



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR İŞYERİNDE ÇALIŞAN BİREYLERİN
RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERPİL ÖZBUCAK-CİVİL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. GÜLTEN ÖZALTIN

İSTANBUL - 2007

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	6
2. SUMMARY	8
3. GİRİŞ VE AMAÇ	10
4. GENEL BİLGİLER	12
4.1. RUH SAĞLIĞI	12
4.2. RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	12
4.2.1. Stres	13
4.2.1.1. Stres Kaynakları	14
4.2.1.2. Stres ve Sağlık	16
4.2.2. Çalışma Yaşamında Stres	18
4.2.2.1. İş Stresi	19
4.2.2.1.1. İş Stresinin Olası Sonuçları	20
4.3. STRES/İŞ STRESİNİN NEDEN OLDUĞU RUHSAL SORUNLAR	21
4.3.1. Somatoform Bozukluk	21
4.3.1.1. Somatoform Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları	23
4.3.2. Panik Bozukluk	25
4.3.2.1. Panik Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları	26
4.3.3. Depresif Bozukluk	27
4.3.3.1. Depresif Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları	28
4.4. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	29
4.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı (Toplum Ruh Sağlığı)	30
4.4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik	31
4.4.2.1. Toplum Ruh Sağlığı/Psikiyatri Hemşireliği	31
4.4.2.2. İş Sağlığı Hemşireliği	34
5. GEREÇ VE YÖNTEM	37
6. BULGULAR	42
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	64
8. EKLER	79
9. KAYNAKLAR	83
10. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KıSA: Kısa Sağlık Anketi

DDB: Duygu Durum Bozukluğu

Üniv.: Üniversite

Boz.: Bozukluk

Bel.: Belirti

Prob.: Problem

Ark.: Arkadaşları

TABLO VE ŞEKİLLERİN LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 2: Çalışanların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 3: Çalışanların Alkol ve Sigara Kullanımına Göre Dağılımı	44
Tablo 4: Çalışanların Doktora Gitme Sıklığı ve Nedenleri, İlaç Kullanım Sıklığı ve Önceden Tanılanmış Hastalık Varlığının Dağılımı	45
Şekil 1: Önceden Tanılanmış Hastalığı Olan Çalışanların Hastalıklarının Dağılımı (n=89)	46
Tablo 5: Çalışanların Sosyal Aktivitelere Katılım Sıklığı ve Kendilerini En Çok Stresli Hissettikleri Yere Göre Dağılımı	47
Tablo 6: Çalışanların Ruhsal Bozukluk Belirtileri ve Bu Belirtilerden Etkilenme Düzeyine Göre Dağılım	48
Tablo 7: Çalışanların Demografik Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi	50
Tablo 8: Çalışanların Kişisel Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi	52
Tablo 9: Çalışanların Alkol ve Sigara Kullanımı ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi	54

Tablo 10: Çalışanların Doktora Gitme Sıklığı, Nedeni, İlaç Kullanım Sıklığı Ve Önceden Tanılanmış Hastalık Varlığı ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi	57
Tablo 11: Çalışanların Önceden Tanılanmış Hastalıklarına Göre Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin Dağılımı	59
Tablo 12: Çalışanların Sosyal Aktivitelere Katılım Sıklığı, Kendilerini En Çok Stresli Hissettikleri Yer ve Ruhsal Bozukluk Belirtilerinden Etkilenme Durumu ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi	61

1. ÖZET

BİR İŞYERİNDE ÇALIŞAN BİREYLERİN RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, İstanbul ilindeki bir işyerinde Mart – Ekim 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini iş yerindeki tüm çalışanlar (N=1875), örneklemini ise “sistemik örnekleme yöntemi” kullanılarak seçilen çalışanlar (n=460) oluşturmuştur.

Çalışmada veri toplama amacıyla, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen ve uzman görüşüne sunulan Bilgi Formu (Ek:1) ve Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiş, Çorapçioğlu ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan KıSA Ölçeği (Ek:2) kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup, Oneway Anova testi, Kruskal Wallis testi, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda KıSA ölçeğine göre, çalışanların % 13.3’ünde (n=61) minör depresif, % 10.7’sinde (n=49) majör depresif, % 10’unda somatoform (n=46) ve % 6.3’ünde (n=29) panik bozukluk belirtileri saptanmıştır.

Çalışanların % 77.2’si (n=355) kendilerini en fazla iş yerinde stresli hissettiklerini belirtirken; % 9.8’i (n=45) evde, % 3.9’u (n=18) okul ortamında ve % 9.1’i (n=42) sosyal ortamlarda kendilerini stresli hissettiklerini belirtmişlerdir.

Kadın çalışanlarda somatoform ve panik bozukluk belirtileri görülme oranı erkek çalışanlardan anlamlı derecede yüksektir ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$).

Alkol-sigara kullanımı, doktora başvuru nedeni ve sıklığı, ilaç kullanım sıklığı, sosyal faaliyetlere katılım ile somatoform bozukluk, panik bozukluk ve depresif bozukluk belirtileri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki ($p=0.001$) olduğu, kendini işyerinde stresli hisseden bireylerin daha çok ruhsal bozukluk belirtisi gösterdiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak; iş stresinin ruhsal durumu etkileyebileceği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde işyerine yönelik ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların gerekliliği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik, ruhsal durum, iş stresi, depresif bozukluk, panik bozukluk, somatoform bozukluk

2. SUMMARY

PSYCHOLOGICAL STATUS EVALUATION OF INDIVIDUALS WORKING IN A WORKPLACE

This definitive study is intended to determine and evaluate the psychological status of individuals employed at in enterprise.

This study was carried out at an enterprise the city of Istanbul between the dates of March – October 2005. Of the 1875 people constituting the range, n=460 individuals were taken as subjects using “systematic sampling method” through probability sampling system.

Individual Data form (Enclosure:1) developed by the researcher based on literature and presented to expert view; and KiSA (scale and Turkish) (Enclosure:2) developed by Spitzer et. al.. Validation and adoption Turkey made by Corapcioglu and et. al., were used.

Research data was evaluated by computers for collection of data with Oneway Anova test, Kruskal Wallis test and Ki-Kare test.

According to KiSA scale, 13.3 % (n=61) of employees were classified as minor depressive, 10.7 % (n=49) as major depressive, 10 % (n=46) as having somatoform disorders and 6.3 % as having panic disorders.

While 77.2 % (n=355) of employees stated they felt stress mostly at work, 9.8 % (n=45) stated the home, 3.9 % (n=18) the school, and 9.1 % (n=42) at social circles.

The rate of somatoform and panic disorder in women is significantly higher than those in men ($p= 0.001$).

It was determined that statistical relation between habits such as use of tobacco/alcohol, frequency of doctor visits, reasons of visiting the doctor, participation in social activities, frequency in using medicine and KiSA scale (p.0.001) was significantly high and also that individuals who feel tense while working tend to have more psychological disorders.

On the basis of collected data it was determined that work stress could influence the individuals psychological status and that as first-step in providing good mental health conditions work place should get assistance from experienced psychiatric nurses and personnel.

Key Words: Nurse, Psychological Disorder, Work Stress, Depression, Panic Disorder, Somatoform Disorder.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Stres, bireyin sağlığını ve verimliliğini etkileyen önemli kavramlardan birisidir. Stresin olumsuz sonuçları arasında başarısızlık, uyumsuzluk ve motivasyon düşüklüğü yer almaktadır. Bu olumsuzluklar stresin uzun süre devam etmesi sonucunda depresif bozukluk, panik bozukluk ve somatoform bozukluk gibi ruhsal bozukluklara neden olmaktadır (103, 118).

Yaşadığımız yüzyılda insanlar, hangi işi yaparlarsa yapsınlar, yaşamlarının büyük bir bölümünü, kendi yetenekleri ve sınırlarını zorlayarak sürdürmektedir. İnsan bedeni, stres yaratıcı duruma bir dizi psikofizyolojik tepki göstermekte ve bu tepkiler sonucu denge durumu bozulabilmektedir. Stres yaratan durumun uzun sürmesi halinde ise dengedeki bu bozukluk çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Çağdaş iş yaşamının ortaya çıkardığı stres, giderek yöneticilerin, bilim insanlarının ve araştırmacıların çalışma alanı içine daha çok girmektedir. Bu da sağlık çalışanlarının hizmet alanının endüstri içine, işyerlerine kadar genişlemesini zorunlu kılmaktadır (30, 31).

Bu koşullar göz önüne alındığında, işyerlerinde iş ve örgüt psikiyatrisi hizmetlerine olan gereksinim son otuz yılda artmıştır. 1970 yılında başlayan iş ve örgüt psikiyatrisinin uygulama alanları;

- ❖ İş stresi,
- ❖ Çalışanlara yönelik ruhsal destek programı,
- ❖ İşçi yardım programı,
- ❖ Organizasyonel ortam çalışmalarından oluşmaktadır (31).

Hediel (1996), iş ve örgüt psikiyatrisi çalışmalarına dayanarak, çalışanların psikolojik gereksinimlerini dikkate almanın gerekliliğini ve üretim koşullarının bu gereksinimler doğrultusunda değiştirilmesinin önemini belirtmiştir. Bireysel klinik değerlendirmeleri, kriz yönetimi, eğitim ve öğretim, yönetim danışmanlığı uygulamalarının da çalışanların sağlığının sürdürülmesi için dikkate alınması, sağlık

alışanlarından bu konuda destek alınması gerekliliğini vurgulamıştır (31). Günümüzde sağlık çalışanları hastane dışı alanlarda da çalışmak ve diğer meslek yeleri ile işbirliği yapmak durumundadır.

Stres ve özellikle iş stresinin ruh sağlığına olan etkilerini belirleyen çalışmalar yapılmasının ve bu sonuçların verilen hizmetlere temel oluşturmasının önemi giderek artmaktadır. Ruh sağlığı çalışmalarının toplum ve çalışma alanı içinde yer alması, bu alanda yapılan araştırmaların desteklenmesi ve sağlık çalışanlarının alana yönelik bilgilerinin artırılması gerekmektedir. Yaşadığımız yüzyılda dünyada işyerlerinde ruh sağlığına yönelik çalışmalarının artmasına karşın Türkiye’de bu yönde yapılan çalışmalar yetersiz kalmaktadır (31).

Bu alışma, bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. RUH SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Bireyin bedensel sağlığındaki olumsuz değişiklik sosyal problemleri oluşturmakta, sosyal problemler ise stres yaratmakta ve ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (35, 76, 88).

Ruhsal yönden sağlıklı olmak toplumdaki topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte, çoğunlukla “Bireyin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olması” şeklinde kabul edilmektedir. Ruhsal bozukluk, bireyin çevresiyle uyumunu, iş veya okul işlevlerini bozar ve genellikle bireyin stresli olduğu durumlarda ortaya çıkar (6, 28, 35, 88, 101).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın biyolojik sorunları sağlık çalışanlarının daha çok çalışma alanında olmasına rağmen, psikososyal yönleri yeterince dikkate alınmamaktadır. Ruh sağlığı çalışanları, diğer tıp dalları ile daha çok işbirliği yaparak bireyin biyopsikososyal bir varlık olarak değerlendirilmesini sağlamalıdır (6, 28, 88).

Günümüzde hızlı kentleşme ve sanayileşme, yurt içi ve dışı göçler, aile yapısındaki değişiklikler, kültür çatışmaları, genel eğitim yetersizliği, sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar ruhsal sorunlar yaşayan insanların sayısının giderek artmasına neden olmaktadır (35, 76, 88).

4.2. RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ruh sağlığını etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalar, bireyin ruh sağlığının pek çok faktörden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Genel olarak ruhsal durumu etkileyen faktörler:

- ❖ Kalıtım, beden yapısı, hastalıklar (toksik, metabolik, enfeksiyon gibi), beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, travmalar gibi biyolojik etkenler,
- ❖ Çocukluk çağına ilişkin aşırı engellenmeler ve stres etkenleri;
 - Anne yoksunluğu, sevgi azlığı, ihmal ve reddedilme,
 - Çocuğun aşırı korunması, aşırı doyurulması,
 - Çocuğa özerklik tanınmaması ve bireyselliğinin gelişmesine fırsat verilmemesi,
 - Geçimsiz ya da parçalanmış aile,
 - Ahlak değerleri ve baskıları,
 - Özdeşim örneklerinin yokluğu, olumsuzluğu ya da yetersizliği,
 - Nörotik ya da psikotik anne babaya sahip olma,
 - Çocuğa erişilemeyecek amaçların yüklenmesi,
 - Eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği, uygunsuzluğu,
 - Gerçek ya da imgesel başarısızlıklar, gerçek ya da imgesel yitimler, çatışma ve saplantılar,
- ❖ Toplumun olumsuz eğitim ve yetiştirme gelenekleri, bir topluma ait olmama, yabancılaşma, topluma aşırı bağlanıp kendi bireyselliğini kaybetme, toplumsal stresler, hızlı sosyal değişimler, göçler, ağır toplumsal bunalımlar, baskılar, sosyal ve ekonomik yoksunluklar gibi toplumsal etkenler olarak sıralanabilir (6, 66).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ruh sağlığını etkileyen faktörlerden en çok stres ve iş stresinden bahsedilmektedir.

4.2.1. Stres

Stres, bir eylem ya da durumun birey üzerinde yarattığı fiziksel veya psikolojik zorlanmaya verilen tepkidir. Başka bir ifade ile stres, bireylerde meydana gelen ve onları normal faaliyetlerinden sapmaya zorlayan durum olarak tanımlanabilmektedir (118).

Başlangıçta fizik ve mühendislik bilimlerinde kullanılan stres kavramı daha sonra sosyal bilimlerde ve tıp alanında da kullanılmaya başlanmıştır (72). Eski tıp kaynaklarında stres sözcüğüne benzer anlamda kullanılan kelime “distres”tir ve Latince

“distringere” kelimesinden gelir. Aşırı çekme ve germe anlamına gelen bu kelime, tıp alanında hastalıklar sonucunda ortaya çıkan aşırı acı ve ağrıyı anlatmak için kullanılmıştır. Hipokrat bu kelimeyi bugünkü stres anlamında kullanmış, doğa gücünün hastalıkları iyileştirmediği durumlarda insanların “distres” içine düştüklerini, aşırı acı ve ağrı çektiklerini belirtmiştir. Tıp alanında stres sözcüğü ilk kez 19. yüzyılın ikinci yarısında ünlü Fransız fizyolojisti Claude Bernard tarafından kullanılmış ve “Organizmanın dengesini bozan uyarılar” olarak tanımlanmıştır. Aynı şekilde ünlü Alman fizyolojisti Pfluger, 1877 yılında stresi “Yaşamın gereksinimlerini doyumak ve karşılamak için organizmanın zararlı etkenlerden kaçıp korunması” olarak tanımlamıştır. Aynı yıllarda Belçikalı fizyolojist Frederico da stresi “Yaşayan organizmanın zararlı etkenlere karşı tepkisi” olarak ele almış ve bu tepkinin sonucunda organizmanın ya zararlı etkilerden kurtulacağı ya da hastalanacağını ileri sürmüştür. Canon stresörlere karşı organizmanın verdiği tepkiye “savaş ya da kaç” tepkisi adını vermiş ve bireyin stresörlere karşılaştıktan sonra yaptığı değerlendirme sonucu mücadele edemeyeceğine inandığı tehlikeli durumlardan kaçtığını veya başa çıkabileceğine inandığı tehlikeyle savaştığını belirtmiştir. Hans Selye ise stres kuramını organizmanın tepki mekanizmaları olarak belirtmiş ve buna “Genel Uyum Sendromu” adını vermiştir. Genel uyum sendromunda organizmanın stresörlere karşı tepkisi üç aşamada gelişir, bunlar; alarm, direnme ve tükenme tepkileri olarak sıralanmaktadır (8, 14, 63, 118).

4.2.1.1. Stres Kaynakları

İnsanın fizyolojik ve psikolojik dengesini bozan her etken, bir stres kaynağıdır. Uzun süreli stres bireylerin fizyolojik ve psikososyal süreçlerinde birtakım uyumsuzluklara, rahatsızlıklara ve değişik etkilenmelere yol açmaktadır (43, 52).

Stres bireyin kişilik özelliklerinden, baş etme örüntülerinden ya da çevresinden kaynaklanabilir. Dış koşullar ve zorluklar strese yol açarken, bizim davranışlarımız ve tepkilerimiz de aynı şekilde stres yaratabilir ve gelecekteki stresli olayları hazırlayabilir. Hangi streslerin dış zorlamadan kaynaklandığının, hangilerinin bireysel özelliklerimizle oluştuğunun bilinmesi stresle baş etmede çok önemlidir (42, 55, 62, 87, 109).

Stres kaynakları genel olarak aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

A. Fiziksel Stres Kaynakları

- ❖ Sıcak-Soğuk
- ❖ Gürültü
- ❖ Kötü çalışma şartları ve ortam
- ❖ Yangın
- ❖ Trafik
- ❖ Fiziksel şiddet
- ❖ Bireyin hasta veya rahatsız olması

B. Sosyal Stres Kaynakları

a) Sosyal, ekonomik ve politik koşullar

- ❖ İşsizlik
- ❖ Enflasyon
- ❖ Kira sorunu
- ❖ Vergiler
- ❖ Yüksek suç oranı
- ❖ Çevre kirliliği
- ❖ Teknolojik değişiklikler

b) Aile ortamı

- ❖ İş yükünün paylaşılmasında eşitsizlik
- ❖ Kıskançlık
- ❖ Cinsiyet rolleri
- ❖ Farklı değerler
- ❖ Ailede ölüm veya hastalık
- ❖ Farklı yaşam tarzları
- ❖ Maddi sorunlar

c) İş ve kariyer

- ❖ Yetiştirilmesi gereken işler
- ❖ Yanlış anlaşılmalr
- ❖ İş seyahatleri
- ❖ İşin bölünmesi
- ❖ Rekabet

- ❖ Kendini kabul ettirme çabası
- ❖ Eğitimin iş ile uyumsuzluğu

d) Bireylerarası ve çevresel ilişkiler

- ❖ Farklı değer yargıları
- ❖ Zorunluluklar
- ❖ Zaman yönetiminin etkin olmaması
- ❖ Kötü hizmet
- ❖ Sigara içen ve içmeyenler
- ❖ Kötü araba kullanma alışkanlıkları
- ❖ Sosyal beklentiler gibi çevremizdeki pek çok şey stres yaratıcı faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (8, 14, 43).

4.2.1.2. Stres ve Sağlık

Selye'ye göre insan er ya da geç yıpranacaktır ancak bireyin karşılaştığı olaylar stres yaratarak fiziksel ve psikolojik olarak enerjisini tüketmekte ve bu yıpranmayı hızlandırmaktadır (118).

Bugün birçok hastalığın oluşumunda ya da ilerlemesinde stresin önemli bir rolü olduğu ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Stres insan bedeninin fiziksel ve psikolojik yapısını bozabilmektedir. Uzun süren stres, kalp krizi, çarpıntı, hipertansiyon, migren, ülser, uyuşturucu-alkol-tütün kullanımı, aşırı yemek yeme, depresif bozukluk ve kas ağrıları gibi çok sayıda sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (63, 90).

Birçok sağlık uzmanı fiziksel hastalıkların % 50-70'lik bölümünün strese bağlı olarak ortaya çıktığını belirtmektedir. Stresle kalp hastalıkları arasındaki ilişki iyi bilinmektedir ve uzun süren stres; diyabet, ülser ve yüksek tansiyonla ilişkilendirilmektedir. Stres aynı zamanda, depresif bozukluklara, öfkeye, anksiyeteye, yorgunluğa, özgüvensizliğe ve düşük performansa neden olmaktadır. Bunların yanında, bir tür fiziksel, duygusal ve zihinsel bitmişlik durumu olan tükenmişliğe de neden olabilmektedir (118).

