.
- Reger, D., Hirschfeld, R., Goodwin, F., Burke, J., Lazar, J. (1988).** The Nlmh Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program :Structure, aims, and scientific basis .Am.J.Psychiatry.145:1351-1357.
- Roter, D. (1989).** Which facets of communications have strong effects on outcome :a metaanalysis.In M. Stewart and D. Roter (Eds.) Communicating with medical patients, Newbury.Park:Sage.
- Rosch, P.J. (1996).** Health and stress, The Newsletter of American Institute of stress, Number 7.
- Rosh, P.J. (1997).** Healh and stress, The Newsletter of American Institute of stress, Number 17.
- Sayar, K. ve Dinç, M. (2011).** Psikolojiye Giriş, dem yayınları, basım:3 .
- Sarı, N. ve Akgün, B. (2008).** Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.Sempozyum Dizisi, NO:62, Mart, B:1-24.
- Seber, G. (1991).** Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği üzerine bir çalışma.
- Scheff, T.J. (1966)** .User and Non-Users of a Student Psychiatric Clinic.J of Health and Social Behaviour, 7;114-122
- Stewart, M.A., McWhinney, I.R., Back, C.W. (1979).** The doctor patient relationship and its effect upon outcome.Y.R.Coll.Gen.Pract.29:77-82.
- Steptone, A. (1984).** Psychophysiological processes in disease.In A.Steptone and A.Matthews (Ed) .Health care and human behaviour.London :Academic Press.
- Szazs, T.S. ve Hollender M.H. (1956).** A contribution to the Philosophy of medicine.Archives of Internal Medicine 97:585-592.
- Şahin, B., Koçak, M., Kınay, A., Tosun, A. (2018).** Meb ortaöğretim 9.sınıf coğrafya ders kitabı 1.baskı, 2018.

- Şimsek, E. (2011).** The effects of organizational communication and personality traits on life satisfaction. Unpublished Doctoral Thesis. Eskisehir/Türkiye: Anadolu Üniversitesi
- Timur, S. (1972).** Türkiye’de Aile Yapısı 1968, HÜNEE Ankara.
- Topçu, S. (2010).** İnsan ve psikiyatri .Phonenix Yayınevi-220.
- Top, M., Özden S. Y., Sevim M. E. (2003).** Psikiyatride Yaşam Kalitesi Düşünen Adam; 2003, 16 (1) : 18-23
- Uçarar, N. (1997).** Panik bozukluk ve sekonder depresyonda klinik bulgular ve deksametazon supresyon testi. Uzmanlık Tezi; Bakırköy, İstanbul; 1997.
- Ulaş, H., Binbay, T.İ., Alptekin, K. (2008).** Klinik Psikiyatri Araştırmalarında Maddi Çıkar Çatışması: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 19 (4) :418-426.
- Ulaş, H. (2009a).** Antidepresan Kullanımı Artıyor. Milliyet. Yaşam. Son dakika .17. Nisan 2009. [http://www.milliyet.com.tr.aspx?aType=Son Dakika Print&ArticleID=1084492](http://www.milliyet.com.tr.aspx?aType=Son%20Dakika%20Print&ArticleID=1084492)
- Ulaş, H. (2009b).** Türkiye’de Antidepresan İlaç Kullanımında Kelimenin Gerçek Anlamıyla Bir Patlama Yaşanıyor. NetHaber. <http://www.nethaber.com/Print.aspx?id=115483>.
- Ulrich, R. (1981).** Natural versus urban scenes: Some psychological effects. Research. 4 (1) :17-23.
- Wallace, R. K., Dillbeck, M., Jacob, E., Harrington, B. (1982).** The effects of the transcendental meditation and TM-Siddhi program on the aging process. International Journal of Neuroscience, 16, 53-58
- Wilson, E. O. (1984).** Biophilia. Cambridge: Harvard University Press
- Waitzkin, H. (1984).** Doctor-patient communication .Clinical implications of social scientific research. Vama, 252, 2441-2446
- Williams, S., Weinman, J., Dole, Newman. S. (1995).** Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting patient expectations affect patient satisfaction Family Practice, 12, 193-201.
- WHO (2009).** Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.htm
- Whoqol, Bref. (1999).** 3P Dergisi (Ek 2) :3-66, 1999.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
06.12.2018	20	01	Dr. Öğr. Üyesi Nurhan HALİSDEMİR

KARAR

“Doğanın İnsan Yaşamı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)		Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	Bulunmadı
Prof. Dr. Figen DEVECİ (Üye)	İmza	Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza
Prof. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	Bulunmadı	Prof. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Fazilet ERMAN (Üye)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Turgay BÖRK (Üye)	İmza	Dr. Öğr. Üyesi Gökhan GÖKDERE (Üye)	Bulunmadı