Stres ve fiziksel hastalık arasındaki en belirgin ilinti koroner kalp yetmezliği ile olmaktadır. Koroner kalp yetmezliği 60 yıl öncesine kadar sanayileşmiş ülkelerde çok sık karşılaşılmadığı için bilinmeyen bir hastalıkken bugün ABD'deki ölümlerin yarısına neden olmaktadır. Şu anda 45-55 yaş arasındaki her dört Amerikan erkeğinden birinin gelecek 10 yıl içinde kalp krizinden ölme riski olduğu belirtilmektedir. Koroner kalp yetmezliği vakalarının en fazla % 25'i obezite, sigara içme, genetik yatkınlık, yüksek kolesterol ve yüksek kan basıncı gibi bilinen risk faktörlerine bağlanabilmektedir. Gittikçe yaygınlaşan tıbbi kaniye göre kalan % 75'lik kesimde hastalığın oluşmasında iş ve yaşam stresinin büyük payı olduğu düşünülmektedir (31).

Strese maruz kalan bireylerin hayal kırıklığı, anksiyete ve depresyon yaşaması, ilaç bağımlılığına, hastaneye sevkler (hastanelerdeki yatakların %25'ten fazlası psikolojik problemlili hastalar tarafından kullanılmaktadır) ve ilerleyen durumlarda intihara neden olmaktadır (55, 118, 122).

Stresin insan sağlığına olumsuz etkileri ve sonuçları ile ilgili literatür doğrultusunda bu sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir:

A. Stresin Davranışsal Sonuçları: Aşırı alkol tüketimi stresin en sık görülen davranışsal sonucudur. Günlük sorunlardan kurtulmak için başvuru ve geçici bir rahatlık yaratan alkol, zamanla alışkanlık haline gelmektedir. Aynı durum sigara, uyuşturucu ve aşırı yemek için de söz konusudur (75).

B. Stresin Fizyolojik Sonuçları: İnsan bedeni hormonlar ve merkezi sinir sistemi aracılığı ile gereksinimlerini karşılamakta, iç ve dış ortamda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak ve böylece dengesini koruyabilmektedir. Birçok hastalığın stresle olan ilişkisi açıklanmıştır. Stresle ilgili bu hastalıklar; dolaşım sistemi (çarpıntı, kalp vuruş sayısında düzensizlik ve artış, göğüs ağrısı, hipertansiyon), sindirim sistemi (aşırı yeme, iştah kesilmesi, hazımsızlık, gastrit ve ülser gibi mide hastalıkları, kabızlık, kolit), üreme sistemi, iç salgı bezleri (troid salgı artması, diyabet) hastalıkları olarak belirtilmektedir. Ayrıca uzun süre stres altında kalmanın, bedenin bağışıklık sistemini zayıflatarak kansere neden olduğu belirtilmektedir (75).

C. Stresin Psikolojik Sonuçları: Stresin psikolojik belirtileri anksiyete bozukluğu, depresif duygulanıma bağlı işte başarısızlık, iş kaybı, bazı sorunlarla uzun süre uğraşma ve somatoform bozukluk şeklinde kendini göstermektedir (75).

4.2.2. Çalışma Yaşamında Stres

Günümüzde hızlı sosyokültürel, ekonomik ve teknolojik değişimler, bilim alanındaki yeni gelişmeler ve buluşlar, özellikle demokratik düşünceler, insan haklarındaki gelişmeler insanların yaşam biçimlerini de etkilemektedir. Kırsal alanlardan kentlere doğru göç olayları, artan gereksinimler, haberleşme ve ulaşım alanlarında kaydedilen gelişmeler hem insanların birbirlerine daha kısa sürede ulaşmalarına hem de birbirlerinden daha çok etkilenmelerine yol açmaktadır (31, 52, 104, 121).

Küreselleşme, pek çok sorunu beraberinde getirmiştir. İnsanların yoğun biçimde bir arada yaşamaları, fiziksel yakınlığı artırırken psikolojik olarak birbirlerinden uzaklaşmalarına yol açmıştır. Giderek formal ilişkilerin yer aldığı bir kalabalığın oluşması söz konusudur. Bu kalabalık içinde yaşama zorunluluğu, insanları daha çok sayıda kurallara uymaya ve daha çok sosyal baskı altında yaşamaya zorlamıştır. Yoğun baskı ve zorlamalar insanın belirli sistemlerinde ve işlevlerinde değişikliklere yol açmaktadır (19, 31, 65, 67, 104).

İnsan ilişkilerinin daha mekanikleştiği dünyada, tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş, tarım toplumunun dinginliği yerine sanayi toplumunun hareketliliği, rekabetin ve yan yollarının artması gibi çeşitli etkenler ruhsal bozuklukların artmasına neden olmaktadır (19, 31).

Toplumsal yaşamın değişimiyle birlikte günümüzde çalışma yaşamından kaynaklanan stres faktörleri de farklılaşmaktadır. Bu faktörler;

Değişim; ABD, Batı Avrupa gibi endüstrileşmiş toplumlarda veya aralarında Türkiye'nin de bulunduğu endüstrileşmekte olan toplumlarda stres doğurucu en önemli

etkenlerden biri sosyal hareketlilik. Günümüzde yaşanan hızlı ekonomik değişime, dış alım ve satımın liberalleşmesine işletmelerin ayak uydurabilmeleri ve varlıklarını koruyabilmeleri için yapılarını ve üretim yöntemlerini değiştirmeleri gerekmektedir. Bu sürekli değişim zorunluluğu önce örgütsel daha sonra da bireysel streslerin gelişmesine yol açmaktadır (31).

Başarmak/kazanmak; iş dünyasında rekabetin artması, bireylerin bireysel özelliklerini ve uzmanlık alanlarını geliştirmek için sürekli çaba harcaması, fark yaratmak için başarı çitasını yükseltmek zorunda kalması stres faktörünü artırmaktadır (14, 31, 94).

Makineleşme Bağımlılığı; makineleşmenin, çalışanların sağlığı üzerine etkisi, son yıllarda sağlık ve ergonomi alanındaki araştırmaların önemli bir konusunu oluşturmaktadır. Makinelerin sürekli kullanımına bağlı bağımlıklar bazı durumlarda öylesine artar ki, yaşamı kolaylaştırdığına, çevreyi kontrol ettiğine inanılan araçların gerçekte basit birçok işi karmaşaya soktuğu görülmemektedir (14, 31, 52, 94).

Psikososyal Etmenler; çalışma yaşamındaki psikososyal etmenleri, çalışma ortamı, işin yapısı ve kapsamı, çalışma koşulları gibi işe ilişkin öğelerle; yetenekler, gereksinimler, alışkanlıklar, kültürel konum, çalışma dışındaki yaşam koşulları gibi insana ilişkin öğelerin etkileşimi belirlemektedir. Bu etkileşimin belirlediği psikososyal etmenler sağlık, iş başarısı ve iş doyumunu etkilemektedir (31).

4.2.2.1. İş Stresi

Stres yaşamın her evresindedir. Özellikle de çalışan ve günün sekiz saatini işyerinde geçiren bireyler için iş stresi sağlığın korunmasında dikkate alınması gereken önemli bir etkidir. İş stresi, bireyi olumsuz etkileyerek iş performansının düşmesine, işe yabancılaşmasına, kalitenin azalmasına, verimsizliğin çoğalmasına, iş kazalarına neden olabilmektedir. İş stresine neden olan faktörler:

A) Çevresel Koşullar ve İşin Doğasından Kaynaklanan Faktörler

- ❖ Kötü çalışma koşulları

- ❖ Vardiyalı çalışma
- ❖ Uzun çalışma saatleri
- ❖ Sürekli seyahat
- ❖ Tehlikeli ve riskli işler
- ❖ İş yükü fazlalığı-azlığı

B)Örgütsel Rollerden Kaynaklanan Faktörler

- ❖ Rol belirsizliği
- ❖ Rol çatışması

C) Kariyer Gelişim İle İlgili Faktörler

- ❖ Özelliklerinin yetmeyeceği bir işe terfi etme
- ❖ Hak ettiğini elde edememe
- ❖ İşini kaybetme korkusu

D) Örgüt Yapısı İle İlgili Olan Faktörler

- ❖ Amaçlar
- ❖ İş bölümü
- ❖ Kademe sayısının fazlalığı, hiyerarşik yapı
- ❖ Örgüt büyüklüğü
- ❖ İletişim kanalları ile ilgili sorunlar olarak sıralanabilir (5, 52, 62, 67, 94).

4.2.2.1.1. İş Stresinin Olası Sonuçları

İş stresi, işin insan üzerinde oluşturduğu baskı olarak tanımlanabilmekte ve sağlık problemlerine neden olmaktadır. İş stresi bireyler için olduğu kadar kurumlar için de sorunlara yol açmakta ve giderek toplumun sağlığını etkilemektedir (30, 52, 71, 124).

İnsanların çoğu uyanık kaldıkları saatlerin büyük bölümünü evlerinden çok işyerlerinde geçirmektedir. Bu sürenin sıkıntılı biçimde geçirilmesi bireyin ailesi ve arkadaşları ile olan ilişkilerini de kapsayan tüm sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (30, 71, 102).

İş stresine bağlı en sık karşılaşılan sorunlar; kalp - damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi ağrıları, mide - bağırsak sorunları, bağışıklık sisteminin direncinin azalması, kronik yorgunluk, depresif yakınmalar, anksiyete bozukluğu ve kronik ağrı şeklinde gözlenebilmektedir (30, 52, 71, 124).

4.3. STRES / İŞ STRESİNİN NEDEN OLDUĞU RUHSAL SORUNLAR

Yapılan araştırmalar stresin psikolojik belirtileri arasında en sık anksiyete bozukluğu, depresif duygulanım ve somatoform bozuklukların görüldüğünü belirtmektedir. Stres ve iş stresine yönelik çalışmalarda bu bozuklukların dikkate alınması ve elde edilen sonuçların uygulamalara yansıtılması önemlidir (75).

4.3.1. Somatoform Bozukluk

Somatoform bozukluğun klasik tanımı, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtiler üzerinden ifade bulmasıdır. Bazen de kısaca “organik nedeni olmayan bedensel yakınmalar” olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal sıkıntı ve gerginlik uygun biçimde ifade yolu bulamadığında birey bunun için bedenini kullanmakta ve sıkıntısını 'bedenselleştirmekte' yani bedeniyle ifade etmektedir (6, 28, 88).

Toplumda, bu hastalığa ömür boyu yakalanma riski % 0.1-0.5'tir. Kadınlarda 5-20 kat daha çok görülür (88, 113).

Somatoform bozukluk 30 yaşından önce başlamakta ve yıllar süren kronik bir seyir göstermektedir. Bedensel yakınmalar için genellikle ruh sağlığı uzmanlarına başvurulmadığı için, bireyin yakınmalarının kronikleşmesi söz konusudur. Ayrıca bu durum çok miktarda ilaç kullanımına ve gereksiz tedavi masraflarına yol açmaktadır (6, 28, 96).

Somatoform bozukluk, gerek yaygın olması gerekse de neden olduğu işlev kayıpları ve yüksek sağlık harcamaları nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Pratisyen hekimlere başvuruların % 5-10'unu oluşturur (88, 113).

Somatoform bozukluk, fiziksel muayene ve laboratuvar incelemeleri ile yeterince açıklanamayan çok sayıda bedensel belirtinin bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır. Hastaların öykülerinde en dikkat çekici nokta birçok açıklanamamış yakınmanın olmasıdır. Bu hastaların dikkat çekici bir özellikleri de sağlık hizmetlerini beklenenden fazla kullanmalarıdır. Poliklinik muayeneleri ve hastane yatışlarının fazlalığı dikkat çekebilir (28, 35, 99, 108).

Somatoform bozukluğa çoğunlukla başka bir psikiyatrik hastalık da ilave olur. Somatoform bozukluk ile bir arada görülen diğer ruhsal bozukluklar depresyon, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluklarıdır. Fobileri ve panik bozukluğu olan hastalarda da benzer belirtiler olabilir. Ancak somatoform bozukluğun, diğer ruhsal bozukluklara yüksek oranda eşlik etse de, depresyon ve diğer ruhsal bozukluklardan ayrı bir tanı grubu olarak değerlendirilmesi gerektiğine işaret edilmektedir (28, 80, 86, 96, 99).

Birinci basamakta saptanan depresyon ve anksiyete hastalarının % 85'inde somatik yakınmalar vardır. Araştırmalara göre birinci basamak sağlık hizmetlerindeki tedavi ekibine başvuranların yarısında psikososyal sorunlar görülmektedir. Somatik formdaki psikososyal sorunların aile hekimlerinin zamanının yarısını doldurduğu düşünülmektedir (11, 28, 96, 108).

Somatoform bozukluğun etyolojisi aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- ❖ Psikodinamik görüş: Yasaklanmış dürtülerin bastırılması ve bu dürtülere eşlik eden duygusal enerjinin bedensel belirtilere dönüştürülmesi ile ortaya çıkmaktadır. Böylece çocukluk yıllarından başlayarak yaşanan üzüntülü olaylar, bastırılmış dürtüler sembolik olarak fiziksel belirtilere dönüştürülerek iç çatışmanın yaratacağı anksiyete yatıştırılır.
- ❖ Sosyal öğrenme kuramı: Hasta duygularını sözel olarak anlatmak yerine, fiziksel yakınmalar ve belirtiler aracılığı ile anlatmayı ailesinden ve yakın çevresinden öğrenmiştir. Bu belirtiler sevilen bireylerden destek ve bakım almanın, sıkıntıyı ifade etmenin daha kabul edilebilir bir yoludur.

- ❖ Genetik ve ailesel etkenler: Bu bozuklukta genetik yatkınlığın olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Ailesinde somatoform bozukluk tanısı olan bireylerde hastalığın görülme sıklığı daha fazladır.
- ❖ Biyokimyasal etkenler: Somatoform bozukluğu olan bireylerde çeşitli biyolojik etkenlerinin rolünün olduğu belirtilmektedir. Bu bozukluğa bazı nörolojik belirtiler ya da nörolojik bozukluklar eşlik edebilmektedir (35, 96, 99, 108, 113, 114).

Somatoform bozukluk tedavi edilmezse bireylerin günlük üretim ve davranışlarında bozulmalara yol açarak, eğitimlerine devam edememelerine, işlerinde başarısız olmalarına, sosyal aktivitelerden uzaklaşmalarına, özellikle ağırlı durumlardaki gereksiz ilaç kullanımlarına, bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (28, 35).

4.3.1.1. Somatoform Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları

Somatoform bozukluk biyolojik bir bozukluk olarak ele alınmakta ve tedavisinin de sadece biyolojik yollarla yapılabileceği düşünülmektedir. Ancak bu yanlış bir kanıdır (88, 96, 108).

Somatik yakınmalarla başvuran hastaların tedavisine pek çok farklı yaklaşım olmakla birlikte en sık; aynı sağlık ekibi ile düzenli görüşmeler, tedavi edici bir ilişki geliştirilmesi ve davranışsal teknikler üzerinde durulmaktadır. Hastanın bedensel yakınmalarının gerçekliğinin sorgulanması yararlıdır. Bu tür çabalar genelde hastanın tedavi ekibini yetersiz olarak değerlendirmesine neden olmaktadır (11, 108, 114).

Somatoform bozukluklarda psikoterapiler oldukça önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Bir yıllık bir psikoterapi sürecinde tedavi şansı % 80'e kadar çıkmaktadır. Bu süreçteki amaç; somatik belirtilere dönük düşünce ve yorumu azaltma, yaşantısındaki stres odaklarına ilişkin destekleyici tutumları sorgulama, duygu-düşünce-belirti arasındaki kısır döngü ve ilişkiyi anlamasına yardımcı olma, duygularını

sözelleştirmesini cesaretlendirme, yeni ilgi alanlarına yönlendirme, psikososyal düzenleme ve destek sağlamaktır (114).

Hastaya yaklaşımda uyulması gerekli ilkeler genel olarak aşağıdaki gibidir;

- ❖ Ayda bir 15 dakika gibi düzenli aralıklardaki yüzeysel görüşmelerde yapılacak durum değerlendirilmesi, hastanın gereksinim duyduğu ilgiyi yeni belirtiler çıkarmadan elde etmesini sağlar. Bu izlem görüşmelerinin sıklığı hastalığın ağırlığına göre belirlenebilir. Başlangıçta üç-dört haftada birden daha uzun aralıklar seçilmez. Bu görüşmelerle amaçlanan hastanın tetkik istekleri, yeni doktorlara gitmesi ve acil başvurularını önce azaltıp sonra kesmesidir. Dört-altı haftada bir düzenli görüşmeler ayarlanması, "gerektiğinde" yapılacak görüşmelerden kaçınılması, her görüşmede genel bir fizik inceleme yapılması, bulgulara yakınmalardan daha fazla değer verilmesi, kesin gerekli değilse tanısıl yöntemler ve hastaneye yatırmaktan kaçınılması, belirti gelişiminin bilinçli olmadığı bilmesi ve hastaya "hepsi sizin kafanızda" gibi açıklamalar yapılmaması gerekmektedir.
- ❖ Bazı hastalarda bilişsel-davranışçı grup terapileri kullanılabilir. Spastik kolon, kronik idiyopatik yüz ağrısı ve kardiyak olmayan göğüs ağrısı olan hastalarla bilişsel davranışçı tedavi uygulamalarının yararlı olduğunu bildiren yayınlar vardır, grup terapilerinde hastanın yanlış inanç ve davranışlarını saptayıp değiştirme amaçlanır. Stresle baş etme, sorun çözme konusunda genel öneriler ve sosyal beceri eğitimleri verilebilir. Ayrıca hastanın yaşamındaki özgül stres nedenlerini azaltmaya yönelik yaşam tarzı önerileri verilebilir. Evlilik çatışmalarıyla baş etme ve aile sistemi içi ilişkileri sağlıklı hale getirme öncelikli başlıklar arasındadır.
- ❖ Hastalara düzenli fizik egzersiz önerilmelidir. Bandajlar, sıcak-soğuk uygulamalar, gevşeme teknikleri, masaj, kuma gömme, kaplıcalar gibi ilaç dışı tedaviler kabul gören zararsız yöntemler olup bu hastalarda denenmelidirler. Hastaların yakınmalarını bütünüyle yok etmek genelde yeni bir yakınmanın ortaya çıkmasına neden olabildiğinden bundan kaçınmak ve bunun yerine hastaya yakınmalarıyla baş etmesini öğretmek gereklidir (88, 108, 114).

Somatoform bozukluğun tedavi sürecinde destekleyici ve güven verici yaklaşım gerekir. Hastanın yakınmaları açıklanmalı ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Gereksiz ilaç kullanımı, gevşeme egzersizleri ve bilişsel-davranışçı yöntemler seçilmelidir (28).

4.3.2. Panik Bozukluk

Somatik belirtilerin de eşlik ettiği yoğun korku ya da rahatsızlık dönemlerine panik bozukluk denmektedir (88, 111).

Panik bozukluktaki atak sırasında ortaya çıkabilecek belirtiler;

- ❖ Dispne ya da boğulma hissi (nefes darlığı),
- ❖ Baş dönmesi, düşecek ya da bayılacak gibi olma,
- ❖ Palpitasyon ya da taşikardi,
- ❖ Titreme ya da sarsılma,
- ❖ Terleme,
- ❖ Soluğun kesilmesi,
- ❖ Bulantı ya da karın ağrısı,
- ❖ Uyuşma ya da karıncalanma (paresteziler),
- ❖ Kızarma (ateş basması) ya da ürperme,
- ❖ Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi,
- ❖ Ölüm korkusu,
- ❖ Çıldırma ya da elinde olmadan bir şeyler yapma korkusudur (18, 111).

Panik bozukluktaki atak genellikle 10 dakika içinde hızla en şiddetli düzeye ulaşmakta, 20-30 dakikada yavaş yavaş, bazen de aniden kendiliğinden düzelmektedir. Atakların 1-1.5 saat kadar devam etmesi çok ender olarak görülmektedir (18, 20).

Panik bozukluk için yaşam boyu hastalanma riskinin % 1.5-3, bir yıllık prevalansın ise % 1-2 civarında olduğu düşünülmektedir. Her yaşta görülebilirse de, hastalığın başlangıcı genellikle adolesan dönemin sonu ile genç erişkinlik döneminin başlangıcı olan 20'li yaşlara denk gelmektedir (111).

Panik bozukluk hastaları yaşadıklarını "kalp krizi geçirmek, aklını yitirmek, kontrolünü kaybetmek, o anda ölmek" şeklinde tanımlamaktadırlar. Nöbet geldiğinde hemen acil ünitelerine koşular, EKG ve diğer tıbbi tahliller yaptırılır; fakat organik bir şey saptanmaz. Doktor doktor dolaşılır, en son aşamada psikiyatriste başvurulur. Psikiyatri dışı hekimlerin bu hastaları psikiyatriste göndermeleri önemlidir. Çünkü nöbetler sırasında yaşanan korkulu, dehşet dolu dakikalar tekrarlanır anksiyetesi ile hastalar zamanla yalnız başına bir yere gidememeye, vasıtalara binememeye, sürekli kendilerini dinlemeye başlar. Her an kötü bir şey yaşayacakları endişesiyle kendilerini en rahat hissettikleri ortamdaki ayrılmamaya dikkat ederler. Yanlarında ilaç, su, tansiyon aleti vs. taşımaya başlar, işlerine gidemez ve çalışamaz hale gelirler. Ciddi mesleki ve sosyal işlev kayıplarının ardından zamanla depresyon gelişebilmektedir. Bu nedenle panik atakla psikiyatri dışı bir hekime başvuran hastanın fiziksel muayenesi ve tetikleri normal çıkıyorsa, hastaya durumunun psikolojik kökenli olabileceği açıklanarak psikiyatriste yönlendirilmesi gerekmektedir (11, 18, 20, 63).

Panik bozukluk, psikososyal faktörlerin etkisiyle yenileme eğilimi gösteren kronik bir hastalıktır. Erken tanı konur ve iyi tedavi edilirse, iyileşme şansı artmaktadır. Hastalar % 30-40 oranında tamamen, % 50 oranında kısmen iyileşmekte, hastaların % 10-20'si ise tedaviden yararlanmamaktadır. 5-10 yıllık hastalarda bile uygun tedavilerle aynı iyilik haline ulaşabilmek mümkün olabilmektedir (18, 20, 63, 111).

4.3.2.1. Panik Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları

Tedavide farmakolojik ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlara başvurulur. Hastanın somatik belirtiler hakkındaki yanlış yorumlarının ve panik atakların süresi ve sonuçları ile ilgili yanlış fikirlerinin düzeltilmesine yönelik *bilişsel*, panik atak esnasında uygulanabilecek gevşeme ve nefes alma egzersizlerini öğreten, ayrıca korkulan durumlarla hastayı yüzleştirerek duyarsızlaştırmayı amaçlayan *davranışçı* yaklaşımlar da en az psikofarmakoloji kadar etkilidir. İdeal olan psikofarmakoloji ile bilişsel-davranışçı tedavilerinin birlikte uygulanmasıdır (18, 63, 69).

Panik bozuklukta tedaviler;

- ❖ Biyolojik geri besleme (Biofeedback)
- ❖ Bilişsel-davranışçı tedavi
- ❖ İlaç
- ❖ Psikoterapiler olarak sıralanabilmektedir (18, 63, 69).

4.3.3. Depresif Bozukluk

Depresyon sözcük anlamıyla “çöküş, alçalma” demektir. İnsanın biyopsikososyal bütünlüğü içindeki yaşamını en etkin biçimde yönlendiren ruhsal dengenin işleyişinde bir bozulma ve buna bağlı olarak da biyopsikososyal sisteminin gerek kendi içindeki, gerekse dış dünya ile arasındaki işlevsel dengede bir bozulma söz konusudur (64, 84, 117, 120).

Depresyonun belirtileri;

- ❖ Çökkün mizaç
- ❖ İlgi ve haz alımının azalması
- ❖ Kilo kaybı ya da artışı
- ❖ Uyku sorunları
- ❖ Ajitasyon veya retardasyon
- ❖ Yorgunluk
- ❖ Suçluluk duygusu
- ❖ Konsantrasyon sorunu
- ❖ Ölüm veya intihar düşünceleri olarak sıralanabilmektedir (58, 88, 116, 120).

Açık bir şekilde tıbbi hastalıklara ait olan mizaç belirtileriyle, mizaca uymayan hezeyan ve halüsinasyon durumları bu semptomlar arasında sayılmaz (64, 113, 120).

Depresif bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski % 13-20 iken majör depresif bozukluğun yaşam boyu hastalanma riski % 3.7-6 arasındadır. Kadınlarda ve erkeklerde hastalığın en sık görüldüğü yaş dilimi 25 ile 44 arasındadır. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (64, 97, 120).

Depresyon için risk faktörleri; aile geçmişi, yaşam olayları, kişilik, menapoz, postpartum dönem, sosyal ilişkilerde yakın ilişki azlığı olarak sıralanabilir (58, 64, 88, 120).

Depresyonu tetikleyici faktörler arasında yer alan psikolojik stresler ise;

- ❖ Bireyin yaşamında önemli olan birey ya da nesnelere kaybı,
- ❖ Bireyin içgüdüsel dürtüleri ile yaşadığı toplumun temel kuralları ve yasakları arasında kalmasından doğan çatışma,
- ❖ Bireyin içgüdüsel gereksinimleri ve beklentilerini gerçekleştiremediğinin farkına varmasından doğan düş kırıklıklarıdır (12, 58, 84, 120).

Depresyon birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık görülmesine ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açmasına karşın, tanı ve tedavi sürecinde eksiklikler yaşanmaktadır (84, 97, 113).

4.3.3.1. Depresif Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları

Depresyon için tedavi yaklaşımları aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir;

- ❖ Farmakolojik tedavi; antidepresanlar,
- ❖ Elektroşok (elektro konvulsif) tedavisi,
- ❖ Fototerapi,
- ❖ Farmakolojik olmayan tedaviler,
 - Psikoterapi,
 - Bilişsel-davranışçı terapi,
 - Evlilik ve aile terapisi (58, 64, 88, 117).

Ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar somatoform bozukluk, panik bozukluk ve depresif bozuklukların birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olduğunu belirtmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu bozukluklarla karşılaşma sıklığının yüksek olmasına rağmen bu alandaki tedavi ve sevk basamaklarının iyi uygulanmadığı ve sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (11, 97, 108).

4.4. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bir ülkenin sağlık hizmetlerinin bel kemiğidir. Bireylere ilk başvuru noktasında sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler bu kapsamdadır. Bu hizmetler, evde, işyerinde ve ayaktan sunulmalı, herkesin erişip kullanabileceği bir niteliğe sahip olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri iyi yapılandırılmamış ülkelerde ikinci ve üçüncü basamak hizmetler ne kadar ileri teknolojik donanıma, ne kadar bilgili sağlık çalışanlarına sahip olursa olsun, sağlık hizmetlerinin iyiliğinden söz etmek mümkün değildir (36, 42).

Birinci basamak sağlık hizmetleri birey ve gruplara sunulan üç düzeydeki koruyucu hizmeti içermektedir. Bu hizmetler bazen bireysel bazen de örgütsel düzeyde sunulabilmektedir (36, 42).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruma düzeyleri genel olarak aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir:

Birincil Koruma; birey ve grupların sağlığını daha iyiye götürmeyi ve bazı özel önlemlerle optimal düzeydeki korumayı amaçlayan çalışmaları içermektedir. Sağlığı koruma ve geliştirmeyi amaçlayan bu aşamada bireysel çalışmaların yanı sıra disiplinler arası işbirliği de gerekmektedir (36, 42, 86).

İkincil Koruma; iki aşamada gerçekleşmektedir:

- ❖ Birinci aşama; erken tanı aşaması olup, gebeler, bebekler, okul çocukları, işçiler, yaşlılar gibi risk gruplarının periyodik sağlık muayeneleri, kitle sağlık taramaları ile hastalıkların klinik öncesinde saptanmasını içermektedir.
- ❖ İkinci aşama; erken sağaltım aşaması olup, hastalığın klinik belirti vermeden ya da komplikasyon gelişmeden iyileşmesini içermektedir (36, 42, 86).

Üçüncül Koruma; önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve kronik hastalıkları olan bireylere sunulan rehabilitasyon hizmetlerini kapsayan korumadır (36, 42, 86).

4.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı (Toplum Ruh Sağlığı)

Ülkemizin, toplumun kültürel, ekonomik ve sosyal yapısından kaynaklanan ciddi halk sağlığı ve ruh sağlığı sorunları olduğu bilinmektedir. Bu sorunlar;

- ❖ Ülkemizde çocuklara eğitim veren kurumlar ve ailelerin çocuğun ruh sağlığı yönünden uygun bir ortamda yetişmesini sağlayacak donanımlarının yetersizliği,
- ❖ Genç nüfusta sigara, alkol ve ilaç kullanımında ve suça yönelmede artış olması,
- ❖ Yetişkinlerde iş bulma zorluğu, sosyal güvence eksikliği, iş stresinin yarattığı ağır ruhsal baskılar,
- ❖ Geleneksel aile yapısından çekirdek aile yapısına hızlı bir geçişin yaşanması ve yaşlıların sorunlarının giderek artmasından kaynaklanmaktadır (79).

Bu dört alandaki ruh sağlığı sorunlarının artmasına karşın, sağlık hizmetleri önleyici ve ruh sağlığını koruyucu çalışmalar yerine tedavi edici hizmetlere yoğunlaşmaktadır (79).

DSÖ, 2001 Dünya Sağlık Raporu'nda ülkelerin ruh sağlığı konusunda izleyebileceği öneriler sunmuştur. Bu önerilerden biri “temel sağlık hizmetlerinde tedavinin sağlanması” olarak ele alınmaktadır (125).

Temel sağlık hizmetlerinde tedavinin sağlanması: ortaya çıkan ruhsal bozuklukların temel sağlık hizmetleri kapsamında yönlendirmesi, tedavisi ve yönetilmesi çok sayıda insanın hizmetten daha kolay ve hızlı biçimde yararlanmasını sağlayacaktır. Temel sağlık hizmetlerindeki tedavinin sağlanması, tedavi ve erken tanı olanaklarını geliştirecek, uygun izleme gereksiz ve uygun olmayan tedavi sayısını azaltacaktır. Bunu yapabilmek için, temel sağlık hizmetlerini sağlayan genel sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ile ilgili önemli konularda eğitilmesi gerekmektedir (125).

4.4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda da iyileştirmek amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ile bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitilmesinden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (42).

Hemşirelik, kavramsal modelini, çevre-insan-sağlık-hastalık yönünde çizmesine karşın, uygulamalarını hastalık odağında sürdürmektedir (80).

Koruyucu hizmetlerin bireye hastalanmadan ulaştırıldığı için tedavi hizmetlerinden hem daha ekonomik hem de daha yararlı olduğu bilinmektedir. Sağlık çalışanları bireyin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmek, hastalıkları önlemek, hastalanan bireylere ayırım yapmadan en üst düzeyde sağlık bakımını sağlamak yükümlülüğünde olmalarına karşın, tedavi odaklı yaklaşım politikaları koruyucu, önleyici ve rehabilite edici çalışmalara yeterince ağırlık vermemektedir (78).

4.4.2.1. Toplum Ruh Sağlığı /Psikiyatri Hemşireliği

Toplum ruh sağlığı/psikiyatri hemşiresi, ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen, sağlam ya da hasta bireyin psikolojik durumunu algılayıp davranışlarını değerlendirebilen, bireyin psikolojik gereksinimleri kavrayabilen, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir (49, 103).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, birey aile ve toplumun yaşamını hastalık ve sağlık diye ayırmaksızın, çevresiyle bir bütünlük içinde görerek, sağlık hizmetine ekip anlayışı içinde yaklaşarak, öncelikle sağlığı korumak, geliştirmek, hasta olanların tedavisine yardımcı olmak ve rehabilitasyon hizmetlerine katkıda bulunmak amacındadır (112).

Toplum içinde, toplumla iç içe çalışmakla yükümlü olan hemşire, hastayı ya da risk altındaki bireyi kendi ev ve iş ortamında görme şansına sahip sağlık çalışanıdır. Bu nedenle bireyi, fizik, biyolojik ve sosyal çevresi, ilişkide olduğu diğer insanlarla birlikte gözleyerek bireyin yaşamının ruhsal ve sosyal boyutlarını daha gerçekçi biçimde incelemek ve değerlendirmek durumundadır (24, 26, 40).

Duygusal ve psikolojik bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceği bilinmektedir. Örneğin yas süreci ve ardından gelen depresyonun, bulaşıcı hastalık etkeni, kanser ve akut kalp yetmezliğine karşı duyarlılığın artmasına neden olan bağışıklık düzeyinde azalma ile ilişkisi olabileceği belirtilmektedir. Kanserle depresyonla başlayabildiği, depresyonun akut miyokard enfarktüsünün başlangıç belirtisi olabileceği araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirmek ve çalışanlarda bireysel risk faktörü analizi yapmak durumundadır (24, 112).

Bazı davranış biçimleri akut ya da kronik bozukluklara yol açabilir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, gençlerimizin çoğunun mutsuzluk, doyumsuzluk ve uyumsuzluk belirtileri gösterdiği anlaşılmaktadır. Alkolizm, sigara ve ilaç bağımlılığı giderek artmaktadır. Alkol, nikotin ya da ilaç kullanımının akciğer kanseri, sindirim sistemi, karaciğer hastalıkları ya da hipertansiyon gibi ağır sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hemşiresinin insan davranışının sosyal ve duygusal boyutlarını anlaması ve bireyin sağlık yönetiminde rol alarak, ilgili kurum, kuruluş ve bireylerle iş birliği içinde çalışması temel görevlerinden biridir (41, 56).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi;

- ❖ Kendini tanımalı,
- ❖ Terapotik ortamlar oluşturmalı,
- ❖ Hemşire-hasta ilişkisi kurabilmeli,
- ❖ Hemşirelik sürecini kullanmalıdır (66, 81, 89).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolleri:

- ❖ Terapist/Danışman,
- ❖ Eğitici,
- ❖ Konsültan,
- ❖ Araştırıcı,
- ❖ Yönetici,
- ❖ Bireyin hakkını savunan ve gelişimine katkı veren,
- ❖ Terapotik toplumsal çalışmalar yapan,
- ❖ Rehabilitasyon sağlayan olarak sıralanabilmektedir (81, 89).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin işlevleri üç kategoride ele alınmaktadır:

Birincil işlevler; gelecekte var olacak psikiyatrik sorunları önlemek amacıyla, çeşitli sağlık meslek grupları ile iş birliği yaparak gerçekleştirilecek koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin (sağlık eğitimi, danışmanlık vs.) tümünü kapsar (37, 81, 103).

İkincil işlevler; doğrudan doğruya hastanın fiziksel ve ruhsal bakımını gerektiren işlevlerdir. Hastaların temel gereksinimlerine dayanır. Hemşirelik sürecinin uygulanması ile gerçekleştirilir (37, 81, 103).

Üçüncül işlevler; daha çok mesleki eğitim, yönetim, araştırma, rehabilitasyon ve taburcu olan hastaların evde bakım programlarını organize ederek topluma uyumlarını kolaylaştırmada aile ve ilgili kuruluşlarla işbirliğini içerir (37, 81, 103).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi hizmetlerinin her aşamasında hemşirelik sürecini kullanmaktadır. Hemşirelik süreci, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan sistematik bir süreçtir. Toplum ruh sağlığı hemşireliği süreci bunların yanı sıra, insanı psikososyal bir bütün olarak değerlendirmektedir.

Toplum ruh sağlığı hemşireliği süreci:

- ❖ Teori geliştirme,
- ❖ Veri toplama,

- ❖ Tanı koyma,
- ❖ Planlama,
- ❖ Uygulama
 - Psikoterapötik girişimler
 - Sağlık eğitimi
 - Günlük yaşam aktiviteleri
 - Somatik tedaviler
 - Tedavi edici ortam
 - Psikoterapi
 - Disiplinler arası işbirliği
 - Toplumun sağlık sistemlerinin kullanımı
 - Araştırma
 - Hizmet içi eğitim
- ❖ Değerlendirme olarak sıralanabilir (40, 66, 81, 84, 103).

Ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir biçimde sunumu için sadece sağlık çalışanlarının çabasının yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Bu nedenle sektörler arası işbirliğine de gerek duyulmaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi diğer gruplarla da eşgüdüm halinde çalışarak, sağlık sektörünün Sağlık Bakanlığı'ndan en uç kuruluşlarında çalışanlara kadar her düzeyden, diğer kamu sektörlerinden, diğer hemşirelik disiplinlerinden ve gönüllü kuruluşlardan gelecek öneri ve istekleri dikkate alıp, bakım hizmetine yansıtmak durumundadır. Bunlar arasında endüstriyel sektörler, işyerleri ve ofisler de yer almalıdır (26, 37, 56). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin iş birliği içinde olması gereken bir diğer hemşirelik disiplini de iş sağlığı hemşireliğidir.

4.4.1.2. İş Sağlığı Hemşireliği

İş sağlığı hemşiresi birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir hemşire olup hizmet verdiği çalışanlar birinci basamak sağlık hizmeti alan bireyler olarak değerlendirilmektedir (110).

İnsan yaşamının üçte birinin geçtiği ortamlar olarak işyerleri sağlık alanında önemli bir yer almaktadır. Bu nedenle iş sağlığı, sağlığı korumak ve geliştirmek için işyerlerinde sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve iş yaşamındaki tehlikelere karşı insan sağlığını korumayı hedeflemektedir (41, 93, 110).

İş sağlığı hemşireliği, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamını sürdürmek, çalışanların sağlığını geliştirmek için hemşirelik ilkelerinin uygulanması olup, hastalık ve yaralanmaların tanı, tedavisi ve korunması üzerinde durur (26, 41).

İş sağlığı hemşiresinin rolleri:

- ❖ Uygulayıcı rolü,
 - Sağlığın değerlendirilmesi;
 - İşe giriş muayenesi,
 - Periyodik muayene,
 - İşyeri sağlık birimine herhangi bir nedenle başvuran bireylerin muayenesi.
 - İş kazalarının, meslek hastalıklarının önlenmesini ve bakımını sağlamaktır.
- ❖ Eğitimci rolü,
 - Sağlık birimine her gelen bireye başvuru nedenine yönelik bire bir eğitim,
 - Sağlığı geliştirilmesi, korunması ve sağlık kaynaklarının kullanılmasına yönelik,
 - İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin,
 - Psikolojik desteğe ilişkin eğitimler.
- ❖ Danışmanlık rolü,
 - İşe giriş muayenesinde saptanan sağlık öyküsüne yönelik,
 - İşin yapısı ve işe uyuma yönelik danışmanlıklar.
- ❖ Araştırmacı rolü,
 - İş koluna yönelik sağlığı geliştirici araştırmalar,
 - İşyerinde çalışanların özellikleri yönelik araştırmalar,
 - İşyeri hemşireliğine uygulanabilecek geliştirici araştırmalar.
- ❖ Yönetici rolü,
 - İş sağlığı ile ilgili diğer meslek ve kurumlar ile işbirliği

- Sağlık ve sosyal kurum çalışmaları,
- Sağlığın yönetimidir (40, 41, 86).

Çalışma yaşamındaki psikososyal etmenler bireyin bedensel ve ruhsal sağlığını, iş başarısı ve iş doyumunu etkilemektedir. Bu etmenlerden biri stresin psikolojik belirtileri arasında anksiyete bozukluğu, depresif duygulanım ve somatoform bozukluk belirtiler sayılabilmektedir. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan, stres-iş stresine bağlı gelişebilecek hastalıklar olarak belirtilmektedir (31, 75).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yaklaşık % 10-15'i ruhsal sıkıntı tanısı almaktadır. Birinci basamakta tanılanamayan hasta hem maddi hem de ruhsal yönden ilave sıkıntılar yaşamakta, tedavi süreci uzayarak hastalığı ilerletmekte ve tüm bu nedenlerle hem bireysel hem de toplumsal sağlık maliyeti artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ruhsal sıkıntılarının tanılanması ve sevki için diğer sağlık çalışanları ile işbirliği içinde çalışması gerekmektedir.