Ek 2: Anket

KİŞİSEL BİLGİ ÖLÇEĞİ							
CİNSİYETİNİZ: BAYAN () BAY ()							
YAŞADIĞINIZ YER: İL-MERKEZ () İLÇE () KÖY ()							
YAŞINIZ : 18-25 () 26-35 () 36-45 () 46-54 () 55 ve üzeri ()							
İKAMET EDİLEN KONUT DURUMUNUZ: MÜSTAKİL () İKİ KATLI () APARTMAN ()							
MESLEĞİNİZ: ÇİFTÇİ () ÖZEL SEKTÖR () KAMUDA ÇALIŞAN () EMEKLİ () İŞSİZ () EV HANIMI ()							
EĞİTİM DURUMUNUZ: OKUR-YAZAR DEĞİL () İLKOKUL () LİSE () ÜNİVERSİTE () LİSANSÜSTÜ ()							
MEDENİ DURUMUNUZ: EVLİ () BEKAR ()							
ÇOCUK SAYINIZ: YOK () 1 () 1-3 () 4 VE ÜSTÜ ()							
AİLE YAPINIZ: ÇEKİRDEK AİLE () GENİŞ AİLE ()							
PSİKİYATRİK HASTALIĞINIZA BAĞLI İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ: EVET () HAYIR ()							
GELİR DURUMUNUZ : 0-2000 () 2001-3500 () 3501 VE ÜZERİ ()							
SOSYAL GÜVENCENİZ: YOK () YEŞİLKART () SGK () EMEKLİ SANDIĞI () DİĞER ()							
SIKINTILARINIZLA BAŞ EDEMEDİĞİNİZDE NASIL DAVRANIRSINIZ?							
Evde yalnız kalırım () Dışarı çıkarım () Uyumum () Akraba/Arkadaş ile görüşürüm							
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE KİMİN DESTEĞİ İLE GELDİNİZ?							
Kendi isteğimle geldim () Aile/Akrabanın isteğiyle geldim () Çevresel faktörlerin etkisiyle geldim () Başta bir poliklinik yanlı							
MUTLULUK ÖLÇEĞİ							
Aşağıdaki ifadelerin her birinin size ne derece uyduğunu ,yanındaki kutucuklarda yer alan " 1 " ile " 5 " arasındaki rakamlardan yalnızca birinin üstüne (X) işareti koyarak gösteriniz. Bana Hiç Uygun Değil(1) Bana Uygun Değil(2) Bana Biraz Uygun(3) Bana Oldukça Uygun (4) Bana Tamamen Uygun(5)							
	1	2	3	4	5		
1)Günlük yaşamımda genellikle neşeliyimdir.							
2)Hayatta mutlu hissettiğim anlar çoğunluktadır							
3)Yaşamımda keyif aldığım birçok şey vardır							
4)Çoğu zaman canlı/enerjik hissedirim							
5)Küçük şeyler bile beni mutlu etmeye yeter							
6)Hayatımdaki eksiklere rağmen neşeli olabiliyim							
YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ							
Aşağıdaki sorular, 1 ile 7 arasındaki puanları içeren bir derecelendirme üzerinden sizin hangi düzeyde bir yaşam doyumuna sahip olduğunuzu sormaktadır. Lütfen her soruyu dikkatle yanıtlayınız.							
1:tümüyle memnun değilim 2:memnun değilim 3:biraz memnun değilim 4:kararsızım 5:Biraz memnunum 6:memnunum 7:çok memnunum							
	1	2	3	4	5	6	7
1)Kendi yaşamınızı ve kişisel koşullarınızı düşündüğünüzde yaşamınızdan bir bütün olarak ne kadar memnunsunuz ?							
2)Yaşam standartlarınızdan ne kadar memnunsunuz?							
3)Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz?							
4)Yaşamınızda başarılarınızdan ne kadar memnunsunuz?							
5)Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?							
6)Kendinizi güvende hissetme düzeyinizden ne kadar memnunsunuz?							
7)Kendinizi bir topluluğun üyesi olarak hissetmekten ne kadar memnunsunuz?							
8)Geleceğinizin güvenliğinizden ne kadar memnunsunuz?							
9)Din ya da maneviyatınızdan ne kadar memnunsunuz?							

UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ		
Aşağıdaki geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütunu işaretleyiniz.		
	EVET	HAYIR
1) Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2) Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3) İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4) Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5) Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6) Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7) Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8) Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9) İyi fırsatlar yakalayamıyorum gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10) Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11) Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12) Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13) Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14) İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15) Geleceğe büyük inancım var		
16) Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.		
17) Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18) Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19) Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20) İsteddiğim bir şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek 3: İzin Belgesi

ak Tarih ve Sayısı: 20/12/2018-301006



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/663.09/
Konu :Anket (Etik Kurul Kararı-Fatma ERKUŞ))

İSTATİSTİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi :05.12.2018 tarihli yazınız.

İlgi yazınıza istinaden hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının cevabi yazısı ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Refik AYTEN
Üniversite Hastanesi Başhekimisi

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Tel: 0 (424) 233 35 55 Faks: 0 (424) 238 80 96
E-Posta: : Elektronik ağı: <http://ftm.firat.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülsün Katılmış



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı :18812110/663.09/
Konu :Anket (Etik Kurul Kararı)

FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :11/12/2018 tarihli, 87815 sayılı ve "Anket (Etik Kurul Kararı)" konulu yazı

Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma ERKUŞ'a ait doğanın insan yaşamı üzerinde etkilerinin incelenmesi isimli projenin polikliniğimize başvuran hastaların yazılı onam formu alınmak kaydıyla uygulanabileceği kanatindeyiz. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Murad ATMACA
Anabilim Dalı Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Elazığ'da doğdum. İlköğretimimi Mersinde, ortaöğretimimi İstanbul'da ve liseyi Elazığ'da tamamladım. 2010 yılında kazandığım Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü'nden 2014 yılında mezun oldum. 2017 yılında Fırat Üniversitesi İstatistik Bölümünde yüksek lisansa başladım ve halen devam etmekteyim.

FATMA ERKUŞ KAMA