Bu çalışma, bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve elde edilen bilgilerin toplum ruh sağlığı ve iş sağlığı hemşireliği hizmetlerinde uygulamaya geçirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu çalışma, bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir çağrı merkezinde çalışan 1875 birey oluşturmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örnekleme, evreni oluşturan 1875 bireyi istatistiksel olarak temsil edebilecek olasılıklı örnekleme yöntemlerinden sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 460 çalışandan oluşmaktadır.

5.3.1. Araştırmanın Yapıldığı İşyerinin Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı işyeri bir çağrı merkezidir. Çağrı merkezlerinde insan kaynakları, finans, bilgi sistemleri gibi destek bölümlerin dışında kalan ve asıl iş gücünü oluşturan çalışanlar müşteri temsilcileridir. Çağrı merkezlerinde müşteri temsilcilerinin çalışma şekli iş stresini etkileyen birçok faktörü içermektedir. Bunlar; vardiyalı çalışma, resmi tatil-hafta sonu gibi zamanlarda nöbete kalma, iş yoğunluğu olduğunda hafta tatili yapmama, çalışılan zaman dilimi üzerinden maaş alma ve buna bağlı düzensiz gelire sahip olma, yemek ve ihtiyaç molalarının sınırlandırılmış olması, açık ofis sisteminde bir salonun içinde yüzlerce kişi ile aynı yerde çalışma, performans kriterleri içinde dakika bazlı çağrı cevaplama ve mola kullanımlarının değerlendirilmesi, sürekli oturarak çalışma, kulaklık kullanma, sürekli monitöre bakarak çalışma ve hareket kısıtlılığı gibi stres yaratan faktörlerdir.

5.3.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri;

- ❖ Çağrı alan bölümlerde çalışma (müşteri temsilcisi olma),
- ❖ 18 yaşından büyük olma,
- ❖ Psikiyatrik bir tanı nedeni ile tedavisi bulunmama,
- ❖ Araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayandırılarak geliştirilen, demografik ve bireysel özellikleri içeren “Bilgi Formu” (Ek:1) ve Robert Spitzer ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş, Aytül Çorapçıoğlu Özdemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Türkiye kültür uyarlaması ve geçerlilik çalışmaları yapılmış “KıSA Ölçeği” (Ek:2) kullanılmıştır.

5.4.1. Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen ve 15 sorudan oluşan bilgi formu, uzman görüşüne sunulmuş olup, gerekli düzenlemelerden sonra uygulamaya konulmuştur.

Bilgi formunda işyerinde çalışan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, son iş yerindeki çalışma süresi ve toplam çalışma süresi, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı bireyler, alkol-sigara kullanımı, doktora gitme sıklığı ve nedeni, ilaç kullanım sıklığı, sosyal faaliyetlere katılım, tanılanmış hastalık ve kendisini en çok hangi ortamda gergin/stresli hissettiğine yönelik sorular yer almaktadır.

5.4.2. KıSA Ölçeği

KıSA, Robert Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Türkiye için uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2000 yılında, Prof. Dr. Aytül

Çorapçioğlu Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. KıSA'nın orijinali olan Patient Health Questionnaire (PHQ), birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını (somatoform bozukluk, majör ve minör depresyon, panik bozukluk) belirlemek amacı ile geliştirilmiş ilk kendini değerlendirme yöntemi ile tanı koyma ölçeğidir (33).

KıSA'nın birinci bölümü, somatoform bozukluk ön tanısı ile ilgili toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar, “hiç sorun yaşamadım”, “bir miktar sorun yaşadım” ve “oldukça sorun yaşadım” olmak üzere 3 düzeyli ordinal ölçekte (4) sıralanmıştır.

Ayrıca bireyin bu belirtilerinin bir organik hastalıkla ilişkili olabileceğini düşündürecek, doktora başvuru öyküsü ve tanı konulmuş organik hastalıklara ilişkin dört ek soru sorulmuştur (33).

Tüm sorulardan en az üçünün “oldukça sorun yaşadım” seçeneğinin işaretlenmiş olması ve tanılanmış organik hastalık olmaması durumunda somatoform bozukluk ön tanısı konulmuştur (33).

Organik hastalığı bulunan bireylerde ise, var olduğu belirtilen organik hastalıklarla ilişkili ya da organik hastalığa bağlı belirtiler hariç bırakılarak diğer var olan belirtilere göre de değerlendirme yapılmıştır. Örneğin, hipertansiyonu olan bir birey 13 belirtiden üçüne “oldukça sorun yaşadım” cevabı vermişse, KıSA kriterlerine göre somatoform bozukluk tanısı alırken “oldukça sorun yaşadım” yanıtı semptomlardan birisi baş ağrısı ise somatoform bozukluk ön tanısı yok olarak değerlendirilmiştir (33).

KıSA formunun ikinci bölümü depresif bozukluk ön tanısı ile ilgili toplam dokuz sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar “hiç”, “bir kaç gün”, “bir haftadan daha fazla” ve “hemen hemen her gün” olmak üzere dört düzeyli ordinal ölçekte (4) sıralanmıştır. Bu sorular arasından ilk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan en az beşinin cevabının “bir haftadan daha fazla” ve “hemen hemen her gün” olarak işaretlenmesi durumunda majör depresif ön tanısı konulmuştur (33).

İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan iki-dördünün “bir haftadan daha fazla” ve “hemen hemen her gün” olarak işaretlenmesi durumunda ise minör depresif ön tanısı konulmuştur (33).

KıSA formunun üçüncü bölümü panik bozukluk ön tanısı ile ilgili toplam beş sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar “evet” ve “hayır” olmak üzere dikotom ölçekte (4) değerlendirilmiştir. Tüm soruların “evet” olması durumunda panik bozukluk ön tanısı konulmuştur (33).

Değerlendirmelerin en sonunda sorulan soruda da bireye kendisinde var olan belirtilerin klinik anlamlılığı “Şu ana kadar cevaplamış olduğunuz sorulardaki herhangi bir problem diğer insanlarla olan ilişkilerinizi, evde ve işte gereken sorumluluklarınızı yerine getirmenizi ne kadar etkiledi?” sorusu ile sorulmuştur. Bu sorunun yanıtı dikkate alınarak tedavi gereksinimi belirlenmeye çalışılmıştır (33).

Bireyin sorulara verdiği yanıtlar sonucunda yaygın fiziksel belirtiler, depresif bozukluk ya da panik bozukluk alanlarında bir sorun olduğuna ilişkin öngörü sahibi olunmakta ancak kesin tanı klinisyenin yaptığı değerlendirmeler sonucu konulmaktadır. KıSA birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan, ruh sağlığı sorunları ile karşılaşan ve yönlendirmede güçlük çeken sağlık çalışanları için ön belirleyici olarak kullanılmaktadır (33).

KıSA ölçeğinin araştırmamız için iç tutarlılık kat sayısı majör depresif bozuklukta Kappa:0.462, minör depresif bozuklukta Kappa:0.421, panik bozuklukta Kappa:0.563, somatoform bozuklukta Kappa:0.482 olarak bulunmuştur.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma yapılmadan önce, çalışmanın yapılacağı işyerinin yetkililerinden araştırma için yazılı izin alınmıştır (Ek-3). İzin sonrası şirketin insan kaynaklarından tüm çalışanların listesi alınarak bu listeden iş stresine yönelik çalışma yapılacağı için stres faktörünün çok değişkenli olmaması nedeni ile aynı işi yapan bireylerin listesi

oluşturulmuştur. Bu liste üzerinden olasılıklı örnekleme yöntemlerinden sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak listedeki üçüncü ve n katsayılarında bulunan bireyler seçilmiştir. Araştırmaya katılma bireylerin isteğine bırakılmış ve kabul etmeyen birey olursa listeden bir sonraki birey seçilmiştir. Bu bireylere gerekli açıklamalar yapılarak KıSA leği verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Ölçek tüm işyeri çalışanları tarafından araştırmacının yanında doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının cevaplanma süresi ortalama yedi dakikadır.

5.6. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir (4).

6. BULGULAR

6.1. Çalışanların Demografik ve Kişisel Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışanların demografik ve kişisel özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=460)

Demografik Özellikler		n	%
Yaş	19-23 arası	170	37
	24-28 arası	254	55,2
	29-33 arası	31	6,8
	34 ve üzeri	5	1
	Toplam	460	100
Cinsiyet	Kadın	326	70,9
	Erkek	134	29,1
	Toplam	460	100
Medeni Durum	Evli	50	10,9
	Bekar	410	89,1
	Toplam	460	100
Eğitim Durumu	Lise	64	13,9
	Üniversite	311	67,6
	Yüksek lisans	8	1,7
	Üniversite öğrencisi	77	16,7
	Toplam	460	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi, çalışanların (n=460) yaşları 19 ile 40 yaş arasında değişmekte olup ortalaması 24.62 ± 2.84 ’tür. Çalışanların % 55.2’si (n=254) 24-28 yaş grubundadır.

Çalışanların % 70.9'u (n=326) kadın, % 29.1'i (n=134) erkektir (Tablo 1).

Çalışanların % 10.9'u (n=50) evli iken; % 89.1'i (n=410) bekindir (Tablo 1).

Çalışanların % 13.9'u (n=64) lise mezunu, % 67.6'sı (n=311) üniversite mezunu, % 1.7'si (n=8) yüksek lisans mezunu iken; % 16.7'si (n=77) üniversite öğrencisidir (Tablo 1).

Tablo 2: Çalışanların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=460)

Kişisel Özellikler		n	%
Kurumda Çalışma Süresi	0-1 yıl	244	53,1
	2-3 yıl	163	35,4
	4 ve üstü	53	11,5
	Toplam	460	100
Toplam Çalışma Süresi	0-1 yıl	103	22,4
	2-5 yıl	248	54
	6-9 yıl	85	18,4
	10 yıl ve üzeri	24	5,2
	Toplam	460	100
Gelir Düzeyi	Düşük	349	75,9
	Orta	111	24,1
	Yüksek	-	-
	Toplam	460	100
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	41	8,9
	Aile	295	64,1
	Ev arkadaşları	124	27
	Toplam	460	100

Tablo 2'de görüldüğü gibi, kurum bünyesinde çalışma süresi 6 ay ve altı ile 6 yıl ve altı arasında değişmekte olup; % 53.1'i (n=244) 0-1 yıl arasında kurumda çalışmaktadır. Ortalama kurumda çalışma süresi 1.80 ± 1.27 yıldır.

Toplam çalışma süresi 6 ay ve altı ile 20 yıl ve altı arasında değişmekte olup; % 54'ü (n=248) 2-5 yıl arasında çalışmaktadır. Ortalama toplam çalışma süresi 4.06 ± 3.03 yıldır (Tablo 2).

Çalışanların % 75.9'u (n=349) gelir düzeyinin düşük olduğunu belirtirken; % 24.1'i (n=111) gelir düzeyini orta düzeyde olarak belirtmiştir. Yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirten çalışan bulunmamaktadır (Tablo 2).

Çalışanların % 8.9'u (n=41) yalnız yaşadığını; % 64.1'i (n=295) ailesi ve % 27'si (n=124) ev arkadaşları ile yaşamakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Çalışanların Alkol ve Sigara Kullanımına Göre Dağılımı (N=460)

Özellikler		n	%
Alkol Kullanımı	Yok	239	52
	Haftada 1 ve daha az	150	32,5
	Haftada 2-3 kez	67	14,5
	Haftada 4 ve daha fazla	4	1
	Toplam	460	100
Sigara Kullanımı	Yok	177	38,5
	Günde yarım paket ve daha az	139	30,2
	Günde 1 paket	109	23,7
	Günde 1 paketten fazla	35	7,6
	Toplam	460	100

Tablo 3'de görüldüğü gibi, çalışanların % 52'si (n=239) alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanan çalışanların % 32,5'i (n=150) haftada bir ve daha az, % 14,5'ü (n=67) haftada iki-üç kez, % 1'i (n=4) ise haftada dört ve daha fazla miktarda alkol kullandığını belirtmiştir.

Çalışanların % 38.5'sinin sigara kullanmadığı, % 30,2'sinin (n=139) günde yarım paket ve yarım paketten daha az sigara içtiği; % 23,7'sinin (n=109) günde bir

paket ve % 7,6'sının (n=35) ise günde bir paketten daha fazla miktarda sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Çalışanların Doktora Gitme Sıklığı ve Nedenleri, İlaç Kullanım Sıklığı ve Önceden Tanılanmış Hastalık Varlığının Dağılımı (N=460)

Özellikler		n	%
Doktora Gitme Sıklığı	Haftada 1	173	37,6
	Ayda 2	108	23,5
	Yılda 1	179	38,9
	Toplam	460	100
Doktora Gitme Nedeni	Nefes darlığı/çarpıntı	44	9,6
	Baş ağrısı	137	29,8
	Halsizlik	73	15,9
	Mide rahatsızlıkları	118	25,7
	Kas-iskelet ağrısı	88	19,1
	Toplam	460	100
İlaç Kullanım Sıklığı	Haftada 1	61	13,3
	Haftada 4-5	95	20,7
	Ayda 1	304	66
	Toplam	460	100
Önceden Tanılanmış Hastalık	Var	89	19,3
	Yok	371	80,7
	Toplam	460	100

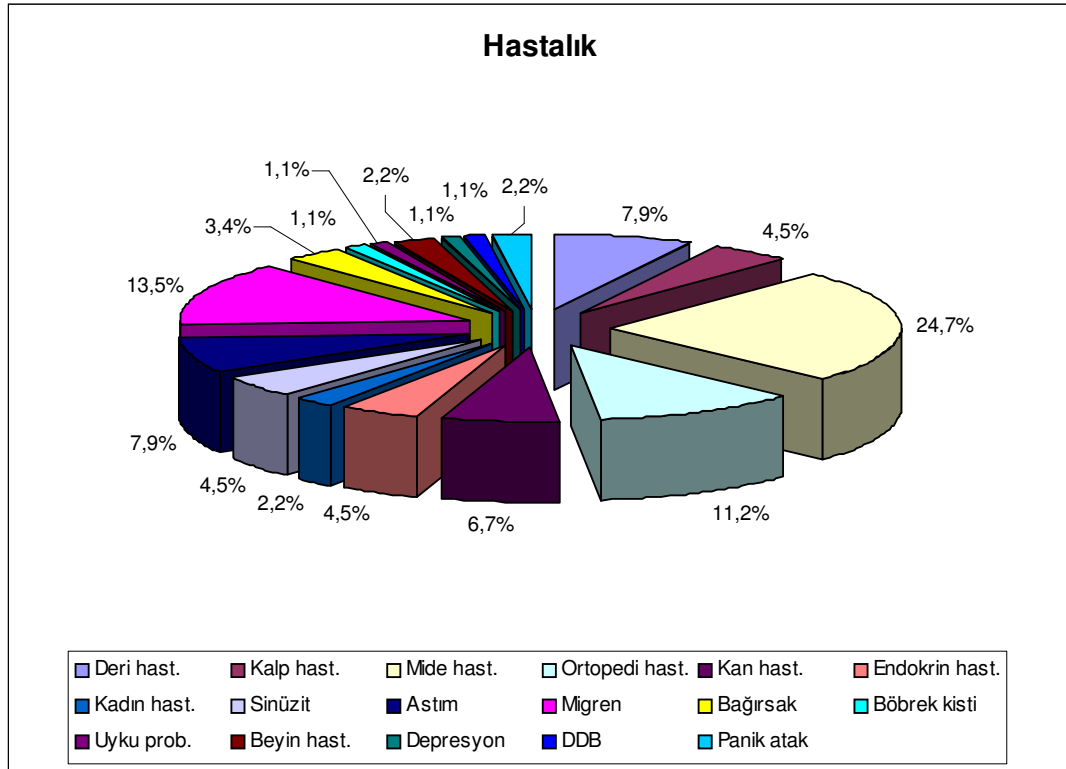
Çalışanların % 37.6'sının (n=173) haftada bir kez, % 23.5'inin (n=108) ayda bir kez ve % 38.9'unun (n=179) yılda bir kez doktora gittiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Çalışanların doktora gitme nedenlerinin dağılımına baktığımızda; % 9.6'sı (n=44) nefes darlığı/çarpıntı, % 29.8'i (n=137) baş ağrısı, % 15.9'u (n=73) halsizlik, % 25.7'si (n=118) mide rahatsızlıkları ve % 19.1'i (n=88) kas/iskelet ağrıları nedeniyle doktora gittiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Çalışanların % 13.3'ü (n=61) haftada bir kez ilaç kullanırken; % 20.7'si (n=94) haftada dört-beş kez ve % 66.1'i (n=304) ayda bir kez ilaç kullandığını belirtmiştir (Tablo 4).

Çalışanların % 80.7'sinin (n=371) önceden tanılanmış bir hastalığı bulunmazken; % 19.3'ünün (n=89) tanılanmış bir hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4).

Şekil 1: Önceden Tanılanmış Hastalığı Olan Çalışanların Hastalıklarının Dağılımı (n=89)



Şekil 1'de görüldüğü gibi önceden tanılanmış hastalıkların birçoğu somatoform bozukluk ya da ruhsal bozukluk belirtilerine yönelik hastalıklardır. Çalışanların önceden tanılanmış hastalıkları mide hastalıkları, ortopedik sorunlar, migren ve deri hastalıklarıdır.

Tablo 5: Çalışanların Sosyal Aktivitelere Katılım Sıklığı ve Kendilerini En Çok Stresli Hissettikleri Yere Göre Dağılımı (N=460)

Özellikler		n	%
Sosyal Aktivitelere Katılma	Haftada 1	90	19,6
	Haftada 4-5	248	53,9
	Ayda 1	122	26,5
	Toplam	460	100
En Çok Stresli Hissedilen Yer	İş	355	77,2
	Ev	45	9,8
	Okul	18	3,9
	Sosyal ortamlar	42	9,1
	Toplam	460	100

Tablo 5’de görüldüğü gibi, çalışanların % 19.6’sı (n=90) sosyal aktivitelere katılma sıklığını haftada bir kez olarak belirtirken; % 53.9’u (n=248) haftada dört-beş kez ve % 26.5’i (n=122) ayda bir kez sosyal aktivitelere katıldığını belirtmiştir.

Çalışanların % 77.2’si (n=355) kendini en çok iş yerinde, % 9.8’i (n=45) evde, % 3.9’u (n=18) okulda ve % 9.1’i (n=42) sosyal ortamlarda kendini stresli/gergin hissettiğini ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6: Çalışanların Ruhsal Bozukluk Belirtileri ve Bu Belirtilerden Etkilenme Düzeyine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
KıSA Ölçeğine Göre Ruhsal Bozukluk Belirtileri	Minör depresif boz. belirtisi	61	13,3
	Majör depresif boz. belirtisi	49	10,6
	Somatoform boz. belirtisi	46	10
	Panik boz. belirtisi	29	6,3
	Belirtisi olmayan	275	59,8
	Toplam	460	100
KıSA Ölçeğine Göre Ruhsal Bozukluk Belirtileri Gösteren (n=185) Bireylerin Belirtilerden Etkilenme Düzeyi	Hiç etkilenmedi	33	17,8
	Biraz	104	56,2
	Oldukça fazla	42	22,8
	Aşırı derecede	6	3,2
	Toplam	185	100

Araştırmamızda çalışanların % 13.3'ünde (n=61) KıSA sonucuna göre minör depresif bozukluk belirtisi, % 10.7'sinde (n=49) majör depresif bozukluk belirtisi, % 10'unda (n=46) somatoform bozukluk belirtisi ve % 6.3'ünde (n=29) panik bozukluk belirtisi bulunurken; % 59.8'nin (n=275) herhangi bir ruhsal bozukluk belirtisi göstermediği bulunmuştur (Tablo 6).

Ruhsal bozukluk belirtisi olan (n=185) çalışanların % 17.8'i (n=33) bu belirtilerden hiç etkilenmediğini ifade ederken; % 56.2'si (n=104) biraz etkilendiğini, % 22.7'si (n=42) oldukça fazla düzeyde etkilendiğini ve % 3.2'si (n=6) aşırı derecede etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 6).

6.2. Çalışanların Demografik ve Kişisel Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Bu bölümde KISA ölçeğine göre minör depresif bozukluk, majör depresif bozukluk, panik bozukluk, somatoform bozukluk belirtileri olan ve ruhsal bozukluk belirtisi olmayan çalışanların demografik ve kişisel özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 7: Çalışanların Demografik Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi

Demografik Özellikler		Minör Depresif		Majör Depresif		Somatoform		Panik Boz. Bel.		Belirtisi Olmayan		Test İst.; p
		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	19-23 arası (n=170)	23	13,5	14	8,2	10	5,8	13	7,8	110	64,7	$F:0,486$ $p:0,746^*$
	24-28 arası (n=254)	33	13	31	12,2	16	6,3	31	12,2	143	56,3	
	29-33 arası (n=31)	4	13	4	13	3	9,6	2	6,4	18	58	
	34 ve üzeri (n=5)	1	20	---	---	---	---	---	---	4	80	
Cinsiyet	Kadın (n=326)	46	14,1	35	10,7	43	13,2	27	8,3	175	53,7	$\chi^2:25,919$ $p:0,001^{**}$
	Erkek (n=134)	15	11,2	14	10,4	3	2,2	2	1,5	100	74,6	
Medeni Durum	Evli (n=50)	5	10	4	8	8	16	2	4	31	62	$\chi^2:3,358$ $p:0,500^*$
	Bekar (n=410)	56	13,7	45	11	38	9,3	27	6,6	244	59,5	
Eğitim Durumu	Lise (n=64)	12	18,8	5	7,8	5	7,8	2	3,1	40	62,5	$\chi^2:19,530$ $p:0,077^*$
	Üniversite (n=311)	38	12,2	35	11,3	33	10,6	21	6,8	184	59,2	
	Yüksek lisans (n=8)	---	---	2	66,7	---	---	---	---	1	33,3	
	Üniv. öğrenci (n=77)	10	13	5	6,5	7	9,1	6	7,8	49	63,6	
<i>F: Oneway ANOVA testi</i>		χ^2 : Ki-kare testi				* $p<0.05$ düzeyinde				anlamlı		
** $p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı												

Tablo 7’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum ve eğitim durumu ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Cinsiyet ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) (Tablo 7).

Kadın çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi görülme oranı % 13.2 (n=43); erkek çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi görülme oranı % 2.2 (n=3) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Yine kadın çalışanlarda panik bozukluk belirtisi görülme oranı % 8.3 (n=27); erkek çalışanlarda panik bozukluk belirtisi görülme oranı % 1.5 (n=2) olarak belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Erkek çalışanlarda belirtisi olmayan birey oranı % 74.6 (n=100); kadın çalışanlarda belirtisi olmayan birey oranı % 53.7 (n=75) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir fark olduğu bulunmaktadır (Tablo 7).

Tablo 8: Çalışanların Kişisel Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi

Kişisel Özellikler		Minör Depresif		Majör Depresif		Somatoform		Panik		Belirtisi		Test İst.; p
		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Olmayan		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kurumda Çalışma Süresi	0-1 yıl (n=244)	26	10,6	23	9,4	15	6,2	24	9,9	156	63,9	<i>KW:8,604</i> <i>p:0,072*</i>
	2-3 yıl (n=163)	28	17,1	18	11,1	11	6,8	14	8,6	92	56,4	
	4 ve üstü (n=53)	7	13,2	8	15,1	3	5,6	8	15,1	27	51	
Toplam Çalışma Süresi	0-1 yıl (n=103)	15	14,6	8	7,7	2	1,9	11	10,7	67	65,1	<i>KW:5,139</i> <i>p:0,273*</i>
	2-5 yıl (n=248)	30	12,1	27	10,9	17	6,8	23	9,3	151	60,9	
	6-9 yıl (n=85)	12	14,1	12	14,1	9	10,6	11	13	41	48,2	
	10 yıl ve üzeri (n=24)	4	16,6	2	8,3	1	4,2	1	4,2	16	66,7	
Gelir Düzeyi	Düşük (n=349)	43	12,3	37	10,6	34	9,7	20	5,7	215	61,6	<i>χ²:2,621</i> <i>p:0,623*</i>
	Orta (n=111)	18	16,2	12	10,8	12	10,8	9	8,1	60	54,1	
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız (n=42)	5	12,2	5	12,2	4	9,8	5	12,2	22	53,7	<i>χ²:17,048</i> <i>p:0,030**</i>
	Aile (n=295)	40	13,6	30	10,2	38	12,9	21	7,1	166	56,3	
	Ev arkadaşı (n=124)	16	12,9	14	11,3	4	3,2	3	2,4	87	70,2	
<i>KW: Kruskal Wallis Testi</i>		<i>χ²: Ki-kare testi</i>										
<i>* p<0.05 düzeyinde anlamlı</i>		<i>** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı</i>										

Tablo 8’de görüldüğü gibi, kurum bünyesinde çalışma süresi, toplam çalışma süresi ve gelir düzeyi ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Birlikte yaşanan bireyler ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=17.048$, $p=0.030$) (Tablo 8).

Ev arkadaşları ile yaşayan çalışanlarda somatoform bozukluk % 3.2 (n=4) ve panik bozukluk belirtisi % 2.4 (n=3) olup, yalnız ve ailesiyle yaşayan çalışanlarda somatoform ve panik bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=17.048$, $p=0.030$) şekilde düşüktür (Tablo 8).

Yine ev arkadaşları ile yaşayan çalışanlarda belirtisi olmayan birey oranı % 70.2 (n=87) olup, yalnız (% 53.7, n=22) ve ailesiyle yaşayan (% 56.3, n=166) birey oranından anlamlı şekilde yüksektir ($\chi^2=17.048$, $p=0.030$) (Tablo 8).

Tablo 9: Çalışanların Alkol ve Sigara Kullanımı ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi

Özellikler		Minör Depresif		Majör Depresif		Somatoform		Panik Boz.		Belirtisi		Test İst.; p
		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Boz. Bel.		Bel.		Olmayan		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alkol Kullanımı	Var (n=221)	51	23,1	40	18,1	29	13,1	26	11,8	75	33,9	$\chi^2:124,846$ $p:0,001$
	Yok (n=239)	10	4,2	9	3,8	17	7,1	3	1,3	200	83,7	
Alkol Kullanım Sıklığı	Haftada 1 ve daha az (n=150)	33	22	13	8,7	22	14,7	17	11,3	65	43,3	$\chi^2:43,837$ $p:0,001$
	Haftada 2-3 kez (n=67)	18	26,9	26	38,8	5	7,5	8	11,9	10	14,9	
	Haftada 4 ve daha fazla (n=4)	---	---	1	25	2	50	1	25,0	---	---	
Sigara Kullanımı	Var (n=283)	61	21,6	49	17,3	46	16,3	29	10,2	98	34,6	$\chi^2:193,546$ $p:0,001$
	Yok (n=177)	---	---	---	---	---	---	---	---	177	100	
Sigara Kullanım Sıklığı	Günde yarım paket ve az (n=139)	20	14,4	21	15,1	25	18	15	10,8	58	41,7	$\chi^2:29,350$ $p:0,001$
	Günde 1 paket (n=109)	29	26,6	15	13,8	16	14,7	10	9,2	39	35,8	
	Günde 1 paketten fazla (n=35)	12	34,3	13	37,1	5	14,3	4	11,4	1	2,9	

χ^2 : Ki-kare testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi, alkol kullanımı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=124.846$, $p=0.001$).

Alkol kullanan çalışanlarda minör depresif bozukluk belirtisi (% 23.1, $n=51$), majör depresif bozukluk belirtisi (% 18.1, $n=40$), somatoform bozukluk belirtisi (% 13.1, $n=29$) ve panik bozukluk belirtisi (% 11.8, $n=26$) görülme oranı; alkol kullanmayan çalışanlarda bu belirtilerin görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=124.846$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 9).

Alkol kullanım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=43.837$, $p=0.001$) (Tablo 9).

Haftada bir ve daha az miktarda alkol kullanan çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi (% 8.7, $n=13$) görülme oranı, haftada iki-üç kez (% 38.8, $n=26$) ve haftada dört ile daha fazla miktarda (% 25, $n=1$) alkol kullanan çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=43.837$, $p=0.001$) şekilde düşüktür (Tablo 9).

Haftada dört kez ve daha fazla miktarda alkol kullanan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi (% 50, $n=2$) ve panik bozukluk belirtisi (% 25, $n=1$) görülme oranı; haftada bir kez ve altında alkol kullanan çalışanlar ile haftada iki-üç kez alkol kullanan çalışanlarda somatoform ve panik bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=43.837$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 9).

Sigara kullanımı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=193.546$, $p=0.001$) (Tablo 9).

Sigara kullanmayan çalışanların tamamında ($n=177$) ruhsal bozukluk belirtisi bulunmazken; sigara kullanan çalışanların % 21.6’sına ($n=61$) minör depresif bozukluk belirtisi, % 17.3’üne ($n=49$) majör depresif bozukluk belirtisi, % 16.3’üne ($n=46$) somatoform bozukluk belirtisi ve % 10.2’sine ($n=29$) panik bozukluk belirtisi olduğu

belirlenmiştir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=193.546$, $p=0.001$) bir ilişki vardır (Tablo 9).

Sigara kullanım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=29.350$, $p=0.001$) (Tablo 9).

Günde bir paketten fazla sigara içen çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi (% 34.3, $n=12$) ve minör depresif bozukluk belirtisi (% 37.1, $n=13$) görülme oranları, günde yarım paket ve daha az sigara içen çalışanlar ile günde bir paket sigara içen çalışanlarda minör depresif ve majör depresif bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=29.350$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 9).

Günde bir paketten fazla sigara içen çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olmayanların oranı (% 2.9, $n=1$); günde yarım paket ve daha az sigara içen çalışanlar (% 41.7, $n=58$) ile günde bir paket sigara içen çalışanlarda (% 35.8, $n=39$) ruhsal bozukluk belirtisi olmayanların oranlarından anlamlı ($\chi^2=29.350$, $p=0.001$) şekilde düşüktür (Tablo 9).

Tablo 10: Çalışanların Doktora Gitme Sıklığı, Nedeni, İlaç Kullanım Sıklığı ve Önceden Tanılanmış Hastalık Varlığı ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi

Özellikler		Minör Depresif Boz. Bel.		Majör Depresif Boz. Bel.		Somatoform Boz. Bel.		Panik Boz. Bel.		Belirtisi Olmayan		Test İst.; p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doktora Gitme Sıklığı	Haftada 1 (n=173)	48	27,7	44	25,4	44	25,4	28	16,2	9	5,2	$\chi^2:361,200$ $p:0,001$
	Ayda 2 (n=108)	13	12	5	4,6	2	1,9	1	0,9	87	80,6	
	Yılda 3 (n=179)	---	---	---	---	---	---	---	---	179	100	
Doktora Gitme Nedeni	Nefes darlığı /çarpıntı (n=44)	---	---	3	6,8	6	13,6	18	40,9	17	38,6	$\chi^2:238,579$ $p:0,001$
	Baş ağrısı (n=137)	3	2,2	6	4,4	16	11,7	3	2,2	109	79,6	
	Halsizlik (n=73)	30	41,1	24	32,9	---	---	---	---	19	26	
	Mide rahatsız. (n=118)	20	16,9	13	11	12	10,2	5	4,2	68	57,6	
	Kas-iskelet ağrısı (n=88)	8	9,1	3	3,4	12	13,6	3	3,4	62	70,5	
İlaç Kullanım Sıklığı	Haftada 1 (n=61)	11	18	12	19,7	8	13,1	6	9,8	24	39,3	$\chi^2:271,192$ $p:0,001$
	Haftada 4-5 (n=94)	19	20	13	13,7	38	40	22	23,2	3	3,2	
	Ayda 1 (n=304)	31	10,2	24	7,9	---	---	1	0,3	248	81,6	
Tanımlı Hastalık	Var (n=89)	9	10,1	11	12,4	14	5,7	14	15,7	41	46,1	$\chi^2:23,775$ $p:0,001$
	Yok (n=371)	52	14	38	10,2	32	8,6	15	4	234	63,1	

χ^2 : Ki-kare testi

Tablo 10’da görüldüğü gibi, doktora gitme sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=361.200$, $p=0.001$).

Yılda bir kez doktora gittiğini söyleyen çalışanların tamamında ruhsal bozukluk belirtisi olmadığı belirlenirken; haftada bir doktora giden çalışanların % 27.7’sinde (n=48) minör depresif bozukluk belirtisi, % 25.4’ünde (n=44) majör depresif bozukluk belirtisi, % 25.4’ünde (n=44) somatoform bozukluk belirtisi ve % 16.2’sinde (n=28) panik bozukluk belirtisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Doktora gitme nedeni ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=238.579$, $p=0.001$) (Tablo 10).

Nefes darlığı/çarpıntı nedeniyle doktora giden çalışanlara panik bozukluk belirtisi oranı yüksekken (% 40.9, n=18); halsizlik nedeniyle doktora giden çalışanların % 41.1’inde (n=30) minör depresif bozukluk belirtisi ve % 32.9’unun (n=24) majör depresif bozukluk belirtisi gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca baş ağrısı şikayeti ile doktora başvuran çalışanların % 79.6’sında (n=109), mide rahatsızlıkları nedeniyle doktora başvuran çalışanların % 57.6’sında (n=68) ve kas-iskelet ağrıları nedeniyle doktora başvuran çalışanların % 70.5’inde (n=62) ruhsal bozukluk belirtisi belirlenmemiştir (Tablo 10).

İlaç kullanım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=271.192$, $p=0.001$) (Tablo 10).

Ayda bir kez ilaç kullanan çalışanların % 81.6’sında (n=248) ruhsal bozukluk belirtisi yoktur. Haftada 4-5 kez ilaç kullanan çalışanlara somatoform bozukluk belirtisi oranı % 40 (n=38) ve panik bozukluk belirtisi oranı % 23.2 (n=22) olup; daha az ilaç kullanan çalışanların oranlarından anlamlı ($\chi^2=271.192$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 10).

Önceden tanılanmış hastalık varlığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=23.775$, $p=0.001$) (Tablo 10).

Önceden tanılanmış hastalığı olan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 15.7 (n=14) ve panik bozukluk belirtisi % 15.7 (n=14) oranında olup; tanılanmış hastalığı olmayan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 8.6 (n=32) ve panik bozukluk belirtisi % 4 (n=15) oranında bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=23.775$, $p=0.001$) bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 10).

Tablo 11: Çalışanların Önceden Tanılanmış Hastalıklarına Göre Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin Dağılımı

Önceden Tanılanmış Hastalık	Minör Depresif Boz. Bel.		Majör Depresif Boz. Bel.		Somatoform Boz. Bel.		Panik Boz. Bel.		Belirtisi Olmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Deri hast. (n=7)	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	3	42,9
Kalp hast. (n=4)	---	---	2	50	---	---	1	25	1	25
Mide hast. (n=22)	4	18,2	1	4,5	5	22,7	2	9,1	10	45,5
Ortopedi hast. (n=10)	3	30	1	10	1	10	1	10	4	40
Kan hast. (n=6)	---	---	---	---	2	33,3	---	---	4	66,7
Endokrin hast. (n=4)	---	---	---	---	1	25	1	25	2	50
Kadın hast. (n=2)	---	---	---	---	---	---	1	50	1	50
Sinüzit (n=4)	---	---	---	---	---	---	1	25	3	75
Astım (n=7)	---	---	2	28,6	1	14,3	---	---	4	57,1
Migren (n=12)	---	---	1	8,3	1	8,3	3	25	7	58,3
Bağırsak (n=3)	---	---	---	---	2	66,7	---	---	1	33,3
Böbrek kisti (n=1)	---	---	---	---	---	---	---	---	1	100
Uyku prob. (n=1)	---	---	1	100	---	---	---	---	---	---
Beyin hast. (n=2)	1	50	---	---	---	---	1	50	---	---
Depresyon (n=1)	---	---	1	100	---	---	---	---	---	---
DDB (n=1)	---	---	1	100	---	---	---	---	---	---
Panik atak (n=2)	---	---	---	---	---	---	2	100	---	---

Tablo 11’de görüldüğü gibi daha önceden tanılanmış duygu durum bozukluğu ve depresyon tanısı olan iki bireyde KıSA ölçek sonucuna göre majör depresyon bozukluk belirtisi belirlenmiş, ayrıca daha önceden panik atak tanısı konulmuş iki bireyde KıSA ölçeği ile panik bozukluk belirtisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12: Çalışanların Sosyal Aktivitelere Katılım, Kendilerini En Çok Stresli Hissettikleri Yer ve Ruhsal Bozukluk Belirtilerinden Etkilenme Durumu ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin İlişkisi

Özellikler		Minör Depresif Boz. Bel.		Majör Depresif Boz. Bel.		Somatoform Boz. Bel.		Panik Boz. Bel.		Belirtisi Olmayan		Test İst.; p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sosyal Aktivitelere Katılma	Haftada 1 (n=90)	13	14,4	16	17,8	24	26,7	10	11,1	27	30	$\chi^2:403,69$ $p:0,001$
	Haftada 4-5 (n=248)	---	---	---	---	---	---	---	---	248	100	
	Ayda 1 (n= 122)	48	39,3	33	27	22	18	19	15,6	---	---	
En Çok Stresli Hissedilen Yer	İş (n=355)	51	14,4	42	11,8	40	11,3	29	8,2	193	54,4	$\chi^2:34,322$ $p:0,001$
	Ev (n=45)	1	2,2	1	2,2	2	4,4	---	---	41	91,1	
	Okul (n=18)	1	5,6	1	5,6	---	---	---	---	16	88,9	
	Sosyal ortamlar (n=42)	8	19	5	11,9	4	9,5	---	---	25	59,5	
Ruhsal Bozukluk Belirtilerinden Etkilenme Durumu	Hiç (n=33)	8	24,2	4	12,1	18	54,5	3	9,1	$\chi^2:42,544; p:0,001$		
	Biraz (n=104)	43	41,3	20	19,2	25	24	16	15,4			
	Oldukça fazla (n=42)	9	21,4	21	50	3	7,1	9	21,4			
	Aşırı derecede (n=6)	1	16,7	4	66,7	---	---	1	16,7			

χ^2 : Ki-kare testi

Tablo 12’de görüldüğü gibi, sosyal faaliyetlere katılım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=403.692$, $p=0.001$).

Haftada dört-beş kez sosyal faaliyetlere katılan çalışanların tamamı KıSA ölçeğine göre ruhsal bozukluk belirtisi göstermezken, ayda bir kez sosyal faaliyetlere katılan çalışanlarda minör depresif bozukluk belirtisi % 39.3 (n=48) ve majör depresif bozukluk belirtisi % 27 (n=33) oranında olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=403.692$, $p=0.001$) farklılık bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Çalışanların kendilerini en çok stresli hissettikleri yere göre ruhsal bozukluk belirtisi gösterme durumuna bakıldığında; kendisini en çok evde (% 91.1, n=41) ve okulda (% 88.9, n=16) stresli hissettiğini söyleyen çalışanların ruhsal bozukluk belirtisi olmadığı; kendisini en çok işte (% 14.4, n=51) ve sosyal ortamlarda (% 19.0, n=8) stresli hissettiğini söyleyen çalışanların ruhsal bozukluk belirtisi olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=34.322$, $p=0.001$) ilişki bulunduğu ve kendini iş yerinde stresli hissedenlerin daha çok (% 77, n=355) ruhsal bozukluk belirtisi gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 12).

Kendisini işyerinde stresli hissettiğini söyleyen çalışanlar ile KıSA ölçeğine göre ruhsal bozukluk belirtisi arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=34.322$, $p=0.001$) (Tablo 12).

İş stresi hisseden bireylerin % 14,4 (n=51) minör depresif bozukluk belirtisi, % 11,8 (n=42) majör depresif bozukluk belirtisi, % 11,3 (n=40) somatoform bozukluk belirtisi ve % 8,2 (n=29) panik bozukluk belirtisi gösterdiği bulunmuştur (Tablo 12).

Ruhsal bozukluk belirtisi ile çalışanların bu belirtilerden etkilenme düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=42.544$, $p=0.001$) (Tablo 12).

Ruhsal bozukluk belirtilerinden hiç etkilenmediğini söyleyen çalışanların % 54.5'inde (n=18) somatoform bozukluk belirtisi bulunurken, biraz etkilendiğini söyleyen çalışanların % 41.3'ünde (n=43) minör depresif bozukluk belirtisi, oldukça fazla etkilendiğini söyleyen çalışanların % 50'sinde (n=21) ve aşırı derecede etkilendiğini söyleyen çalışanların % 66.7'sinde (n=4) majör depresif bozukluk belirtisi bulunmuştur (Tablo 12).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bir işyerinde çalışan bireylerin ruhsal durumlarının kişisel özellikler ve iş stresinden kaynaklanan risk faktörleriyle ilişkilerini belirlemek için 460 kişi ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ve daha önce yapılan benzer çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. Çalışanların Demografik ve Kişisel Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda iş sağlığı hizmeti alan çalışanların (n=460) yaşları 19 ile 40 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 24.62 ± 2.84 'tür (Tablo 1).

Literatürde iş sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmeti olarak belirtilmekte olup temel sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin 15-49 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (53, 98). Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışanların % 75.9'u (n=349) gelir düzeyinin düşük olduğunu belirtirken; % 24.1'i (n=111) gelir düzeyini orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirten çalışan bulunmamaktadır (Tablo 2).

Dammen ve ark. (34), Ünal ve Özcan (119), Aslan ve Nazlıel (9), yöneticiler dışındaki çalışanların gelir düzeyinin genelde düşük ya da orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamız bulguları ile belirtilen çalışmaların verileri paralellik göstermektedir.

Ayrancı ve ark. (13), sosyoekonomik durumu yüksek olanların daha sık psikiyatrik tanı aldıklarını belirtmiştir. Ancak literatürde Erol ve ark. (44), Abiodun (1),

Baum ve ark. (16), Croudace ve ark. (27) ve Lewis ve ark.'nın (68) yapmış oldukları çalışmalarda ise sosyoekonomik durumu kötü olanlarda ruhsal bozukluk yaygınlığı daha sık bulunmuştur.

Çalışmamızdaki ruhsal bozukluk belirtisi oranının ortalamadan oldukça yüksek olmasının; sosyoekonomik durumun kötü olmasına, kişilerarası etkileşimlerin yoğunluğuna, çalışma koşullarının stres yaratan faktörler içermesine ve stresli yaşam olaylarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışanların % 8.9'u (n=41) yalnız yaşadığını; % 64.1'i (n=295) ailesi ve % 27'si (n=124) ev arkadaşları ile yaşamakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Literatürde toplumumuzdaki bireylerin daha çok ailesi ile yaşadığı, ev arkadaşları ile yaşayanların üniversite öğrencisi olduğu belirtilmektedir. Bulgularımız literatürdeki bu bilgi ile benzerlik göstermektedir (19, 36, 65).

Çalışanların doktora gitme nedenlerinin dağılımına bakıldığında; % 9.6'sı (n=44) nefes darlığı/çarpıntı, % 29.8'i (n=137) baş ağrısı, % 15.9'u (n=73) halsizlik, % 25.7'si (n=118) mide rahatsızlıkları ve % 19.1'i (n=88) kas/iskelet ağrıları nedeniyle doktora gittikleri görülmektedir (Tablo 4).

Literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri arasında; baş ağrısı, çarpıntı, mide rahatsızlıkları ve kas/iskelet ağrıları olduğu belirtilmekte olup, bu bilgiler çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (2, 16, 32, 37, 69, 82).

Çalışanların önceden tanılanmış hastalıklarına bakıldığında; bu hastalıkların birçoğunun somatoform bozukluk ya da ruhsal bozukluklara yönelik belirtiler olduğu görülmektedir (Şekil 1). Bu belirtilerin ruh sağlığı çalışanları dışındaki sağlık çalışanları tarafından bilinmemesi ya da dikkate alınmaması nedeniyle farklı hastalık tanıları olarak değerlendirilmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışanların % 77.2'si (n=355) kendilerini en çok iş yerinde, % 9.8'i (n=45) evde, % 3.9'u (n=18) okulda ve % 9.1'i (n=42) sosyal ortamlarda stresli/gergin hissettiğini ifade etmişlerdir (Tablo 5).

İş stresinin ya da işyerinde gerginlik hissedilmesinin ruhsal rahatsızlıklara olan etkisi ile ilgili yayınlar ve çalışmalar gittikçe artmaktadır. Literatürde iş stresinin ruhsal bozukluklara yatkınlıkta önemli bir etken olduğu ve buna yönelik çalışmaların yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (5, 29, 65).

Araştırmamızda KISA ölçeği sonucuna göre çalışanların % 13.3'ünde (n=61) minör depresif bozukluk belirtisi, % 10.7'sinde (n=49) majör depresif bozukluk belirtisi, % 10'unda (n=46) somatoform bozukluk belirtisi ve % 6.3'ünde (n=29) panik bozukluk belirtisi bulunurken; % 59.8'nin (n=275) herhangi bir ruhsal bozukluk belirtisi göstermediği belirlenmiştir (Tablo 6).

Kılıç (61), Sağlık Bakanlığı'nın desteklediği bir çalışmada toplumumuzun % 17.2'sinde ruhsal rahatsızlık olduğunu belirtmiş, Spitzer ve ark. (69) psikiyatrik bozuklukların genel nüfusta % 15, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında % 20-30 oranında görülmekte olduğunu, Kaplan ve ark. (92) ise popülasyonda majör depresyon yaygınlığının % 10-15, panik bozukluk yaygınlığının % 2-4 ve somatizasyon bozukluğu yaygınlığının % 8-10 olduğunu belirtmiş olup bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Literatürde depresyon, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluklar gibi ruhsal bozuklukların birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık konulan ruhsal bozukluk tanıları olduğu ve kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (13, 37, 69, 82, 88). Rezaki'nin (91) yapmış olduğu çalışmada temel sağlık hizmetlerinde depresyon sıklığı % 11.6 olarak saptanmıştır. Rezaki ve ark. (92) sağlık ocağına başvuranların % 17.6 oranında ruhsal bozukluk tanısı aldığını belirtmişlerdir. Tümkaya ve ark. (115) yapmış oldukları çalışmada ise en sık rastlanan tanıların duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluk olduğunu belirtmişlerdir. Ateşçi ve ark. (10) KISA'nın bir önceki formu olan Prime-MD ile yaptıkları çalışmada, % 23.4

psikiyatrik bozukluk tanısı olduğunu, tanı dağılımlarına bakıldığında % 11.9 depresif bozukluklar, %1.5 anksiyete bozuklukları, %1 somatoform bozuklukların yer aldığını belirtmişlerdir. Ayrıca ruhsal bozukluk tanısı alanların %38'inde stres etkeninin olduğunu belirtmişlerdir. Bu bilgiler çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

7.2. Çalışanların Demografik ve Kişisel Özellikleri ile Ruhsal Bozukluk Belirtilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde KISA ölçeğine göre minör depresif bozukluk, majör depresif bozukluk, panik bozukluk, somatoform bozukluk belirtileri olan ve ruhsal bozukluk belirtisi olmayan çalışanların demografik ve kişisel özellikleri ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda kadın çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi görülme oranı % 13.2 (n=43); erkek çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi görülme oranı % 2.2 (n=3) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir fark olduğu belirlenmiştir. Kadın çalışanların % 8.3'ünde (n=27), erkek çalışanların ise % 1.5'inde (n=2) panik bozukluk belirtisi belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir ilişki vardır. Erkek çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olmayan birey oranı % 74.6 (n=100); kadın çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olmayan birey oranı % 53.7 (n=75) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=25.919$, $p=0.001$) bir fark bulunmaktadır (Tablo 7).

Göktaş ve ark. (50), Evlice ve ark. (46), Carr ve ark. (25), yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluk tanısı olan hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ervatan ve ark. (45) depresif bozukluk belirtileri olan hastaların % 76.3'ünün kadın ve % 23.7 sinin erkek olduğunu belirtmiştir. Kaya ve Ünal'ın (57) yaptıkları çalışmada kadınlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon erkeklere göre daha yüksek oranda görülmektedir. Çalışmamızda kadınlarda ruhsal bozukluk belirtisinin daha fazla görülmesi daha önce yapılan çalışmalardaki bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Ancak Henderson ve ark. (54) ruhsal sağlık sorunlarının medeni durumla ilişkisini araştıran bir çalışmada psikiyatrik bozuklukların evlilerde düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda evli ($n=50$) çalışan sayısının düşük olmasının Henderson ve ark.'nın çalışması ile uyumlu olmayan bu bulgunun nedeni olduğu düşünülmektedir.

Ev arkadaşları ile yaşayan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 3.2 ($n=4$) ve panik bozukluk belirtisi % 2.4 ($n=3$) olup, yalnız ve ailesiyle yaşayan çalışanlarda somatoform ve panik bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=17.048$, $p=0.030$) şekilde düşüktür. Ev arkadaşları ile yaşayan çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olmayan birey oranı % 70.2 ($n=87$); yalnız yaşayan çalışanlarda % 53.7 ($n=22$) ve ailesiyle yaşayan çalışanlarda % 56.3 ($n=166$) olup ev arkadaşları ile yaşayan kişilerde ruhsal bozukluk belirtisi daha az görülmektedir ($\chi^2=17.048$, $p=0.030$) (Tablo 8).

Henderson ve ark. (54) ruhsal sağlık sorunlarının medeni durumla ilişkisini araştıran çalışmada psikiyatrik bozuklukların boşanmış ve yalnız yaşayanlarda yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu çalışmamızla uyumlu olmayıp araştırmanın yapıldığı grubun iş stresinin fazlalığının ailesi ile yaşayan bireylerde ruhsal bozuklukların daha fazla görülmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaş ortalamasının 24 olması, bu yaş grubuna yakın bireylerin aileden çok arkadaşlarına yönelik duygusal etkileşim içinde olması ve araştırmanın farklı toplumlarda yapılmış olmasının sosyokültürel farklılık göstermesi olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın yaş ortalamasının daha yüksek olduğu bir örnekleme uygulanması halinde farklı sonuçların çıkabileceği düşünülmektedir.

Alkol kullanan çalışanlarda minör depresif bozukluk belirtisi (% 23.1, $n=51$), majör depresif bozukluk belirtisi (% 18.1, $n=40$), somatoform bozukluk belirtisi (% 13.1, $n=29$) ve panik bozukluk belirtisi (% 11.8, $n=26$) görülme oranı; alkol kullanmayan çalışanlarda bu belirtilerin görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=124.846$,

p=0.001) şekilde yüksektir. Haftada bir ve daha az miktarda alkol kullanan çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi (% 8.7, n=13) görülme oranı, haftada iki-üç kez (% 38.8, n=26) ve haftada dört ile daha fazla miktarda (% 25, n=1) alkol kullanan çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=43.837$, p=0.001) şekilde düşüktür. Haftada dört kez ve daha fazla miktarda alkol kullanan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi (% 50, n=2) ve panik bozukluk belirtisi (% 25, n=1) görülme oranı; haftada bir kez ve altında alkol kullanan çalışanlar ile haftada iki-üç kez alkol kullanan çalışanlarda somatoform ve panik bozukluk belirtisi görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=43.837$, p=0.001) şekilde yüksektir (Tablo 9).

Literatürde alkole yönelmenin strese karşı kendini koruyabilmek için geliştiği, kendine güveni artırıp, kaygıları geride bıraktığı ancak zihinsel ve duygusal uyumu bozup, umutsuzluk, yalnızlık, değersizlik ve keder duygularının yüzeysel bir neşe ile yok sayılmaya çalışıldığı belirtilmektedir. Ögel ve ark.'nın (77) gençler üzerinde yaptıkları bir çalışmada sigara içenlerin oranı % 63.9, günde birden fazla sigara içenlerin oranı % 22.5, alkol kullananların oranı % 18, haftada iki ve daha fazla alkol kullananların oranı % 4.6 ve bu oranın erkekler için % 6.7, her gün alkol kullanım oranı %2.1 olarak bulunmuştur. Sigara kullanımı kadın ve erkeklerde benzer olmakla birlikte alkol kullanımı erkeklerde daha sıktır. Literatürde nikotin ve alkol kullanımının sık olduğu kişilerde majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluğunun daha sık olduğu belirtilmiştir (23, 32, 107, 116, 123). Çalışmamızdaki alkol kullanım bulgular daha öne yapılan çalışma bulguları ve literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda, sigara kullanmayan çalışanların tamamında (n=177) ruhsal bozukluk belirtisi bulunmazken; sigara kullanan çalışanların % 21.6'sında (n=61) minör depresif bozukluk belirtisi, % 17.3'ünde (n=49) majör depresif bozukluk belirtisi, % 16.3'ünde (n=46) somatoform bozukluk belirtisi ve % 10.2'sinde (n=29) panik bozukluk belirtisi saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=193.546$, p=0.001) bir ilişki vardır. Günde bir paketten fazla sigara içen çalışanlarda majör depresif bozukluk belirtisi (% 34.3, n=12) ve minör depresif bozukluk belirtisi (% 37.1, n=13) görülme oranları, günde yarım paket ve daha az sigara içen çalışanlar ile günde bir paket sigara içen çalışanlarda minör depresif ve majör depresif bozukluk belirtisi

görülme oranlarından anlamlı ($\chi^2=29.350$, $p=0.001$) şekilde yüksektir. Günde bir paketten fazla sigara içen çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olmama oranı (% 2.9, $n=1$); günde yarım paket ve daha az sigara içen çalışanlar (% 41.7, $n=58$) ile günde bir paket sigara içen çalışanlarda (% 35.8, $n=39$) ruhsal bozukluk belirtisi olmama oranlarından ileri düzeyde anlamlı ($\chi^2=29.350$, $p=0.001$) şekilde düşüktür (Tablo 9).

Ebrinç ve ark.'nın (38) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada iş stresinin sigara ve alkol kullanımını arttırdığını belirtmişlerdir. Kendler ve ark. (60) yapmış oldukları çalışmada depresyon ile birlikte sigara kullanım oranının arttığını belirtmişlerdir. Bu bulgular çalışmamızda kendini en çok iş yerinde stresli olarak belirten ve aynı zamanda depresif bozukluk belirtisi gösteren kişilerdeki sigara kullanım sıklığı ile uyumludur.

Yılda bir kez doktora gittiğini söyleyen çalışanların tamamında ruhsal bozukluk belirtisi olmadığı belirlenirken; haftada bir doktora giden çalışanların % 27.7'sinde ($n=48$) minör depresif bozukluk belirtisi, % 25.4'ünde ($n=44$) majör depresif bozukluk belirtisi, % 25.4'ünde ($n=44$) somatoform bozukluk belirtisi ve % 16.2'sinde ($n=28$) panik bozukluk belirtisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerine en sık başvuran kişilerin depresif bozukluk ve somatoform bozukluk gösteren kişiler olduğu belirtilmekte olup, çalışmamız bulguları bu bilgiler ile uyumludur (21, 27, 73).

Nefes darlığı/çarpıntı nedeniyle doktora giden çalışanlarda panik bozukluk belirtisi oranı yüksekken (% 40.9, $n=18$); halsizlik nedeniyle doktora giden çalışanların % 41.1'inde ($n=30$) minör depresif bozukluk belirtisi ve % 32.9'unda ($n=24$) majör depresif bozukluk belirtisi bulunmuştur. Ayrıca baş ağrısı şikayeti ile doktora başvuran çalışanların % 79.6'sında ($n=109$), mide rahatsızlıkları olan çalışanların % 57.6'sında ($n=68$) ve kas-iskelet ağrıları şikayeti olan çalışanların % 70.5'inde ($n=62$) ruhsal bozukluk belirtisi belirlenmemiştir (Tablo 10).

Sağduyu (95) yapmış olduğu çalışmada temel sağlık hizmetlerinde somatizasyon bozukluğunda en sık görülen somatoform bozukluk belirtisinin baş ağrısı (% 24.2) olduğunu belirtmiştir. Literatürde baş ağrılarının sıklıkla somatoform, depresyon ve bunaltı bozukluğu tanılarına eşlik ettiği belirtilmiştir. Psikososyal streslerin sonucu olarak veya psikiyatrik hastalıkların bazılarının bir belirtisi olarak gerilim tipi baş ağrısının ortaya çıkabileceği belirlenmiştir. Baş ağrısı bir yandan depresif hastalığın önemli bir belirtisi olurken, diğer yandan depresif durum baş ağrısının da ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Psikosomatik hastalıklardan migren ve gerilim baş ağrısında görülen psikiyatrik belirtiler hastalığın tanımlanma ve tedavisinde önem taşımaktadır. Kronik ağrılı hastalarda rastlanan en yaygın ruhsal bozukluğun depresyon olduğu bilinmektedir. Kronik ağrılı hastalarda depresyon şiddeti ağrının şiddeti arttıkça artmaktadır (9, 17, 32, 61, 69, 74, 82, 83, 100). Bu veriler çalışmamızdaki baş ağrısı nedeni ile doktora başvuran kişilerin ruhsal bozukluk belirtisi göstermemesi bulguları ile uyumlu değildir. Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı grubun iş özellikleri (sürekli kulaklık kullanma, monitöre bakarak çalışma, kalabalık ve gürültülü ortamda olma) ile ilgili olarak çok sık baş ağrısı yaşamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Göğüs ağrısı somatoform bozuklukların sık görülen belirtilerindendir (51). Dammen ve ark. (34) ve Mayou'nun (70) göğüs ağrısı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarda en sık panik bozukluk, majör depresif bozukluk ve somatoform bozukluk tanılanmış ve alkol kullanım sıklığının fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular çalışmamız bulguları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, ilaç kullanım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=271.192$, $p=0.001$). Ayda bir kez ilaç kullanan çalışanların % 81.6'sında ($n=248$) ruhsal bozukluk belirtisi belirlenmemiştir. Haftada dört-beş kez ilaç kullanan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 40 ($n=38$) ve panik bozukluk belirtisi oranı % 23.2 ($n=22$) olup; daha az ilaç kullanan diğer çalışanlardan anlamlı ($\chi^2=271.192$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 10).

Tanılanmış hastalık varlığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=23.775$, $p=0.001$). Tanılanmış hastalığı olan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 15.7 (n=14) ve panik bozukluk belirtisi % 15.7 (n=14) oranında olup; tanılanmış hastalığı olmayan çalışanlarda somatoform bozukluk belirtisi % 8.6 (n=32) ve panik bozukluk belirtisi % 4 (n=15) oranında olan çalışanlardan anlamlı ($\chi^2=23.775$, $p=0.001$) şekilde yüksektir (Tablo 10).

Literatürde ruhsal bozuklukların diğer klinik birimlerince iyi tanınmadığı, sıklıkla ajitasyon, eksitasyon, tedaviye red gibi durumlar gelişince psikiyatrik konsültasyon istendiği, ruhsal rahatsızlığı olan birçok hastanın psikiyatri dışı kliniklere yatış oranlarının yüksek olduğu gözlenmektedir. Toplum içinde depresyona bir hastalık olarak bakılması ile birlikte sosyal bir sorun olarak da algılanma eğiliminin bulunduğu belirtilmektedir. Depresyonun ilaçla tedavi edilebildiği toplumda kabul edilmesine karşılık ilaçlarla ilgili yanlış bilgilerin bulunduğu ve depresyonlu hastaların toplum içinde kabul edilebilirlikleri ile ilgili endişelerinin olduğu belirtilmektedir. Psikosomatik hastalıklar birinci basamak sağlık hizmetlerinde genellikle tanılanamayan ve en sık rastlanılan sağlık sorunudur. Hastalar başka tanımlar alarak, bu tanımlara yönelik uygunsuz ve aşırı ilaç kullanımına maruz kalmaktadır (2, 37). Bu bilgiler, çalışmamızdaki ilaç kullanım sıklığının yüksek olması bulgusunu destekler niteliktedir.

Kişinin hastalığının farkında olması ve iyileşme sürecine aktif katılımı tedavinin birinci kuralıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde genellikle tanılanamayan hastalıklar, hastaların farklı fiziksel rahatsızlıklarla psikiyatri dışı alanlara başvurarak tedavi olma çabası, sağlık çalışanlarının da işgücü ve zamanını boşa harcaması olarak düşünülebilir. Bu nedenle bu tür hastalıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanımlanması ve buna yönelik tedavi ve çalışmaların dikkate alınması gerekmektedir (97). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde psikiyatri hemşiresinin de içinde bulunduğu ekip çalışması zorunludur. Ancak ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri verecek kurum sayısı yetersizdir. Bunun yanında ruh sağlığı hizmetlerinde çalışacak, psikiyatri uzmanı, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık çalışanı sayısı yetersizdir (91). Bu da ruh sağlığı hizmeti veren çalışanların sadece psikiyatri

kliniklerinde yer almasına ve toplum ruh sağlığı, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yönelmesine engel olmaktadır.

Çalışmamızda daha önceden tanılanmış depresyon ve duygu durum bozukluğu olan iki bireyde KıSA ölçeği sonucuna göre de majör depresyon bozukluk belirtisi var olduğu belirlenmiştir. Ayrıca daha önceden panik atak tanısı konulmuş iki bireyde KıSA ölçeği ile de panik bozukluk belirtisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Bu bulgu çalışmada kullanılan ölçeğin ön tanı belirleyicisi olarak kullanılmasının uygun olduğunu ve hastaların yönlendirilmesinde zaman kazandıracağını düşündürmektedir.

Özmen ve ark. (85) yaptıkları bir çalışmada psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumlarını incelemişler ve çalışma sonucunda incelenen hekimlerin % 65'inin depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu konularında eğitim alma gereksinimi duyduğunu belirlemişlerdir. Ruh sağlığı alanında hizmet veren çalışanların psikiyatri dışı sağlık çalışanlarına ruh sağlığına yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerine destek vermesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Ruhsal yakınmaları olan hastaların büyük bir bölümünün psikiyatri dışında tedavi edildiği ya da psikiyatri kliniğine geç ve güçlükle ulaşabildiği bilinmektedir. Yani, hemşire ve diğer sağlık çalışanları davranış bozukluğu gösteren ve ruhsal bozukluğu olan bir hasta ile sadece psikiyatri kliniklerinde değil, hizmet verdikleri her alanda karşılaşabilmektedir (90).

Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların çoğunda rahatsızlığın ruhsal bir bozukluk olması ve bu hastalıkların tanılanamaması, hastanın bakım kalitesini düşürmekte ve önemli sağlık harcamalarına yol açmaktadır. Ruhsal bozukluklara psikiyatri dışı alanlarda rastlanması ve diğer sağlık çalışanlarının bu konuda yetersiz kalması nedeni ile konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin bu alana yönelik çalışmalarda yer alması gerektiği düşünülmektedir. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, genel tıp ve psikiyatriyi bütünleştiren bir dal olarak, birinci basamak ve hastane sağlık hizmetleri veren sağlık profesyonellerine ruh sağlığı eğitimi sunmak, sağlık hizmetlerinin

gelişmesi ve bütünleşmesini sağlamak amacıyla (73). Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren çalışanların konsültasyon-liyezon psikiyatrisinden danışmanlık alması önemlidir. Böylelikle sağlığı tüm alanlarında koruyucu ruh sağlığı hizmetine yönelik çalışmaların artacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sosyal faaliyetlere katılım sıklığı ile ruhsal bozukluk belirtisi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=403.692$, $p=0.001$). Haftada dört-beş kez sosyal faaliyetlere katılan çalışanların tamamı KISA ölçeğine göre ruhsal bozukluk belirtisi göstermezken, ayda bir kez sosyal faaliyetlere katılan çalışanlarda minör depresif bozukluk belirtisi % 39.3 (n=48) ve majör depresif bozukluk belirtisinin % 27 (n=33) oranında olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=403.692$, $p=0.001$) farklılık bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Bu da sosyal faaliyetlere katılan kişilerin sosyal destek mekanizmalarını daha fazla kullandığı ve bunun ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini bununla birlikte hastalık belirtilerinin de sosyal faaliyetlere katılımı olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışanların kendilerini en çok stresli hissettikleri yere göre ruhsal bozukluk belirtisi gösterme durumuna bakıldığında; kendini evde (% 91.1, n=41) ve okulda (% 88.9, n=16) stresli hissettiğini söyleyen çalışanların ruhsal bozukluk belirtisi olmadığı; kendisini işte (% 14.4, n=51) ve sosyal ortamlarda (% 19.0, n=8) stresli hissettiğini söyleyen çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtisi olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=34.322$, $p=0.001$) ilişki bulunduğu ve kendini iş yerinde stresli hissedenlerin daha çok (%77, n=355) ruhsal belirti gösterdiği belirlenmiştir. KISA ölçeğine göre ruhsal bozukluk belirtisi olan çalışanlarla kendisini işyerinde stresli hissettiğini söyleyen çalışanlar arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=34.322$, $p=0.001$). İş stresi hisseden bireylerin %14,4'ünde (n=51) minör depresif bozukluk belirtisi, %11,8'inde (n=42) majör depresif bozukluk belirtisi, %11,3'ünde (n=40) somatoform bozukluk belirtisi ve %8,2'inde (n=29) panik bozukluk belirtisi bulunmuştur (Tablo 12).

Literatürde depresyonun gelişmesinde rol oynayan faktörler arasında kadın olmak, stresli yaşam olayları, iş stresi, bedensel hastalık ve toplumsal destek azlığı belirtilmektedir (2, 107, 119). Altuğ ve ark. (7) ve Goldman (48) yaptıkları çalışmalarda

psikiyatrik hastalıkta stresin etkisinin olduğunu ve genelde bu hastaların depresyon, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluk tanıları aldığını belirtmişlerdir. Blazer (21) depresif bozuklukta aşırı stres yaratan durumların etken olduğunu vurgulamıştır. Ebrinç ve ark. (38) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada iş çevresi stres faktörlerinin anksiyete ve psikolojik zorlanmayı arttırdığını belirtmiştir. Bu bulgular çalışmamızdaki iş stresi olan kişilerdeki ruhsal bozukluk belirtisinin daha çok görülmesi bulgusunu destekler niteliktedir.

Ruhsal bozukluk belirtisi ile çalışanların yaşamlarının bu belirtilerden etkilenme düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=42.544$, $p=0.001$). Tanıdan hiç etkilenmediğini söyleyen çalışanların % 54.5'i (n=18) somatoform bozukluk belirtisi gösterirken, biraz etkilendiğini söyleyen çalışanların % 41.3'ünde (n=43) minör depresif bozukluk belirtisi, oldukça fazla etkilendiğini söyleyen çalışanların % 50'sinde (n=21) ve aşırı derecede etkilendiğini söyleyen çalışanların % 66.7'sinde (n=4) majör depresif bozukluk belirtisi gösterdiği bulunmuştur (Tablo 12).

Literatürde depresyonu olan hastaların yaşadıkları umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, güçsüzlük, rol kaybı, uyku sürecinde bozulma, beslenmede değişim gibi sorunlar birer hemşirelik tanısı olarak ele alınmakta ve hemşirelerin müdahale edebilecekleri sorunlar arasında yer almaktadır (47, 105). Majör depresif bozukluk belirtisi gösteren bireylerin yaşadıkları sorunların sosyal yaşamlarının ve iş yaşamlarının daha çok etkilenmesine neden olmasının ruhsal bozukluk belirtilerinden etkilenme düzeyinin daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Kelleci ve Doğan'ın (59) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin % 27.5'inin hastanın depresyon belirtilerinin farkında olduğu, % 47.5'inin farkında olmadığı belirtilmiştir. Depresyonu tanımlayabilen hemşirelerin % 42.9'u hastalarla iletişime girilmesi gerektiğini ve % 57.1'inin ise bir şey yapamayacağını belirtmesi ve % 52.6'sının hastada herhangi bir sorun gözlemlemediğini iletmesi hemşirelerin hastalığı tanımlayamadığını ve tanımlasa bile baş etme konusunda ne yapacağını bilmediğini göstermektedir. Aynı çalışmada hemşirelere sorunun çözümüne yönelik olarak neler

yapılabileceği sorulduğunda % 17.5'i psikiyatri hemşirelerinden danışmanlık alma önerisinde bulunmuştur. Bunların ışığında; hemşirelerin hastaların psikososyal sorunları ile ilgili farkındalıklarını ve yaklaşımlarını güçlendirmek için hizmet içi eğitimler yapılması, hastaların yaşadıkları ruhsal sorunların erken dönemde farkına varılabilmesi, çalışan personele yardım ve danışmanlık hizmetlerinin verilebilmesi için genel tıp ile psikiyatri arasındaki bağlantının güçlendirilmesi, bunun için Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi hizmetlerinin oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ele alınan depresif bozukluk, panik bozukluk ve somatoform bozukluk birinci basamak sağlık hizmetleri aşamasında belirlenerek erken dönemde kişinin psikiyatrye yönlendirilmesi gereken nörotik rahatsızlıklardır.

Öncelikle toplumda en yaygın rastlanan ruhsal bozukluklardan biri olan depresyon belirtileriyle birinci basamak sağlık çalışanlarının daha çok karşılaşması nedeni ile bu alanda çalışanların depresyonu tanımaları önemlidir. Ruhsal bozukluklarda mücadelede koruyucu hizmetlere yönelmek ve etkin programlar geliştirmek gereklidir. Ruh sağlığı hizmetlerinin ruhsal sorunu olan kişilere ulaşmasının sağlanması, toplum ve ruh sağlığı alanında etkin ve kalıcı programlar geliştirebilmesi tüm sağlık çalışanlarının ekip çalışması ile mümkün olacaktır (3).

Depresyonda kişinin içinde bulunduğu durumu fark ederek buna yönelik çalışmalara etkin olarak katılması hastalığın ilk aşamasında önemli bir yer tutmaktadır. Kişinin hastalığının farkında olması tedavi sürecini hızlandırır ve bireyin günlük yaşantısına zarar vermesini önlemiş ve yaşam kalitesini yükseltmiş olur (58, 99).

Bir panik bozukluğu olan hasta için ilaç tedavisinden çok hastanın kendisine verilen ödevlerle günlük yaşama uyumu, hastalığın farkında olması ve etkilerini bilmesi tedaviyi hızlandıran etkenlerdir (18, 109).

Somatoform bozukluk yaşayan bireyin hastalığının ölümcül bir hastalık değil de ruhsal ve psikososyal stresin bedensel olarak ifade biçimi olduğunu bilmesi hem hasta

hem de sağlık çalışanları tarafından boşa harcanan zaman ve maddi kayıpların, iş kayıplarının olmaması anlamına gelmektedir (95).

Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalık etkeni olabileceği bilinmektedir. Örneğin yas süreci ve ardından gelen depresyonun, bulaşıcı hastalık etkeni, kanser ve akut kalp yetmezliğine karşı duyarlılığın artması demek olan bağışıklık düzeyinde azalma ile ilişkisi bulunmuştur. Kanserle depresyonla başlayabildiği, depresyonun akut miyokard enfarktüsünün başlangıç semptomu olduğu araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirmek ve risk faktörü analizi yapmak durumundadır (24, 112).

Hemşire, içinde yaşadığı toplumun ruhsal bozuklukları hakkında epidemiyolojik verileri bilmeli hizmet verdiği bireylerdeki psikososyal sorunlar ile baş edebilecek klinik donanıma sahip olmak için çalışmalar yapmalıdır (22). Psikiyatri hemşiresi hastalığın tedavisi için doktorun istemlerini uygulayan teknik rolden, hasta bireyin kendi tedavisi ve sağlığı ile ilgili kararlar vermesine yardım eden role açılım gösterdikçe, toplumun sağlığını ve ruh sağlığını koruyucu, hastalıkları önleyici ve rehabilite edici rolde de etkin olmaya başlayacaktır (80). Bu da günümüzde, psikiyatri hemşireliğinin çalışma alanının genişletilmesini gerektirmektedir. 20. yüzyıl psikiyatri hemşireliğinin çalışma alanı psikiyatrik tedavi alanları dışında olan, kadın sağlığı ve doğum, onkoloji, iş sağlığı-işyeri, toplum sağlığı, acil servisler olması gerektiği belirtilmektedir (25, 85). Bunlar da giderek psikiyatri hemşiresinin çalışma alanını genişleterek psikiyatri hemşiresi gereksinimini artırmaktadır.

Sonuç olarak;

- ❖ çalışanların doktora gitme nedenlerinin genel olarak depresif bozukluk, panik bozukluk ve somatoform bozukluk gibi ruhsal bozukluklara yönelik belirtiler olduğu,
- ❖ çalışanların büyük kısmının kendini işyerinde streste hissettiği ve işyerinde stresli olduğunu düşünen çalışanlarda ruhsal bozukluk belirtilerinin daha fazla görüldüğü,

- ❖ Ruhsal bozukluk belirtisi gösteren çalışanların daha sık olarak doktora başvurduğu, daha sık ilaç kullandığı, alkol-sigara kullanım oranının fazla olduğu,
- ❖ Sosyal faaliyetlere katılan kişilerde daha az ruhsal bozukluk belirtisi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar açısından bakıldığında;

- ❖ Hemşireler stres ve iş stresine yönelik çalışmalarında genel olarak hemşireleri ve hastaneyi örneklem olarak almışlardır. İşyerlerine ve topluma yönelik çalışmaların artırılması,
- ❖ Çalışan bireylerin stres ve iş stresini tanınması ve buna yönelik baş etme çalışmalarının (beslenme, egzersiz, meditasyon) uygulanması var olan ve olası sıkıntıların giderilmesinde önemlidir. Bu alanda yapılacak olan farklı çalışmalarla hemşireliğe yönelik tanılar oluşturulması ve gereken durumlarda hastayı bilgilendirerek ilgili kurumlara yönlendirme yapılması,
- ❖ Psikiyatri hemşireliği çalışma alanlarına işyeri- iş sağlığının da alınması gelişmiş ülkelerde uygulanmaya başlanmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağlığı alanında farklı ve yeni çalışmalar yapması, bunun için ülkemizde yetersiz olan psikiyatri hemşireliği eğitimlerinin artırılması gerekir. Psikiyatri alanındaki uzman hemşire sayısı iş sağlığı ve toplum ruh sağlığı için yeterli seviyeye ulaşana kadar geçen süre içinde işyeri hemşirelerinin tanımladığı iş stresi faktörleri ve korunma düzeyleri için psikiyatri hemşireliği disiplininden danışmanlık alması gerektiği önerilebilir.

8. EKLER

EK - 1

BİLGİ FORMU

Serpil Özbucak tarafından yapılan çalışmada kişilik haklarıma saygı göstererek/kişisel bilgilerimin saklı tutulacağı (ankette yazan isimler sadece araştırmacı tarafından ilerde gerekirse dönüş yapabilmek amaçlı kullanılacaktır) ve yapılan çalışma sonunda gerekli parametreleri taşıyan kişilere yönlendirme konusunda bilgilendirme yapılacağı konusunda bilgi aldım. Yapılan çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi biliyorum ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İmza

Ad - Soyad:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Medeni durumu: Evli Bekar

Eğitim durumu: Lise Üniversite Yüksek lisans ve üstü
(okumaya devam ediyorsanız lütfen belirtin)

Şirket Bünyesinde Çalışma Süresi: Profesyonel Toplam Çalışma Süresi:

Gelir düzeyiniz: Düşük Orta Yüksek

Birlikte yaşadığınız kişiler: Yalnız yaşıyorum Ailemle Ev arkadaşları ile

Alkol kullanımı: Haftada 1 Haftada 2-3 Haftada 4 ve üstü Yok

Sigara kullanımı: Günde yarım paket ve az Günde 1 paket Günde 1 paketten fazla

Doktora gitme sıklığınız: Haftada 1 Ayda 1 Yılda 1

İlaç kullanım sıklığınız: Ayda 1 Haftada 1 Haftada 4-5

Tanılanan, teşhis konulmuş hastalığınız; Var Yok
(varsa açıklayınız)

Sosyal faaliyetlere katılım (sinema, tiyatro, konser, arkadaş toplantıları...)
Ayda 1 Haftada 1 Haftada 4-5

EK - 2

KISA ÖLÇEĞİ

Bu anketteki sorulara vereceğiniz yanıtlar sağlığınız ile ilgili sorunları daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve kendinize en uygun olan yanıtı veriniz.

1 - **Son bir ay süresince** aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile ilgili ne kadar sıkıntı yaşadınız?

	Hiç sorun yaşamıyorum	Bir miktar yaşadım	Oldukça yaşadım
a. Mide ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sırt ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kol, bacak ve eklemlerde ağrı (diz, kalça...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Adet ağrısı ya da aybaşı sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Baş ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bayılma nöbetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kalp çarpması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Nefes Darlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Kabızlık ya da ishal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Bulantı, gaz ya da hazımsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
Bu şikayetlerinizin ruhsal sıkıntılarınızdan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bu sorunlar nedeni ile bir doktora başvurduunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başvurduğunuz doktor şikayetlerinizin sinirsel olabileceğini söyledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilinen, teşhis konulmuş (tanılanmış) bir hastalığınız var mı? (evet ise açıklayınız)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Son iki hafta süresince ne sıklıkla aşağıdaki sorunlardan biri ile ilgili bir sorun yaşadınız?

	Hiç	Birkaç gün	Bir haftadan daha fazla	Hemen hemen her gün
a. Yaptığımız şeylere ilginizin azaldığı ya da zevk alamadığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Uykuya dalma uykuyu sürdürme güçlüğü ya da çok fazla uyuduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Yorgunluk ya da bitkinlik hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kendinizi yetersiz ya da ailesini hayal kırıklığına uğratmış biri gibi hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gazete okumak ya da TV seyretmek gibi konularda dikkatinizi toplamakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Başkaları farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ve yavaş konuştuğunuz ya da tersine huzursuzluk nedeniyle yerinizde duramadınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. "Ölsem daha iyi" diye düşündüğünüz ya da kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - İç sıkıntısı ile ilgili sorular.

	HAYIR	EVET
a. Son 1 ay içinde bir iç sıkıntısı nöbetiniz oldu mu? Eğer yanıtınız HAYIR ise 4. soruya geçiniz.	<input type="checkbox"/>	
b. Böyle bir durum daha önce de olmuş muydu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bu nöbetler bazen aslında sıkıntılı ve gergin olmadığımız bir zamanda da birdenbire ortaya çıkar mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bu nöbetler size aşırı sıkıntı verir mi ya da nöbetlerin tekrarlayacağından endişe eder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En son sıkıntı nöbetleriniz sırasında nefes darlığı, ter basması, kalp çarpıntısı, baş dönmesi ve/veya baygınlık hissi, karıncalanma ya da uyuşma, bulantı ya da mide rahatsızlığı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 - Şu ana kadar cevaplamaş olduğunuz sorulardaki herhangi bir problem diğer insanlarla olan ilişkilerinizi, evde ve işte gereken sorumluluklarınızı yerine getirmenizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	Bir miktar etkiledi	Oldukça etkiledi	Aşırı derecede etkiledi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK - 3

**T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne,**

Şirketimiz Sağlık Birimi'nde İş Sağlığı Hemşiresi olarak çalışmakta olan Serpil Özbucak, enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programı öğrencisidir. Yapacak olduğu tez çalışmasını ve şirket çalışanlarımıza uygulayacağı ölçeği bizlere iletmiş olup tarafımızdan uygun bulunmuştur.

Karar aşamasında uygulanacak olan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozuklukların Tanılanması için Kısa ve Kolay Bir Ölçek - KISA” adlı ölçek incelenmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

9. KAYNAKLAR

1. Abiodun O.A.: Knowledge and Attitude Concerning Mental Health of Primary Health Care Workers in Nigeria, *Int. J. Soc. Psychiatry*, 37(2):113-120, 1991
2. Akiskal H.S.: Duygu Durum Bozukluklarının Doğası ve Çeşitliliğine Yeni Bir Bakış, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(3):163-169, 1992
3. Aksaray G., Kaptanoğlu C., Oflu S.: Koruyucu Ruh Sağlığı, *Yeni Symposium Dergisi*, 37(3): 55-59, 1999
4. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Emiroğlu O.N., Erefe İ., Görak G., Karataş N., Kocaman G., Kubilay G., Seviğ Ü.: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ed.: Erefe İ., Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayın No:1, İstanbul, 2002
5. Aktaş A., Aktaş R.: İş Stresi, *Verimlilik Dergisi*, MPM Yayını, Sayı 1, İstanbul, 1992
6. Alper Y., Bayraktar E., Karaçam Ö.: Herkes İçin Psikiyatri, *Gendaş Kültür*, İstanbul, 2000
7. Altuğ B., Kaya N., Kucur R., Dura S., Ecirli Ş.: Fizik ve Ruhsal Bozukluklarda Stresin Etkisi, *Yeni Symposium Dergisi*, 35(1):3-5, 1997
8. Altuntaş E.: Stres Yönetimi, *Alfa Basım Yayın*, İstanbul, 2003
9. Aslan S., Nazlıel B.: Gerilim Tipi Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Tanısal Değerlendirme, *Yeni Symposium Dergisi*, 40(1):10-14, 2002
10. Ateşçi F.Ç., Karadağ F., Oğuzhanoğlu N.K.: Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3):148-156, 2000
11. Aydemir Ö.: Birinci Basamakta Bedenselleştirme (Somatizasyon), *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 3(2):40-41, 1994
12. Aydemir Ö., Eğrilmez A., Karatepe A., Budak F.: Migren ve Gerilim Baş Ağrısı Hasta Gruplarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*; 31(3):360-365, 1993

13. Ayrancı Ü., Yenilmez Ç.: Eskişehir İlindeki Sağlık Ocaklarında Konulan Ruhsal Bozukluk Tanıları ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2): 87-98, 2001
14. Baltaş A., Baltaş Z.: *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1999
15. Backman B. ve ark.: Psychophysiological Effects of Mental Imaging Training for Police Trainees, *Stress Medicine*, Vol:13, No:1, 1997
16. Baum A., Garofalo J.P., Yali A.M.: Socioeconomic Status and Chronic Stres: does Stres Account for SES Effects on Health, *Ann N.Y. Acad Sci.*, 896:131-144, 1999
17. Bayar R., Kocabaşoğlu N., Aksoy F.: Baş Ağrısı Şikayeti ile Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Tanısal Yönden Değerlendirilmesi, *Yeni Symposium Dergisi*, 38(4):171-173, 2000;
18. Bayraktar E.: *Hoşça Kal Panik*, 4. Baskı, Gendaş Kültür, İstanbul, 2005
19. Baymur F.: Çağımızda İnsan İlişkilerinin Artan Önemi ve Bu Hususun Eğitimde Dikkate Alınması, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 1990
20. Beler N.: Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkisinin Başlatıcı Etken Olarak Psikoz ve Panik Bozukluğu Üzerine Etkisi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2000
21. Blazer D.: *Mood Disorders: Epidemiology*, Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams and Wilkins, s.1079-1089, 1995
22. Bostancı N., Aştı N.: Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, Haziran 2004
23. Breslau N., Klbey M., Andreski P.: Nicotine Dependence Major Depression and Anxiety in Young Adults, *Arc Gen Psychiatry*, 48:1069-1074, 1991
24. Bullough B., Bulough V.: *Nursing in the Community*, The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1990
25. Carr V.J., Lewin T.J., Walton J.M., Faehrmann C., Reid A.L.: Consultation-Liaison Psychiatry in General Practice, *Aust NZY Psychiatry*, 31:85-94, 1997

26. Clemen-Stone S., McGuire S.L., Eigsti D.G.: Comprehensive Community Health Nursing, Sixth Edition, Mosby, St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, 2002
27. Croudac T.J., Kayne R., Jones P.B., Harrison G.L.: Non-linear Relationship Between an Index of Social Deprivation, Psychiatric Admisson Prevalence and the Incidence of Psychosis, Psychol Med., 30(1):177-185, 2000
28. Çakmak D., Saatçioğlu Ö.: İstanbul Ticaret Üniversitesi Yüksek Lisans İçin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Dizayn Matbaacılık, İstanbul, 2003
29. Çelebi A., Altunhalka A.G.: Ruhsal Nedenli Baş Ağrıları, Düşünen Adam Dergisi, 8(2):18-23, 1995
30. Çelikkol A.: Çağdaş İş Yaşamında İş Sağlığı, Alfa Yayınları, İstanbul, 2000
31. Çelikkol A.: Küreselleşme ve Endüstri Psikiyatrisi, Anadolu Psikiyatri Günleri Sözel Bildiri, Malatya, 2002
32. Çilli A.S., Kaya N.: Üniversite Öğrencilerinden Nikotin Bağımlılığının Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1):42-49, 2003
33. Çorapçioğlu A.: Kısa Sağlık Anketi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozuklukların Tanısı İçin Geliştirilmiş Kısa ve Kolay Bir Ölçeğin Öyküsü, Pfizer, 2000
34. Dammen T., Arnesen H., Ekeberg O., Friis S.: Psychological Factors Pain Attribution and Medical Morbidity in Chest-Pain Patients wiht and Wihtout Coronary Artery Disease, General Hospital Psychiatry, 26:463-469, 2004
35. Dinçmen K.: Psikiyatri / Psikosomatik Tıp, Pan Yayıncılık, İstanbul, 2005
36. Dirican R.: Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri), Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1990
37. Dönmez L., Dedeoğlu N., Özcan E.: Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(3):198-203, 2000
38. Ebrinç S., Açikel C., Başoğlu C., Çetin M., Çeliköz B.: Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:162-168, 2002

39. Ellis R.B., Gates B., Kenworthy N.: İnterpersonal Communication in Nursing, Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburg, London, Nwe York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, 2003
40. Ellis J.R., Hartley C.L.: Nursing in Today's World, Sixth Edition, Lippincott, Philadelphia, New York, 1998
41. Emiroğlu O.N.: İş Sağlığı ve Hemşireliği, Ed.: Erefe İ., Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset, İstanbul, 1998
42. Erefe İ.: Halk Sağlığı ve Hemşireliğine Giriş, Ed.: Erefe İ., Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset, İstanbul, 1998
43. Eroğlu F.: Davranış Bilimleri, Beta Basın Yayın Dağıtım, İstanbul, 1998
44. Erol N., Kılç C., Ulusoy M.: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 2201:25-75, 1998
45. Ervatan S.Ö. , Özel A., Türkçapar H., Atasoy N.: Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması, Klinik Psikiyatri Dergisi, 6:5-11, 2003
46. Evlice Y.E., Gürses Ş.G., Ünal M.: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 1:279-282, 1990
47. Fortinash K.M., Hodbay-Wernwt P.A.: Psychiatric Nursing Care Plans, Mosby Company, London, s.84-92, 1995
48. Goldman H.H.: Review of General Psychiatry, Appleton & Lange, s.278, 1992
49. Gorman L.M., Raines L.R., Sultan D.F.: Psychosocial Nursing for General Patient Care, Second Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2002
50. Göktaş K., Yılmaz E., Kaya N., Akman C.: Bir Eğitim Hastanesinde İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:27-32, 2006
51. Güleç M.Y., Hocoaoğlu Ç., Erdoğan T.: Göğüs Ağrısının Psikiyatrik Görünümleri, Türkiye'de Psikiyatri, 8(2):115-121, 2006
52. Gülten İ.: Çalışma Yaşamındaki Psikososyal Etmenler ve Bu Etmenlerin Fiziksel ve Ussal Sağlığa Etkileri, Verimlilik Dergisi, Sayı:3, 1993
53. Gürsoy Rezaki B., Rezaki M.: Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Sorunlar: Bir Yıllık İzleme Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 7:83-91, 1996
54. Henderson C., Thornicroft G., Glower G.: Inequalities in Mental Health, Br J Psychiatry, 173:105-109, 1998

55. Ivancevich J.M., Matterson, M.T.: Organizational Behavior and Management, Boston:Irwin, 1990
56. Karataş N.: Toplum Ruh Sağlığı ve Hemşireliği, Ed.: Erefe İ., Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset, İstanbul, 1998
57. Kaya B., Ünal S.: Karma Anksiyete ve Depresyon Bozukluğu, Psikiyatri Dünyası Dergisi, 5:80-88, 2001
58. Kelleci M.: Depresyonu Olan Bireylerin Sorun Çözme Becerilerinin Geliştirilmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 7 Sayı 3, İstanbul, 2004
59. Kelleci M., Doğan S.: Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(3):161-168, 2001
60. Kendler K.S., Neale M.C., MacLean C.J., Heath A.C., Eaves L.J., Kessler R.C.: Smoking and Major Depression, A Casual Analysis, Arc Gen Psychiatry, 50(1):36-43, 1993
61. Kılıç C.: Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar, Aydoğdu Ofset, Ankara, s.34-42, 1997
62. Klarreich S.H.: Stressiz Çalışma Ortamı, Çev.: Güngör B., Öteki Matbaası, Ankara, Tarihsiz
63. Kocabaşoğlu N.: Stres ve Anksiyete, Ed.: Balcıoğlu İ., Medikal Açından Stres ve Çareleri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:47, Aksu Dağıtım, İstanbul, s.181-198, 2005
64. Koptagel-İlal G.: Psikodinamik Açından Depresyon, İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu Kitabı, İstanbul, s.53-58, 1999
65. Köknel Ö.: Zorlanan İnsan, 3. Basım, Altın Kitaplar Basımevi, İstanbul, 1993
66. Kum N.: Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları, Ed.: Kum N., Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 2. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:13, Birmat Matbaacılık, İstanbul, 2000
67. Kütükçüoğlu E.: Job Stress – Its Relationship with Job Satisfaction and Work-Family Conflitv of Female Employess, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002, (Danışman: Gülruh Gürbüz)

68. Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B. Ve ark.: Socioeconomic Status, Standart of Living and Neurotic Disorder, Lancet, 352(9128):605-609, 1998
69. Linzer M., Spitzer R., Kroenke K.: Gender Quality of Life and Mental Disorders in Primary Care: Results from the Prime-MD 1000 Study, Am. J. Med., 101:526-533, 1996
70. Mayou R.: Chest Pain Palpitations and Panic, Journal of Psychosomatic Research, 44(1):53-70, 1998
71. Morgan G.: İşte ve Yaşamda Stresi Yönetmenin Yolları, Çev.: Çağla Ş., Ruh Bilim Yayınları, İstanbul, 1993
72. Newton T.: Stres Atma Yolları, Çev.: Turgut A., Doruk Yayıncılık, Ankara, 1997
73. Noyan M.A.: Birinci Basamak ve Genel Sağlık Hizmetleri: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinin Rolü, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(1):35-46, 1997
74. Oğuz A.: Anksiyete ve Somatizasyon, I. Anksiyete Sempozyumu Kitabı, s.145-151, 1993
75. Oktay M.: Çalışma Yaşamında - İş Yerinde Stres, Ed.: Balcıoğlu İ., Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:47, Aksu Dağıtım, İstanbul, s.111-116, 2005
76. Önder E., Şahin A.R.: Türkiyede Psikiyatrinin Bugünü, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, Sayı 1, s. 64-71, 1993
77. Ögel K., Tamar D., Evren C., Çakmak D.: Lise Gençleri Arasında Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1):47-52, 2001
78. Özaltın G.: Hasta Haklarının Hemşirelik Boyutunda İncelenmesi, HÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1(1):27-33, 1994
79. Özaltın G.: Lisans Sonrası Psikiyatrik Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Uluslar Arası Geliştirilmesi Projesi ve Türkiye'deki Mezuniyet Sonrası Hemşirelik Eğitimi Üzerine Düşünceler, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu-Uluslararası Katılımlı, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997

80. Özaltın G.: Psikiyatri Hemşireliğinin Değişen Sorumlulukları, 3P Dergisi, 6(2):139-144, 1998
81. Özbay H., Gökhan E., Kılıç Z.: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Son-Gür Yayıncılık, Ankara, 1993
82. Özerdem A., Aklın T., Alptekin K., Yemez B., Tunca Z., Ünal F.: Bir Üniversite Hastanesinin Psikiyatri Polikliniği Epidemiyolojisi, 16. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, s.101-112, 1990
83. Özkan S.: Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, s.117-135, 1993
84. Özmen E., Ögel K., Boratav C., Sağduyu A., Aker T., Tamar D.: Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği, Türk Psikiyatri Dergisi; 14(2):89-100, 2003
85. Özmen E., Ögel K., Sağduyu A., Tamar D., Boratav C., Aker T.: Psikiyatri Dışı Uzman Hekimlerin Ruhsal Bozukluklar Konusunda Bilgi ve Tutumları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4(1):5-12, 2003
86. Öztekin Z., Kubilay G.: Toplum Sağlığı ve Hemşireliği Ders Kitabı, Son-Gür Yayıncılık, Ankara, 1994
87. Öztop F.: Stresle Başa Çıkma Yolları ve Bir Uygulama, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gebze, 2000 (Danışman: Adnan Ceylan)
88. Öztürk M.O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2002
89. Pektekin Ç.: Psikiyatri Hemşireliği, Ed.: Demir Y., T.C.Anadolu Üniversitesi Yayınları No:570, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, 1993
90. Rezaki B.G., Rezaki M.: Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Sorunlar: Bir Yıllık İzleme Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 7:83-91, 1996
91. Rezaki M.: Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):13-20, 1995
92. Rezaki M., Kaplan İ., Özgen G., Sağduyu A., Gürsoy B., Öztürk O.: Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):3-12, 1995
93. Rogers B.: Occupational Health Nursing Expertise, October, 1998

94. Sabuncuoğlu Z., Tüz M.: Örgütsel Psikoloji, Ezgi Kitabevi, Bursa, 1996
95. Sağduyu A.: Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon, Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):21-29, 1995
96. Sağduyu A.: Somatizasyonun ve İlişkili Sendromların Biyolojisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(3), 2001
97. Sağduyu A., Ögel K., Özmen E., Boratav C.: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1):3-16, 2000
98. Sağduyu A., Özmen E.: Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar: Pratisyen Doktor Tanıları, Verilen Tedaviler, Eğitimin Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 7:176-184, 1996
99. Sağduyu A., Rezaki M., Gürdoy-Rezaki B., Kaplan İ., Özgen G.: Somatoform Ağrı Bozukluğu: Tanımlayıcı Özellikler ve Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkileri, Türk Psikiyatri Dergisi, 10(1), 1999
100. Sağduyu A., şahiner T.: Migen ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanısı Alanlarda Ruhsal Bozuklular, Türk Psikiyatri Dergisi, 8(1):45-49, 1997
101. Samuk F.: Psikiyatrinin Tarihçesi, Ed.: İlkay E., Cerrahpaşa Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Yayınları, No: 240, İstanbul, 2002
102. Schnake M.E.: Human Relations, Merrill Publishing Co., Ohio, 1990
103. Shives L.R.: Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing, Fourth Edition, Lippincott, Philadelphia, New York, 1998
104. Silah M.: Endüstride Çalışma Psikolojisi, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005
105. Stuart G.W., Sundeens L.: Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Mosby Year Book, New York, s.659-679, 1991
106. Sürer A.: İş Stresi, Balıkesir Üniversitesi İşletme Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2001 (Danışman: Güner Ekici)
107. Swindle R.W. Jr, Cronkite R.C., Moos R.H.: Risk Factors for Sustained Nonremission of Depressive Symptoms: a 4 year Follow-up, J Nerv Ment Dis, 186(8):462-469, 1998
108. şahin E.M., Özer C., Dağdeviren N., şahin Ö., Aktürk Z.: Birinci Basamakta Somatizasyon Bozukluğuna Yaklaşım, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Ocak 2001

109. Şahin N.H.: Stresle Başa Çıkma, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:2 , 3. Basım, Ankara, 1998
110. Şener F.K.: İş Sağlığı ve Güvenliği Süreçlerinde İş Sağlığı Hemşirelerinin Uygulamaları ve Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Nihal Esin)
111. Tonguç D.: Panik Bozuklukların Semptom Dağılımı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Tıpta Uzmanlık Tezi, 1995
112. Tuncel N., Sanlı T., Perk M.: Halk Sağlığı Hemşireliği, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 568, Web Ofset Matbaası, Eskişehir, 1992
113. Tunçer Ö.: Depresyon ve Somatizasyon, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, s.47-52, 1999
114. Tunçer Ö.: Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar, Ed.: Balcıoğlu İ., Medikal Açından Stres ve Çareleri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:47, Aksu Dağıtım, İstanbul, s.153-162, 2005
115. Tümkaya S., Özdel O., Değirmenci T., Oğuzhanoglu N.K.: Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Hastalarında Psikiyatrik Tanı ve Tedavi: Bir Yıllık Geriye Dönük Araştırma, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:36-40, 2005
116. Türkcan A.: Türkiye’de Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Yaygınlığı Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4):310-318, 1999
117. Uğur M.: Mizaç Bozuklukları, Ed.: İlkay E., Cerrahpaşa Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No: 240, İstanbul, 2002
118. Uğur M.: Stres Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar, Ed.: Balcıoğlu İ., Medikal Açından Stres ve Çareleri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:47, Aksu Dağıtım, İstanbul, s. 13-34, 2005
119. Ünal S., Özcan E.: Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1):41-48, 2000
120. Yemez B., Köksal A.: Depresyon Etiyolojisi, Psikiyatri Dünyası Dergisi, 1:21-25, 1998

121. Yeşilyaprak B.: Eğitimde Rehberlik Hizmetleri, 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, s.1, 2001
122. Yıldırım İ.: Stres ve Stresle Başa Çıkma Gevşeme Teknikleri, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:6, 1991
123. Yıldız M., Özcan M.E.: Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı, Bağımlılık Dergisi, 1:86-88, 2000
124. Yöney H., Ünalın P.: Profesyonel Yaşamda İş Stresi ve Tükenmişlik, 12. Ulusal İnsan Yönetimi Kongresi, 2004
125. ...: DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi – 2001 Dünya Sağlık Raporu; Ruh Sağlığı Konusunda Yapılacaklar: DSÖ Önerileri, Fact Sheet, Cenevre, Ekim 2001

10. ÖZGEÇMİŞ

11.11.1982 yılında Ordu'da doğan Serpil Özbucak-Civil; ilk, orta ve lise öğrenimini Ordu'da tamamladı.

1999-2003 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik lisans eğitimini tamamladı.

Temmuz 2003 - Mart 2004 yılları arasında Memorial Hastanesi Cerrahi Bölümü'nde 8 ay Cerrahi Servis Hemşiresi olarak çalıştı.

2003 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisansına başladı.

Mart 2004 - Şubat 2006 yılları arasında Global Bilgi A.Ş.'de İş Sağlığı Hemşiresi olarak 2 yıl çalıştı.

Mart 2006'dan itibaren Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde Diyabet Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaktadır.



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 1 / 03 / 2007

İMZA

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Gülten ÖZALTIN
Üniversitesi : Marmara

.....*B. Özaltın*.....

Danışman : Doç.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
Üniversitesi : Marmara

.....*Ş. Ecevit Alpar*.....

Üye : Yrd.Doç.Dr. ^{Özlem İSİL} Zerrin ÇİĞDEM
Üniversitesi : Marmara

.....*Zerrin Çiğdem*.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 09 / 03 / 2007 tarih ve 14 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sevim Rollas
Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür