

T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI



RUHSAL BELİRTİLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER
İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yunus TAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2019

T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

RUHSAL BELİRTİLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER
İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yunus TAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2019

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı uzmanlık eğitimi
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Arş. Gör. Dr. Yunus TAN'ın Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24 / 05 / 2019

TEZ KONU BAŞLIĞI

RUHSAL BELİRTİLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı Soyadı

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Prof. Dr. Dilek TOPRAK

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar ERTEKİN

İmzası

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 30.05.2019 tarih ve 1.9.02 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tamer DEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Tez alıŐması s¼recinde g¼sterdikleri her t¼rl¼ destek ve yardımdan dolayı Prof. Dr. E. Melih Şahin ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda g¼rev yapmakta olan hocalarım baŐta olmak üzere, asistanlık eğitimim boyunca emeği geçen t¼m hocalarıma, araştırma g¼revlisi meslektaŐlarıma ve hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme teŐekk¼r ederim.

Dr. Yunus TAN
ÇANAKKALE, 2019

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarda ruhsal belirtileri taramak; tarama sonuçlarının hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile olan ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı desende olan çalışmamız 1 Şubat 2018-1 Kasım 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 18-65 yaş arası 414 katılımcı ile yürütüldü. Katılımcılara yüz yüze görüşme metoduyla sosyodemografik veri formu ve SCL90-R Psikolojik Belirti Tarama Testi uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların 256'sı (%61,8) kadın, 158'i (%38,2) erkek, yaş ortalaması $33,7 \pm 13,6$, %47,3'ü fakülte ve üzeri eğitim seviyesinde idi. SCL90-R anketinin GSI ortalaması $0,9 \pm 0,5$, en yüksek skora sahip alt ölçeği obsesyon ($1,3 \pm 0,6$), en düşük skora sahip alt ölçeği fobik anksiyete ($0,5 \pm 0,5$) idi. Ruhsal durum değerlendirildiğinde en çok obsesyon ($1,3 \pm 0,6$), somatizasyon ($1,0 \pm 0,6$), depresyon ($1,0 \pm 0,7$), paranoid düşünce ($1,0 \pm 0,7$) ve kişiler arası duyarlılık ($1,0 \pm 0,7$) belirtileri saptandı.

Aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması her alt ölçekte ruhsal belirtileri arttırıyordu. Genel itibariyle yaşın ilerlemesi ruhsal belirtileri azaltırken, tek başına yaşamak ve çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalmak ruhsal belirtileri arttırıyordu. Kadın olmak somatizasyon ve depresyon belirtilerini, eğitim düzeyinin düşük olması somatizasyon ve psikotizm belirtilerini arttırıyordu. Psikiyatrik hastalığı olanların kişiler arası duyarlılık, anksiyete, psikotizm belirtileri, aile ve akrabalarında psikiyatrik hastalığı olanların somatizasyon, obsesyon, depresyon, anksiyete belirtileri yüksekti. Sağlık hizmetleri ve tedavi seçeneklerini sık kullananların somatizasyon belirtileri yüksekti.

Sonuç: Çalışmamız benzer çalışmalar ile uyumlu olarak ruhsal belirtilerin, bireyin sosyodemografik ve klinik özelliklerinden etkilendiğini göstermiştir. Ruhsal bozukluklar yüksek kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri

nedeniyle ruhsal belirtiler gözetilerek birinci basamakta erken teşhis edilmelidir. Eş, aile ve toplum ile ilişkilerin düzenlenmesi, eğitim seviyesinin artırılması, psikolojik ve fiziksel şiddetin önlenmesi, bedensel hastalıkların tedavi edilmesi ruh sağlığının korunması için anlamlı gözükmektedir.

Anahtar kelimeler: Sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, SCL90-R, ruhsal belirtiler



ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to screen the psychiatric symptoms of patients applying to the Family Medicine Polyclinic of the Research and Application Hospital in Canakkale Onsekiz Mart University and to investigate the relationship between the screening results and the sociodemographic and clinical characteristics of the patients.

Methods: Our study had a cross-sectional and descriptive design and was conducted with 414 participants aged between 18-65 years who applied to our polyclinic between February 1st, 2018 and November 1st, 2018. The participants were applied the sociodemographic data form and the SCL90-R Symptom Checklist test.

Results: 256 (61.8%) of the participants were female and 158 (38.2%) were male; mean age was 33.7 ± 13.6 , and 47.3% had education levels of university and above. The Global Severity Index (GSI) mean of the SCL90-R was 0.9 ± 0.5 , and the subscale with the highest score was obsession (1.3 ± 0.6), while the subscale with the lowest score was phobic anxiety (0.5 ± 0.5). When the mental states were evaluated, it was determined that the most common symptoms belonged to obsession (1.3 ± 0.6), somatization (1.0 ± 0.6), depression (1.0 ± 0.7), paranoid thoughts (1.0 ± 0.7) and interpersonal sensitivity (1.0 ± 0.7).

Poor relations with family and spouse increased the psychological symptoms in each subscale. In general, while the progression of age reduced psychological symptoms, living alone and exposure to physical violence in childhood increased psychological symptoms. Females had higher somatization and depression symptoms, while those with lower education levels had higher somatization and psychoticism symptoms. Those with psychiatric disorders had high interpersonal sensitivity, anxiety and psychotic symptoms, and those with relatives with psychiatric disorders had high somatization, obsession, depression and anxiety symptoms. Those who frequently used health services and treatment options had high somatization symptoms.

Conclusion: Our study showed that psychological symptoms were affected by the sociodemographic and clinical characteristics of the individuals, in accordance with similar previous studies. Due to the high tendency of psychological disorders to become chronic and their treatment difficulties, they should be diagnosed early in primary care by considering psychological symptoms. Organizing relations with the spouse, family and society, increasing the level of education, preventing psychological and physical violence and treating physical diseases seem to be meaningful for the protection of psychological health.

Keywords: Sociodemographic characteristics, clinical characteristics, SCL90-R, psychological symptoms

İÇİNDEKİLER

| <u>DİZİN</u> | <u>SAYFA NUMARASI</u> |
|--|-----------------------|
| İç Kapak | |
| Kabul-Onay Sayfası | |
| Teşekkür | iii |
| Özet ve Anahtar Sözcükler | iv |
| İngilizce Özet (Abstract and Key Words) | vi |
| İçindekiler | viii |
| Kısaltmalar ve Simgeler | x |
| Tablolar Dizini | xi |
| 1. Giriş ve Amaç | 1 |
| 2. Genel Bilgiler | 3 |
| 2.1. Aile hekimliği kavramı | 3 |
| 2.2. Ruh sağlığı kavramı | 4 |
| 2.3. Ruhsal belirtiler | 5 |
| 2.4. Ruh sağlığını etkileyen faktörler | 6 |
| 2.4.1. Sosyal faktörler | 7 |
| 2.4.2. Psikolojik faktörler | 8 |
| 2.4.3. Biyolojik faktörler | 9 |
| 2.4.4. Sigara ve madde kullanımı | 11 |
| 2.5. Ruhsal bozuklukların teşhisini engelleyen faktörler | 12 |
| 2.5.1. Hasta faktörleri | 12 |
| 2.5.2. Sağlık çalışanı faktörleri | 12 |

| | |
|---|-----|
| 2.5.3. Sağlık sistemi faktörleri | 13 |
| 2.5.4. Toplumsal ve çevresel faktörler | 14 |
| 2.6. Ruhsal bozukluklar ve komorbidite | 14 |
| 2.7. Dünyada ruh sağlığına kısa bir bakış | 15 |
| 2.8. Türkiye’de ruh sağlığına kısa bir bakış | 16 |
| 2.9. Ruh sağlığı hizmet piramidi ve birinci basamak ruh sağlığı hizmeti | 18 |
| 2.10. Ruhsal bozuklukların tedavisine genel yaklaşım | 20 |
| 3. Gereç ve Yöntem | 22 |
| 3.1. Evren ve Örneklem | 22 |
| 3.2. Uygulama | 22 |
| 3.3. Veri toplama araçları | 23 |
| 3.4. İzin ve Onamlar | 25 |
| 3.5. İstatistiksel Analiz | 25 |
| 4. Bulgular | 26 |
| 4.1. Sosyodemografik Özellikler | 26 |
| 4.2. SCL90-R Ölçek Sonuçları | 32 |
| 4.3. Regresyon analizleri | 55 |
| 5. Tartışma | 69 |
| 6. Sonuç | 91 |
| 7. Kaynaklar | 93 |
| Ek 1 Yapılandırılmış Anket Formu | 111 |
| Ek 2 Etik Kurul Onayı | 122 |

KISALTMALAR VE SİMGELER

| | |
|---------|---|
| ADD | Additional |
| ANX | Anxiety |
| Ark. | Arkadaşları |
| DEP | Depression |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GSI | Global Symptom Index |
| HOS | Hostility |
| INT | Interpersonal sensitivity |
| O-C | Obsessive-Compulsive |
| OKB | Obsesif kompulsif bozukluk |
| PAR | Paranoid ideation |
| PHOB | Phobic anxiety |
| PSDI | Positive Symptom Distress Index |
| PST | Positive Symptom Total |
| PSY | Psychoticism |
| SCL90-R | Symptom Checklist 90-Revised |
| SOM | Somatization |
| WONCA | World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians |

TABLolar DİZİNİ

| <u>DİZİN</u> | <u>SAYFA NUMARASI</u> |
|--|-----------------------|
| Tablo.2.1. 100,000 kiři başına dūřen ruh sağlığı profesyonellerinin bōlgelere gōre dağılımı | 13 |
| Tablo.2.2. Őlkelere gōre ruhsal hastalık prevalansı | 16 |
| Tablo.2.3. Birinci basamakta psikiyatrik değerlendirme Őlęekleri | 19 |
| Tablo.3.1. Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ŐlęŐtleri | 22 |
| Tablo.4.1. Katılımcıların meslekleri | 27 |
| Tablo.4.2. Katılımcıların toplam ilaç kullanım miktarı | 30 |
| Tablo.4.3. VŐcut Kitle İndeksi Sınıflandırması | 31 |
| Tablo.4.4. SCL90-R alt Őlęek puanları | 33 |
| Tablo.4.5. SCL90-R alt Őlęek puanlarının cinsiyetler açısından durumu | 34 |
| Tablo.4.6. Katılımcıların SCL90-R alt Őlęek puanlarının medeni durum açısından durumu | 36 |
| Tablo.4.7. Katılımcıların SCL90-R alt Őlęek puanlarının çalışma durumları açısından durumu | 39 |
| Tablo.4.8. Katılımcıların SCL90-R alt Őlęek puanlarının alkol kullanma durumları açısından durumu | 42 |
| Tablo.4.9. Katılımcıların ay, kahve ve kola tŐketim miktarları ile SCL90-R alt Őlęek puanlarının korelasyon analizleri | 44 |
| Tablo.4.10. Katılımcıların psikiyatrik ve GİS hastalığı olma durumlarına gōre SCL90-R alt Őlęek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları | 47 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Tablo4.11. | Alternatif ve tamamlayıcı tıp (ATT) yöntemleri uygulama durumlarına göre SCL90-R alt ölçek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları | 49 |
| Tablo.4.12. | GSI puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 56 |
| Tablo.4.13. | PST puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 57 |
| Tablo.4.14. | PSDI puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 58 |
| Tablo.4.15. | Somatizasyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 59 |
| Tablo.4.16. | Obsesyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 60 |
| Tablo.4.17. | Kişiler arası duyarlılık alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 61 |
| Tablo.4.18. | Depresyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 62 |
| Tablo.4.19. | Anksiyete alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 63 |
| Tablo.4.20. | Öfke-düşmanlık alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 64 |
| Tablo.4.21. | Fobik anksiyete alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 65 |
| Tablo.4.22. | Paranoid düşünce alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 66 |
| Tablo.4.23. | Psikotizm alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 67 |
| Tablo.4.24. | Ek skalalar alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | 68 |

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bedensel, ruhsal ve sosyal yönden dengede olması gerekmektedir. Davranış biçimleri ve kişilik yapıları toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterdiğinden ruh sağlığının genel tanımını yapmak nispeten zordur. Genel itibariyle ruh sağlığı; kişinin kendi kendisiyle, yakın çevresi ve toplumuyla barış içinde olması, sürekli denge ve düzen sağlayabilmek için gerekli çabayı gösterebilmesi olarak tanımlanabilir (1,2).

Ruhsal hastalıkların toplumdaki sıklığı giderek artmaktadır. DSÖ verilerine göre ülkeler genelinde, bir yıllık genel ruhsal bozukluk prevalansı %4-26 arasında değişmektedir (3). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre toplumun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği belirlenmiştir. Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması'nda ise temel hastalık gruplarına göre dağılım yapıldığında psikiyatri hastalıkları %19 ile ikinci sırada yer almaktadır (4). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda depresyon görülme sıklığı 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13'tür. Depresif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluk tanısını içeren toplam ruh sağlığı bozukluğu yüzdesi ise %12 olup, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır (5). Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre, genel olarak major depresyon yaygınlığı %3-5,8 kadardır. Bir yıllık yaygınlık %2,6-6,2 olarak verilmektedir. Hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26'dır. Epidemiyolojik veriler herhangi bir yılda kadınların %13'ü, erkeklerin %8'inin depresyonda olduğunu göstermektedir (6).

Birinci basamak sağlık hizmeti kolay ulaşılabilir ve fazla sayıda insanla iletişim kurulabilir olması nedeniyle ruhsal hastalıkları tanımda ve önlemede önemli bir yer teşkil etmektedir. Çoğu insan ruhsal hastalık belirtilerini, daha iyi iletişim kurabildiği ve ruhsal hastalıklara ilişkin damgalanmadan kaçındığı için aile hekimlerine danışmaktadır. Ruh sağlığı hizmeti alma tercihlerinin incelendiği bir çalışmada katılımcılar %49 oranında aile hekimlerine başvuracaklarını belirtmişlerdir (7). Yapılan diğer bir çalışmaya göre ruhsal

hastalık nedeniyle tedavi alan katılımcıların %92'sinin en az bir kere aile hekimine başvurduğu, %45'inin ise sadece aile hekimine başvurduğu, psikiyatri hekimine başvurmadığı görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan yetişkinler aile hekimlerini yılda ortalama 9,1 kez ziyaret etmiştir (8).

Ruhsal durum sadece kişinin duygu, düşünce ve davranışlarından etkilenmez; sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel, biyolojik ve genetik faktörler farklı biçimlerde ruhsal durumu etkiler (9). Ruhsal bozukluklar ile bireyin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcuttur (10-12). Bu çalışmalarda ruhsal bozuklukların kadınlarda (5,10) ve düşük eğitim seviyesi olanlarda daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (10,11,13,14). Ülkemizde de birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve ruh sağlığını etkileyen faktörleri araştıran çalışmaların sayısı giderek artmaktadır (4,15-20). Ancak birinci basamak ruh sağlığı hizmetine dair birikim ve deneyimimiz kısıtlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetinde ruhsal hastalıklara karşı hekimlerin tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmalarda, hekimlerin ruhsal hastalıkları teşhis ve tedavi etme konusunda yetersiz oldukları saptanmıştır (21-23). Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetinde ruh sağlığı ve etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar yapmak ve farkındalığı arttırmak önem kazanmaktadır. Yine bu konu üzerinde yapılan çalışmalar bilimsel literatür ve ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından da önemlidir (24).

Bu çalışmanın amacı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarda ruhsal belirtileri taramak; tarama sonuçlarının hastaların sosyodemografik özellikleri ve klinik öyküleri ile olan ilişkisini araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Aile hekimliği kavramı

Aile hekimliği Türkiye'de bir hizmet sunum modeli olarak algılanmaktadır ancak aile hekimliği diğer uzmanlık dalları gibi uzmanlık disiplinini bünyesinde barındıran birinci basamak ile ikinci basamak tedavi edici hizmetler arasında iş birliğini ve iletişimi sağlayan ayrı bir tıp disiplinidir. Günümüzde pek çok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri, tıp lisans eğitiminden sonra aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış hekimlerce yürütölmektedir. Bu ölkeler arasında İngiltere, Kanada, ABD, Almanya sayılabilir. İngiltere'de 'general practitioner', Almanya'da 'hausartz', Kanada ve ABD'de 'family physician' gibi farklı isimlerle adlandırılırlar. DSÖ ve WONCA birinci basamakta hizmet sunacak hekimlerin uzmanlık eğitimi alması gerekliliği konusunda görüş birliği içerisindedir (25).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından başlatılan ve on yılı aşkın bir süre devam ettirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimlerinin şu özellikleri olmalıdır:

Genellik: Tüm toplumun sağlık sorunlarını tanımlayabilmeli; hizmeti tüm topluma ve bireylere sunabilmelidir.

Süreklilik: Hastaları ile olan ilişki belirli bir süre ile sınırlandırılmış olmamalı, devamlı ve uzun süreli olmalıdır.

Kapsamlılık: Bireylere koruyucu, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerde dahil olmak üzere tam bir sağlık hizmeti sunmalıdır.

Koordinasyon ve İş birliği: Gerektiğinde diğer sağlık ve sosyal hizmet sunucuları ile iş birliği içerisinde çalışabilmelidir.

Aile hekimi hizmetini sunarken hastalarına sadece biyolojik açıdan yaklaşmaz, sosyal ve psikolojik bakımlardan da onları değerlendirir ve tedavi uygular. Sadece tedavi edici hizmetleri yürütmez, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık düzeyini geliştirici hizmetlerde aile hekiminin görev tanımında yer alır. Ayrıca bireyler içinde yaşadıkları aile

ortamında değerlendirilirken sosyal ve ruhsal açıdan da değerlendirilmiş olur (26).

2.2. Ruh sağlığı kavramı

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz ve temel bir bileşenidir. DSÖ sağlığı; hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir bedensel, ruhsal ve sosyal esenlik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanımın önemli tarafı, sağlığın fiziksel ve zihinsel bozuklukların yokluğundan daha fazlasını ifade etmesidir. Ruh sağlığı, bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirebildiği ve geliştirebildiği, hayatın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken olarak çalışabildiği ve kendi toplumuna katkıda bulunabildiği bir refah halidir (27).

Kendini ve çevreyi gerçekçi bir biçimde algılayabilen, kendine ve çevresine güvenen, başkalarını anlayabilen, yaşadığı toplumun kültürel, sosyal, ekonomik normlarına uyabilen, kendinin sınırlı yetilerini ve başarısızlıklarını olumlu biçimde kabul edebilen, değişen durumları değerlendirebilen, gerektiğinde çevreyi biçimlendiren ve çevreye uyum sağlayabilen, farklılıkları anlayışla karşılayan ve yeniliklere açık olan, esneklik ve saygı gösterebilen, uygun yer ve zamanda kişilere bilgi, duygu ve düşüncelerini aktarabilen bireylerin ruhsal açıdan sağlıklı olduğu söylenebilir (28).

Ruh sağlığı değişmez değildir, beden sağlığı gibi değişen koşullar nedeniyle bozulabilir. Dış baskılar belli bir dereceyi aştığında ruhsal denge sarsılabilir; bunalımlar, üzüntüler, kaygılar, iç çatışmalar ve davranış bozuklukları yaşanabilir. Ruhsal hastalık; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunmasıdır. Ruhsal sorunların belirtileri rahatsız edici, acı verici, kişiyi ve çevresini mutsuz eden türdendir. Bu sorunlar kişinin uyumunu bozar, ilişkilerini sarsar ve aile, çalışma ortamı ve sosyal çevre ile olan ilişkiler dahil tüm hayatı etkiler (29).

2.3. Ruhsal belirtiler

Ruhsal belirtiler genel olarak; somatizasyon, anksiyete, depresyon, obsesyon-kompulsiyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, öfke-düşmanlık (hostilite), fobik reaksiyon adı altında incelenmektedir (30).

Somatizasyon; bedensel işlevlere ilişkin belirtiler ile ilgilidir. Bu belirtiler hastalığa veya sakatlığa işaret eden, ancak genel tıbbi bir durumla veya bir maddenin etkisi ile tam olarak açıklanamayan, başka bir ruhsal bozukluğa atfedilemeyen fiziksel belirtiler olarak ortaya çıkar (31). Kardiyovasküler, gastrointestinal, nörolojik belirtiler; çarpıntı, geğirme, bulantı, kusma, baş ağrısı, kas ağrısı şeklinde ortaya çıkabilir. Deride kaşıntı, yanma, karıncalanma, uyuşma görülebilir. Ayrıca kadınlarda cinsel yakınmalar ve menstruasyon düzensizliği olabilir (20).

Anksiyete; normal sinirlilik ve endişe duygularından farklı olarak; aşırı korku ve endişeyi içerir. Anksiyeteli birey, kendini yetersiz bulur, kolayca çöküntüye girer ve ilişkilerinde aşırı duyarlıdır. Dikkatini toplayamadığı ve yanlış yapmaktan korktuğu için, karar vermekte zorlanır. Kas gerginliği, titreme, çarpıntı, kaçınma davranışları görülebilir. Özellikle boyun ve omuz bölgesinde olan kas spazmı, sık idrara çıkma, uyku bozukluğu ve kötü rüyalardan yakını; günlük yaşamda kişi işleri yolunda gitse dahi kaygılıdır (32).

Depresyon; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, düşük benlik saygısı, zevkli aktivitelere ilginin azalması ve intihar düşünceleri ile karakterizedir. Ruhsal bozukluklar arasında en yaygın görülen hastalıklardan biri olan depresyon, her yaşta görülmesi mümkün olan bir hastalıktır. Genetik ve biyolojik nedenler, çevre ve yaşam koşulları ve psikososyal zorlanmalar depresyonun başlamasına neden olabilir (33).

Obsesyon-kompulsiyon; istenmeyen ve kontrol edilemeyen düşünceler ve kişinin yapmaktan vazgeçemediği, gerçekleştirilmesini zorunlu hissettiği ritüel halini almış tekrarlayıcı davranışlarla karakterizedir. Tekrar edilen kalıplaşmış

davranışlar kişiye zevk vermez, bunlar bir amaca yönelik değildir ve kişi bunlara karşı direnme çabası gösterir (34).

Kişiler arası duyarlılık; özellikle diğer insanlara kıyasla, yetersizlik ve aşağılık duyguları üzerinde durmaktadır. Kişilerarası etkileşimler sırasında belirgin bir şekilde rahatsızlık hissetme ve kendinden şüphe etme bu sendromun karakteristik bulgularıdır (35).

Psikotizm; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, aklın gerçek ve gerçek olmayan arasındaki ayrımı yapmakta zorlandığı klinik durumdur. Semptomlar yanlış inanç (delüzyon) ve başkalarının görmediği, duymadığı şeyleri görme ve duymayı (halüsinasyonlar) içerebilir. Uyku sorunları, sosyal geri çekilme, motivasyon eksikliği ve günlük aktiviteleri gerçekleştirmede zorluklar görülebilir (36).

Paranoid düşünce; düşmanlık, büyülenme, şüphecilik ve projektif düşünme olarak tanımlanabilir. Paranoid düşünce biçiminin başlıca özelliği başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme örüntüsüdür (37).

Öfke-düşmanlık (hostilite); duygu, düşünce ve davranışların kızgınlık, sinirlilik, saldırganlık gibi niteliklerini yansıtır (20).

Fobik reaksiyon; belirli bir kişi, yer, obje veya durum karşısında orantısız korku tepkisi verme ve bunun sonucu olarak kaçınma davranışı oluşturma sendromudur. Korkulan nesne veya durumdan kaçınılmazsa, etkilenen kişi ciddi sıkıntılar yaşar. Fobiler özgül fobiler, sosyal fobi ve agorafobi olarak sınıflandırılabilir (37).

2.4. Ruh sağlığını etkileyen faktörler

Ruh sağlığını etkileyen faktörler sadece kişinin duyguları, düşünceleri, davranışları ve diğer bireyler ile etkileşiminden etkilenmez; sosyoekonomik durum, yaşam standartları, çalışma koşulları ve toplumun sosyal desteği gibi sosyal, kültürel, politik, ekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bununla

birlikte toplumdaki bazı bireyler ve grupların, ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşma riski daha fazladır. Kronik hastalığı olan bireyler, ihmal ve kötü muameleye maruz kalan bebek ve çocuklar, madde kullanım öyküsü olan adölesanlar, toplumdaki azınlık grupları, yaşlı bireyler, ayrımcılık ve insan hakları ihlalleri yaşayan bireyler, mahkumlar ve çatışmaya maruz kalmış bireyler, doğal afet veya insani acil durumları yaşamış bireyler bu gruplar arasında sayılabilir (9).

2.4.1. Sosyal faktörler

Zihinsel ve psikolojik iyi olma hali insanların içinde yaşadıkları toplumun sosyal faktörleri tarafından etkilenir (38). Kentleşme, yoksulluk ve teknolojik gelişmeler ruhsal bozuklukların gelişimi ile ilişkilendirilmiş olsada, bu faktörlerin belirli bir toplumda tüm kesimler için aynı etkiyi oluşturduğunu söylemek doğru değildir. Değişiklikler sosyoekonomik konum, cinsiyet, ırk ve etnik kökene bağlı olarak farklı bireylerde farklı etkiler oluşturur (39).

Yaygın ruhsal bozuklukların (depresyon ve anksiyete) toplumdaki ekonomik duruma göre dağıldığına dair iyi kanıtlar vardır (40). Sosyoekonomik olarak dezavantajlı kişiler, ruhsal hastalıklardan ve olumsuz sonuçlarından orantısız olarak etkilenmektedirler (41,42). Düşük gelir ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki, bazı çalışmalarda kişinin borç durumuna göre açıklanmaktadır. İngiltere, Galler ve İskoçya'da yapılan bir çalışma, fazla borca sahip olan bireylerin, gelirleri ve diğer sosyodemografik değişkenleri üzerinde düzeltme yapıldıktan sonra bile ruhsal rahatsızlığa yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (43). Avrupa lkelerinde yapılan araştırmalarda ise yaygın ruhsal bozuklukların (depresyon ve anksiyete) düşük eğitim düzeyi, düşük maddi kazanç ve işsizlik ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (44). Sosyal hiyerarşide daha düşük konumda olanlar, yaşam boyunca sosyal desteğe ve çevresel imkanlara daha az sahip olma eğilimindedirler (45).

Sosyal faktörlerin etkisi yaşam boyunca değişir ve farklı yaşlarda bireyleri farklı şekillerde etkiler. Sosyoekonomik eşitsizliğin ruhsal etkileri yetişkinlikten önce ortaya çıkmaktadır. Literatürün sistematik bir derlemesi, sosyoekonomik

durumu yüksek olan gençlere göre, sosyoekonomik durumu düşük olan 10-15 yaş arasındaki gençlerde depresyon ve anksiyete yaygınlığının 2,5 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (46).

Birçok toplumda ağır çalışma şartları, yoksullaşma, aile içi şiddet ve istismar, cinsiyet ayrımcılığı özellikle kadın ruh sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Kadına yönelik şiddet her sosyoekonomik düzeyden kadını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (9). Kadınlar artan bir şekilde işgücünün önemli bir parçası haline gelirken, eş olmak, anne olmak gibi vasıflarını devam ettirirler. Kadınların üstlendiği çok sayıda rol, onların ruhsal bozukluğa yakalanma riskini arttırmaktadır (39).

Kırsal yaşam birçok insan için zorluklarla doludur; izole yaşamak, ulaşım ve iletişimin eksikliği, sınırlı eğitim olanakları buna örnek verilebilir. Aynı zamanda ruh sağlığı hizmeti, büyük şehirlerde yoğunlaşma eğilimindedir ve bu hizmete ihtiyacı olan kırsal bölge sakinleri için seçenekler sınırlıdır. Kırsal bölgede yaşayan kadın bireyler ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada depresyona yakalanma oranı, genel nüfus tahminlerinde kadınlar için öngörülen depresyona yakalanma oranından iki kat fazla saptanmıştır (47).

Yirminci yüzyılın sonlarından itibaren teknolojinin olağanüstü gelişimi, ruhsal bozuklukların artmasıyla ilişkilendirilmiş bir başka faktördür. Teknolojik gelişmeler; iletişim ağının gelişmesi, bilginin yayılması ve bireylerin bilgiye ulaşması için muazzam fırsatlar sunmaktadır (39). Ancak bu ilerlemelerin olumsuz tarafları da vardır. Medyanın şiddet ve cinsel içerikli yayınları ve şiddet içerikli video oyunlarının saldırgan davranışları ve eğilimleri artırdığını gösteren çalışmalar vardır (48).

2.4.2. Psikolojik faktörler

20. yüzyıl boyunca mevcut anlayışı şekillendiren ana bulgu, çocukluk döneminde ebeveynler veya bakıcılarla olan ilişkilerin hayati önem taşıdığı yönündedir. Sevgi, özenli ve istikrarlı bakım bebeklerde ve küçük çocuklarda akli ve duygusal işlevlerin gelişmesine olanak tanır. Ebeveyn veya bakıcıların

ruhsal sağlık sorunları, hastalıkları veya ölümleri; yoksulluk, savaş, göç gibi sosyolojik etkenler genç bireyin ruhsal gelişimi üzerinde etkilidir (39). Güçlü kanıtlar göstermektedir ki ileri yaşlarda ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel hastalıkların kökeni erken yaşlardan kaynaklanmaktadır (49,50). Çocukluk çağında hassas gelişim dönemlerinde yaşanan stresler; beyinde stres tepkilerinin düzenlendiği nöral mekanizmaları ve stres tepkileriyle ilişkili genlerin ekspresyonunu etkiler (51). Strese maruz kalmak zamanla bireyin nörolojik, kardiyovasküler, solunum, bağışıklık sistemide dahil olmak üzere biyolojik işleyişini olumsuz yönde etkileyen durumlara sebep olur (52).

Diğer bir önemli bulgu insan davranışının sosyal çevre ile etkileşimler yoluyla şekillenmesidir. Temel olarak, bireylerin çevre tarafından ödüllendirilen davranışları uygulama olasılığı daha yüksektir ve cezalandırılan davranışlarda bulunma olasılığı daha düşüktür. Öğrenme ve davranış üzerine uzun yıllar süren araştırmalar göstermiştir ki zihinsel ve davranışsal bozukluklar, doğrudan veya zaman içinde başkalarını gözlemleyerek öğrenilen uygunsuz davranışların bir sonucu olarak görülebilir. İnsanların uygunsuz davranış kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olmak için kullanılan davranış terapilerinin başarısı da bu teoriyi desteklemektedir (39).

Psikoloji bilimi, depresyon ve anksiyete gibi bazı ruhsal bozuklukların stresli bir yaşam olayından sonra bireyin başa çıkma mekanizması olarak ortaya çıktığını göstermiştir. Genel olarak, stres etkenleri hakkında düşünmekten veya bunlarla uğraşmaktan kaçınan insanların depresyon ve anksiyete geliştirmeye daha yatkın olduğu görülmüştür. Sorunlarını başkalarıyla paylaşanlar ve stresörlerini yönetmenin yollarını bulmaya çalışanlar ruhsal bozukluklar ile daha iyi başa çıkabilmektedir (39).

2.4.3. Biyolojik faktörler

Ruh sağlığının bozulmasına neden olabilecek biyolojik faktörler arasında genetik faktörler, enfeksiyonlar, beyin hasarı, prenatal hasar, madde bağımlılığı, kötü beslenme ve kurşun gibi toksinlere maruz kalma sayılabilir (53). Ruhsal

bozuklukların, beyindeki belirli bölgelerin fonksiyonlarının anormal çalışması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin; psikotik hastalıklarda nöral devrelerin maturasyonundaki anormallikler hücresele düzeyde uygunsuz bilgi işleme ile sonuçlanan patolojilere yol açar (54). Depresyon ise sinir devrelerinin işleyişindeki değişiklikler sonucu ortaya çıkar. Bu değişiklikler; hücresele düzeyde normal işlev için gerekli olan aminoasitlerin ve proteinlerin yapısında, yerinde veya dizilimindeki kritik ve hassas farklılaşmadan kaynaklanır (55). Yaşam boyunca her türlü deneyim sinaptik bağlantıları yeniden şekillendiren moleküler süreçleri başlatmak için bir güce sahiptir. Bu süreç 'sinaptik plastisite' olarak tanımlanır ve beyin fizyolojik yapısını değiştirir. Yeni sinaptik bağlantılar oluşabilir, eskiler kaldırılabilir, mevcut olanlar güçlendirilebilir veya zayıflatılabilir (56).

Ruhsal hastalıklar bazı ailelerde daha sık görülür. Bu durum ailede ruhsal hastalığı olan bir üyenin; diğer aile üyelerinin ruhsal hastalık geliştirme olasılığını genetik veya çevresel faktörler yoluyla arttırdığını düşündürmektedir. İkiz ve evlat edinme çalışmaları, ruhsal bozukluklarda hem genlerin hem de çevrenin etkisinin olduğunu kanıtlamıştır (57). Genetik ve çevresel faktörler fenotipi belirlemek için karmaşık yollarla birbirleriyle etkileşime girerler (58). Sık görülen ağır ruhsal bozuklukların neredeyse tamamı, önemli bir genetik risk bileşeniyle birlikte dir. Bununla beraber belirli bir ruhsal bozukluğu geliştirmeye yönelik genetik yatkınlık olsa bile, patolojiyi ortaya çıkaran durum çevresel stresörlerin etkisi olabilir. Çevresel stresörler arasında malnütrisyon, enfeksiyonlar, travma, fetüsün psikoaktif maddelere maruz kalması; bozulan aile ortamı, ihmal, sosyal izolasyon sayılabilir (39).

Fetal gelişim sırasında genler, sinir sistemi ve nöral mekanizmaların oluşumunu yönlendirir ve çevresel faktörler ile bir dizi etkileşime girer (56). Prenatal dönemde malnütrisyon, mikrobelerin eksiklikleri (iyot eksikliği gibi), anne adayının tütün, alkol ve uyuşturucu kullanması gibi gebeliğin riskli davranışları sinir sistemi gelişimini ve buna bağlı olarak bireyin ileride ruhsal bozukluklara yakalanma riskini önemli ölçüde etkiler (59). İstenmeyen gebelikler, adolesan

dönemde gebe kalmak doğan çocuğun erken çocukluk döneminde ruhsal bozukluklara yakalanmasına zemin hazırlar (60).

2.4.4. Sigara ve madde kullanımı

Psikoaktif madde kullanımının ruhsal bozuklukların gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Psikoaktif madde kullanımı beyinde anormal sinaptik plastisiteye neden olur ve sinaptik bağlantılardaki bu değişiklikler, duygu, düşünce ve davranışlarda uzun vadeli bozulmalara neden olur (55). Alkol, tütün, afyon veya eroin gibi opioidler, marijuana gibi kannabinoidler, sedatif ve hipnotik ilaçlar, kokain, halüsinojenler, solvent gibi uçucu maddelerin kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar gelişebilir. Psikoaktif madde kullanımına bağlı zehirlenme, bağımlılık ve psikotik bozukluklar görülebilir (39).

Madde kullanım bozukluğu sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle beraber, tütün ve alkol, dünyada en yaygın kullanılan maddelerdir. Dünya Bankası, yüksek geliri ülkelerde sigara ile ilişkili sağlık giderlerinin yıllık sağlık bakım maliyetlerinin %6-15'ini oluşturduğunu tahmin etmektedir (61).

Tütün kullanımı ve ruhsal bozukluklar arasındaki bağlantı karmaşıktır. Araştırma bulguları, ruh sağlığı hizmeti veren sağlık çalışanlarının hastalar ile ilgili sorunları önlemek ve çözmek için, hastaların tütün kullanım hikayesine daha fazla dikkat etmeleri gerektiğini göstermektedir (39).

Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin diğer bireylere oranla sigara içme olasılığı iki kat fazladır. Özellikle şizofreni ve alkol bağımlılığı gibi hastalıklarda %86 gibi bir sigara içme oranı saptanmıştır (62). ABD'de yakın zamanda yapılan bir çalışma, genel popülasyonda %22,5 olan sigara içme oranına kıyasla, ruhsal bozukluğu olan bireylerde sigara içme oranının %41 olduğunu göstermiştir. Yine ABD'de sigara içenlerin %44'ünün ruhsal bozukluğu olan kişiler olduğu tahmin edilmektedir (63). Dikkat eksikliği bozukluğu olan erkek ergenlerde (64) ve depresyonlu bireylerde sigara içme olasılığı daha yüksektir (65).

Geleneksel düşünce, depresif bireyleri sigara içmeye daha meyilli görmektedir. Fakat genç bireyler ile yapılan bir çalışma; öncesinde sigara içme hikayesi bulunan gençlerin depresyona yakalanma oranını daha yüksek saptamıştır. Bu durum özellikle genç yaş grubunda sigara içmenin depresyona neden olabileceğini düşündürmektedir (66).

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin sigara içme oranının yüksek olmasının nedenleri net olarak bilinmemektedir, bu durumu açıklamak için nörokimyasal mekanizmalar öne sürülmüştür. Nikotin, beyinde güçlü etkileri olan psikoaktif bir kimyasaldır. Beyinin ödül sistemini harekete geçirir; aynı zamanda zihinsel rahatsızlıklarla yakından ilişkili olan beyin bölgelerinde dopamin salınımına neden olur. Nikotin ayrıca sıkıntı ve diğer istenmeyen ruhsal belirtileri azaltmak için tüketilebilir. Sebebi ne olursa olsun, ruhsal bozukluğu olan kişilerin sağlıklarını sigara ile daha fazla tehlikeye attıkları şüphesizdir (67).

2.5. Ruhsal bozuklukların teşhisini engelleyen faktörler

Ruhsal bozuklukların tedavi edilememesinin birçok nedeni vardır. Bunlar; hasta faktörleri, sağlık çalışanı faktörleri, sağlık sistemi faktörleri, toplumsal ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir.

2.5.1. Hasta faktörleri

Birçok birey ruhsal bozukluk belirtileri taşıdığını fark etmez ve bunun yerine gastrointestinal semptomlar, yorgunluk, baş ağrısı, uyku bozukluğu gibi fiziksel sorunlara odaklanır (68). Bazı bireyler ise sorunlarının ciddiyetini hafife alır ve resmi sağlık hizmetlerinin yardımı olmadan durumu idare edebileceklerine inanırlar. Ruh sağlığı hizmetine karşı ön yargılı olmak ve hastanede yatma korkusu insanların tedavi almasını engellemektedir (69).

2.5.2. Sağlık çalışanı faktörleri

Birçok sağlık çalışanı, ruh sağlığı konusunda yeterli eğitim almamaktadır. Ruhsal rahatsızlıkların uygun olmayan klinik ortamlarda ve kısıtlı bir zaman aralığında değerlendirilmeye çalışılması durumu daha da zorlaştırmaktadır (70).

Fiziksel bozukluklar sağlık çalışanlarının dikkatini ruhsal bozukluklardan uzaklaştırabilir, aynı zamanda hastalar sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluk yargılamasına maruz kalmamak için fiziksel hastalıklarının takip ve tedavisini aksatabilir. Sağlık alışanlarının bu konuya olan ilgi ve alakası, hastaların ruh sağlığı sorunlarının teşhis ve tedavisini kolaylaştırır (3).

2.5.3. Sağlık sistemi faktörleri

Yetersiz mali kaynak ve sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin eksikliğine neden olur. Özellikle sağlık harcamalarının %1'inden azını ruh sağlığı hizmetine ayıran düşük ve orta gelirli ülkelerde ihtiyaç sahibi olanlar ile bakım alanların sayısı arasında büyük bir fark vardır. Örneğin; Afrika'da 100,000 nüfus başına sadece 0,04 psikiyatrist, 0,20 psikiyatri hemşiresi ve 0,05 psikolog vardır. Aynı oranlar Avrupa'da sırasıyla 9,8, 24,8 ve 3,1'dir (71). Bölgelere göre ruh sağlığı hizmeti veren sağlık profesyonellerinin oranları Tablo 2.1'de verilmiştir. Diğer sağlık sistemi faktörleri arasında; ruh sağlığı uygulamaları için yeterli sigorta hizmeti veya devlet tazminatı olmaması, ruh sağlığı hizmetinin verilmesi için özel tesislerin olmaması, farmasötik patent almada zorluklar ve ilaç geri ödeme engelleri sayılabilir (72).

| Bölge | Psikiyatrist | Psikiyatri hemşiresi | Psikolog |
|--------------|--------------|----------------------|----------|
| AFRİKA | 0,04 | 0,20 | 0,05 |
| AMERİKA | 2,00 | 2,60 | 2,80 |
| DOĞU AKDENİZ | 0,95 | 1,25 | 0,60 |
| AVRUPA | 9,8 | 24,8 | 3,10 |
| G.DOĞU ASYA | 0,20 | 0,10 | 0,03 |
| BATI PASİFİK | 0,32 | 0,50 | 0,03 |
| DÜNYA | 1,20 | 2,00 | 0,60 |

2.5.4. Toplumsal ve çevresel faktörler

Toplumda ruhsal bozukluklarla ilgili ön yargıların olması, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama, ayrımcılık yapılması bireyin ruh sağlığı hizmeti almasını zorlaştıran toplumsal ve çevresel faktörlerdir. Genel popülasyon, ruhsal bozuklukları irrasyonel ve şiddetli davranışlarla ilişkilendirmeye meyillidir ve ruhsal bozuklukları tedavi edilebilir olarak kabul etmez (73).

2.6. Ruhsal bozukluklar ve komorbidite

Ruhsal sağlığını kanser, kardiyovasküler hastalık ve HIV enfeksiyonu gibi kronik hastalıklar etkileyebilir. Aynı zamanda bireyin ruhsal durumu kronik hastalıkların seyrinde etkileyebilir. Yapılan çalışmalar depresyonun miyokard infarktüsü ve diyabete zemin hazırladığını, aynı zamanda miyokard infarktüsü ve diyabetin depresyona yol açabildiğini göstermiştir (9). Benzer şekilde, panik ataklar astımla ilişkilidir. Panik bozukluğu olan kişilerde astım prevalansı daha yüksektir ve astımlı kişilerde panik atak prevalansı daha yüksek bulunmuştur (74).

Anksiyete ve depresyon, endokrin ve bağışıklık sisteminde olumsuz değişikliklere neden olur ve çeşitli hastalıklara karşı duyarlılığı artırır. Stresin, soğuk algınlığı ile ilişkili olduğu ve yara iyileşmesini geciktirdiği bilinmektedir (75).

Ruhsal bozukluklar ayrıca bireylerin sağlıklı yaşam ilkelerinden taviz vermesine yol açabilir. Örneğin; depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi ruhsal bozuklukları olan bireylerin tütün kullanım oranı daha yüksektir. Yine bu hasta grubunda ilaç tedavisine uyum azalmıştır. Ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin, HIV ve tüberküloza yakalanma riski normal popülasyondan daha fazladır (76). Diyabet ve hipertansiyon sıklıkla depresyon ve demans ile birlikte bulunur (77). Anemi yaşlılarda sık görülür ve kognitif bozukluk için bir risk faktörü sayılabilir (78).

Ruh sağlığı sorunları somatik belirtilere neden olabilir; ağrı, yorgunluk ve baş dönmesi gibi spesifik olmayan semptomlar sık görülür. Tanımlanmış sendromlar arasında irritabl bağırsak sendromu, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, kronik pelvik ağrı ve temporomandibular eklem disfonksiyonu yer alır. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ruhsal sağlık sorunlarından kaynaklanmıyor olabilir, fakat birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların yaklaşık %15'inde, ruhsal belirtiler ile birlikte somatik belirtiler vardır (76).

2.7. Dünyada ruh sağlığına kısa bir bakış

Dünya çapında yüz milyonlarca insan ruhsal rahatsızlıklardan etkilenmektedir. DSÖ verilerine göre; 154 milyon insan depresyondan, 25 milyon insan şizofreniden, 91 milyon insan alkol kullanım bozukluğundan, 15 milyon insan madde kullanım bozukluğundan etkilenmektedir (79). lkeler genelinde, bir yıllık genel ruhsal bozukluk prevalansı %4-26 arasında değişmektedir (3). Ruhsal bozuklukların genel prevalansı, erkekler ve kadınlar için neredeyse aynıdır. Bununla birlikte, depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu kadınlarda daha yüksek oranda görülürken, erkeklerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, otizm ve madde kullanım bozuklukları daha yüksek oranda görülür (80). lkelere göre ruhsal hastalık prevalansı Tablo 2.2'de verilmiştir.

Ruh sağlığının küresel çapta ihmali iyi belgelenmiştir. Çoğu ülkede, sağlık hizmetleri politikası ve planlaması ruh sağlığı sorunlarını ihmal etmekte ve ruh sağlığı hizmetine sadece sınırlı kaynaklar ayırmaktadır (71). Hasta sayısının artması, nüfusun yaşlanması, sosyal sorunların kötüleşmesi ve toplumsal huzursuzluk hali ruh sağlığının bozulmasına yol açan muhtemel etkenlerdir. Ruhsal bozukluklar dünya çapında engelliliğin önde gelen 10 nedeninden 4'n oluşturmaktadır. Bu durum insan sefaletine, mali yüke ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Ruhsal ve davranışsal bozuklukların küresel hastalık yükünün %12'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir, ancak ülkelerin çoğunun ruh sağlığına ayırdığı bütçeler toplamı sağlık giderlerinin

%1'inden azını oluşturmaktadır. Hastalık yükü ve hastalık için yapılan harcamalar arasındaki ilişki orantısızdır. Ülkelerin %40'ından fazlasının ruh sağlığı politikası yoktur, %30' undan fazlasının erişkin ruh sağlığı programı ve %90'ından fazlasının çocukları ve gençleri içeren ruh sağlığı programı yoktur (39).

| Ülkeler | Prevalans (%) |
|-----------------------------|---------------|
| ÇİN(PEKİN) | 9,1 |
| BELÇİKA | 12,0 |
| KOLOMBİYA | 17,8 |
| FRANSA | 18,4 |
| ALMANYA | 9,1 |
| İTALYA | 8,2 |
| JAPONYA | 8,8 |
| LÜBNAN | 16,9 |
| MEKSİKA | 12,2 |
| HOLLANDA | 14,9 |
| NİJERYA | 4,7 |
| İSPANYA | 9,2 |
| UKRAYNA | 20,5 |
| AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ | 26,4 |

2.8. Türkiye'de ruh sağlığına kısa bir bakış

Gelişmekte olan ülkeler bedensel sağlık üzerine yoğunlaşırken, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça ruh sağlığına yönelik hizmetler artmaktadır. Gelişmiş ülkeler ruh sağlığı için özel politikalar oluşturmaktadırlar. Ülkemizde ruh sağlığı alanında planlama yapmak için Sağlık Bakanlığı desteği ile gerçekleştirilmiş ve konu ile ilgili bilgi sağlayan iki önemli çalışma bulunmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması 1996 yılında yapılmış çok merkezli bir çalışmadır. Bu

çalışma ile ruhsal bozuklukların yaygınlığı, risk etkenleri, yeti yitimi ve ruhsal hizmetlerin kullanımına ilişkin ilk kez ulusal düzeyde bilgilere ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı %17,2 olarak bildirilmiş, alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular tıpkı batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı diğer bir çalışma Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'dır ve bir önceki çalışma ile benzer bulgular ortaya koyulmuştur (5). Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada %19'luk bir oran ile psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (81).

2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda; katılanların %15'i kendisine doktor tarafından migren, %9'u ise depresyon tanısı konulduğunu bildirmiştir. Her iki durum için kadınlardaki sıklık, erkeklerden fazladır. Kadınlarda bildirilen migren ve depresyon kentsel bölgede yaşayanlarda kırsal bölgede yaşayanlara göre daha siktir; erkeklerde ise böyle bir fark bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarına göre toplumda depresif bozukluk (major+minör) sıklığı %9, somatizasyon bozukluğu %5, panik bozukluk sıklığı %2 bulunmuştur. Her üç ruh sağlığı sorunu da kadınlarda daha fazla görülmektedir; depresyon ve panik bozukluğu açısından kadınlardaki sıklık erkeklerden 2 kat fazla iken, somatizasyon bozukluğu 3 kat fazladır. Tüm toplumda olduğu gibi hem erkeklerde hem de kadınlarda 75 yaş ve üzeri grup, ruh sağlığı sorunlarının en yüksek oranda görüldüğü yaş grubudur. Türkiye İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması'na göre değerlendirildiğinde ise toplam ruh sağlığı bozukluğu Ortadoğu Anadolu bölgesinde %17 ile en yüksek orandadır. Ruh sağlığı bozukluklarının ikinci en yüksek görüldüğü bölge ise %14 ile Güneydoğu Anadolu bölgesidir (5).

2.9. Ruh sağlığı hizmet piramidi ve birinci basamak ruh sağlığı hizmeti

Öz bakım, DSÖ ruh sağlığı hizmet piramidinin temel basamağıdır. Bireyler ruh sağlığı sorunlarını kendi başlarına veya aile ve arkadaşlarının desteğiyle çözmeye teşvik edilmelidir. Öz bakımın bireyleri ruhsal bozukluklar ile baş başa bırakma veya insanlara aşırı sorumluluk yükleme anlamından ziyade, tanı ve tedavi zincirinde bireylerin aktif yönünü ortaya çıkarmak gibi bir amacı vardır. Bireylerin aktif rolleri arasında, tedavileriyle ilgili ortak kararlar verme, tütün ve alkol kullanımını kısıtlama, stres yönetimi için davranış değişiklikleri ve reçeteli ilaçlarını düzenli kullanma sayılabilir (70).

DSÖ ruh sağlığı hizmet piramidine göre öz bakımın bir üst basamağı genel toplumsal bakımdır. Toplumsal faktörler makul ve erişilebilirdir, çünkü bunlar toplumun ayrılmaz bir parçasıdır. Toplumda yer edinmiş geleneksel tedavi yöntemleri, öğretmen, polis, köy sağlık çalışanı gibi profesyonel meslek grupları, sivil toplum kuruluşları ve dernekler bu faktörler arasında sayılabilir. Bu faktörler hastaneden taburcu olan insanlar için sosyal yaşamda nükslerin önlenmesine yardımcı olurlar (70).

Birinci basamak ruh sağlığı hizmeti; DSÖ ruh sağlığı hizmet piramidinde resmi olan ve farmakolojik tedavi verilebilen ilk basamaktır. Ruhsal bozuklukların başarılı bir şekilde tedavi edilebilme potansiyeline rağmen, toplumda sadece küçük bir grup doğru tanı ve tedavi almaktadır (70). Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetinde bu hastaların değerlendirilmeleri çok önemlidir (82). Ruh sağlığı hizmetini birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre etmek, insanların ihtiyaç duydukları ruh sağlığı hizmetini almasını sağlamak ve tedavi açığına kapatmak için en uygun yoldur (70). Ruhsal hastalıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanınması için hekimler psikiyatrik ölçeklerden yararlanabilirler. Tarama amacıyla kullanılan ölçekler toplumda ruhsal hastalıkları belirlemede kullanılır (19). Birinci basamakta kullanılan ölçekler Tablo 2.3'de verilmiştir.

| Tablo 2.3. Birinci basamakta psikiyatrik değerlendirme ölçekleri (83) | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| TANI AMAÇLI FORMLAR | TARAMA AMAÇLI ÖLÇEKLER | BELİRTİLERİ DERECELENDİRME AMAÇLI ÖLÇEKLER | BİLİŞSEL DURUMU DEĞERLENDİREN FORMLAR |
| DSM-IV-PC PRIME-MD | SCL90-R Genel Sağlık Anketi | Hamilton Depresyon Ölçeği Hamilton Anksiyete Ölçeği Beck Depresyon Ölçeği Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri | Kısa Mental Durum İncelemesi Kısa Kognitif Muayene Çizelgesi |

DSÖ ruh sağlığı hizmetinin birinci basamak sağlık hizmetine entegre edilmesinin avantajlarını 7 madde halinde sunmuştur:

1-Ruhsal bozukluklar tüm toplumlarda yaygındır. Etkilenen bireyler aileleri için önemli bir yük oluştururlar ve toplumu bir bütün olarak etkileyerek ekonomik ve sosyal sıkıntılara neden olurlar.

2-Birçok insan hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarından mustarıptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ruhsal sağlık ihtiyacı olan kişilerin fiziksel sağlık ihtiyaçlarını ve fiziksel sağlık ihtiyacı olan kişilerin ruhsal sağlık ihtiyaçlarını gözeterek bireye bütüncül bir yaklaşım imkânı sunmaktadır.

3-Bütün ülkelerde, ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile tedavi alan kişilerin sayısı arasında önemli bir fark vardır. Birinci basamakta daha fazla hastaya ulaşma imkânı olduğundan, birinci basamak ruh sağlığı hizmeti bu boşluğu kapatmaya yardımcı olur.

4-Birinci basamakta ruh sağlığı hizmeti verilmesi insanların bu hizmetlere evlerine daha yakın bir yerde erişebilmesine olanak tanır, böylece aileleri ile bir arada kalabilir ve günlük aktivitelerini sürdürebilirler. Ayrıca etkilenen bireylerin uzun vadeli izlenmesi ve yönetimi kolaylaşır.

5-Birinci basamakta ruh sağlığı hizmeti insan haklarına saygıyı artırır, damgalanmayı ve ayrımcılığı en aza indirir. Ayrıca psikiyatri hastanelerinde meydana gelebilecek insan hakları ihlallerini de ortadan kaldırır.

6-Birinci basamakta ruh sağlığı hizmeti; hastalar, toplumlar ve hükümetler için psikiyatri kliniklerinden daha düşük maliyetlidir. Ayrıca hastalar ve aileleri uzak yerlerde uzman bakımı almak gibi dolaylı harcamalardan kurtulurlar.

7-Birinci basamakta tedavi edilen ruhsal bozukluğu olan hastaların bireysel ve toplumsal prognozları iyidir. On binlerce çalışma, birinci basamak ruh sağlığı hizmetinin iyi sağlık sonuçlarına vurgu yapmış ve birinci basamakta ruhsal bozuklukların başarılı bir şekilde tedavi edilebildiğini göstermiştir (70).

2.10. Ruhsal bozuklukların tedavisine genel yaklaşım

Ruhsal bozuklukların tedavisine birinci basamak sağlık hizmetinde başlanmalı ve gerektiğinde bir üst basamağa sevk edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetinde ruhsal bozuklukların yönetimi daha fazla sayıda insanın tanı ve tedavi almasını sağlar. Temel psikotropik ilaçlar her düzeydeki sağlık kuruluşunda sürekli olarak bulundurulmalıdır. Bu ilaçlar kliniğe başvuran hastalarda semptomları hafifletir, birçok bozukluğun seyrini kısaltır ve nüksü önler.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti arttırılmalıdır. Toplum temelli bakım, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin prognozu ve yaşam kalitesi üzerinde kurumsal tedaviden daha iyi sonuçlara sahiptir. Ruh sağlığı konusunda toplumsal eğitim ve bilinçlendirme kampanyaları tüm ülkelerde başlatılmalıdır. Temel amaç, ruhsal bozuklukların belirtileri, sıklığı ve tedavi edilebilirliği hakkında farkındalığı arttırarak ruhsal bakımdaki toplumsal engelleri en aza indirmektir (39).

Aileler ve toplum sağlık politikaları ve hizmet programlarının geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır. Bu sağlık hizmetlerinin insanların ihtiyaçlarına göre uyarlanması sağlar. Eğitim, hukuk, sivil toplum örgütleri gibi sağlık dışı sektörler toplulukların ruh sağlığını iyileştirmeye dahil edilmelidir. Raporlama sistemlerine ruh sağlığı göstergeleri de dahil edilmeli, toplumlar izlenmelidir. Bu tür bir raporlama toplumların afetler gibi harici olaylardan bağımsız olarak var olan ruhsal sağlık değişikliğini tespit etmeye yardımcı olur. Ruhsal bozuklukları önlemek ve tedavi programlarının etkinliğini değerlendirmek için izlem ve raporlama önem arz etmektedir (39).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Kesitsel, tanımlayıcı desende yürütülen araştırmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 1 Şubat 2018-1 Kasım 2018 arasında başvuran 18-65 yaş arası kişiler oluşturmaktadır.

Çalışma örneklemini belirlemek için örneklem büyüklüğü hesaplandı. Örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlar için örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplandı. Çanakkale merkez nüfusu (Kepez beldesi dahil) 149513 kişi, hastalık sıklığı birden fazla ruhsal sağlık sorunu araştırılacağı için 0,5, evren oranına göre yapılmak istenen sapma değeri 0,05, $\alpha=0,05$ ve güven aralığı %95 alındı. Örneklem hesabı ile en az 384 kişi belirlendi. Katılımcı sayısı örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurularak 414 katılımcı olarak belirlendi.

Katılımcılar, veri toplama aşamasının başlamasından itibaren ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve Tablo 3.1'de verilen çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterlerine göre belirlenmiş hastalardan seçildi. Hedeflenen hasta sayısına ulaşılan dek çalışmaya katılımcı alınmaya devam edildi.

| Tablo 3.1. Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ölçütleri | |
|--|---|
| Çalışmaya alınma ölçütleri | Çalışma dışı bırakma ölçütleri |
| 1- 18-65 yaş arasında olmak 2- ÇOMÜ Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurmak | 1- Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi) |

3.2. Uygulama

Çalışmaya katılan 414 hastanın sözlü ve yazılı onamları alınarak sosyodemografik veri formu ve SCL90-R psikolojik belirti tarama anketi

uygulandı (Ek 1). Anket soruları bir kısım hastaya araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedildi. Anketin tamamlanmasını takiben belirtilen usullere uygun bir şekilde hastalara kan basıncı ölçümü ve boy-kilo ölçümü yapıldı.

3.3. Veri toplama araçları

Bu çalışmada katılımcılara anketler uygulanarak çalışma verileri elde edildi. Bu anketler: 'Sosyodemografik Veri Formu' ve 'SCL90-R Psikolojik Belirti Tarama Testi'dir.

Sosyodemografik Veri Formu: Her katılımcıya uygulandı. Anket, katılımcıların demografik bilgileri, tıbbi öykü özellikleri, hastalıkları, sağlık hizmeti kullanım özellikleri, egzersiz davranışları, alışkanlıklarını sorgulayan sorular içermektedir. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu anket sorularının okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek için, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne çeşitli sebeplerle başvuran ve çalışma evreni dışında farklı sosyoekonomik düzeylerden seçilmiş 10 hasta ile deneme uygulaması yapıldı, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ankete son hali verildi.

Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL90-R, Symptom Checklist 90-Revised): SCL90-R Derogatis ve arkadaşları tarafından psikolojik belirtileri tarama aracı olarak geliştirilmiştir. SCL90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin düzeyini ve alt ölçekleriyle bu belirtilerin yönünü gösteren bir araçtır (12). Psikolojik ve bedensel belirtileri taramak amacı ile ölçek 5'li (hiç/çok az/orta derecede/oldukça fazla/ileri derecede) Likert tipi değerlendirmeye dayanan 90 maddeden oluşan kendi kendini bildirim ölçeği olarak tasarlanmıştır. SCL90-R testinin Somatizasyon (SOM), Obsesyon-Kompulsiyon (O-C), Kişilerarası Duyarlılık (INT), Depresyon (DEP), Anksiyete (ANX), Öfke-Düşmanlık (HOS), Fobik Anksiyete (PHOB), Paranoid Düşünce (PAR) ve Psikotizm (PSY) olarak belirlenmiş alt ölçekleri mevcuttur. Bu boyutlara girmeyen maddelerden oluşan 'Ek skalalar (ADD)' alt ölçeği ise suçluluk duygularıyla yeme ve uyku

bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini (aşırı yemek yeme) içermektedir (84).

Ölçeğin her sorusu **0 ile 4 puan arasında** bir skora sahiptir. Alt ölçek puan skoru hesaplanırken, her alt ölçeği oluşturan sorulardan alınan puanlar toplamı, o alt ölçeği oluşturan soru sayısına bölünür ve böylece 0,00 ile 4,00 değerleri arasında bir skor elde edilir. Bununla birlikte ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel gösterge; “Genel Semptom İndeksi”, “Pozitif Belirti Toplamı” ve “Pozitif Belirti Düzeyi”dir.

Genel semptom indeksi (Global Symptom Index, GSI): Bütün sorulardan elde edilen puan toplamının 90'a bölünmesiyle elde edilir. Bozukluğun derinliğini ve o anki düzeyini en iyi belirten indeks olup 1,00'in üzerinde olması psikopatolojik durumun varlığı olarak yorumlanır.

Pozitif semptom toplamı (Positive Symptom Total, PST): Hiç seçeneği işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır.

Pozitif semptom düzeyi (Positive Symptom Distress Index, PSDI): Hiç seçeneği işaretlenenler hariç diğer maddelerin puan toplamının PST'ye bölünmesi ile elde edilir. Kişinin kendisinde var olduğunu algıladığı semptomların ağırlıklı ortalamasını oluşturur.

Ölçeğin özgün ve Türkçe formuna ilişkin çalışmalar ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu saptamıştır. Ölçek ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmıştır (84, 85).

Antropometrik ölçümler: Tüm katılımcıların vücut ağırlığı, üzerinde hafif giyeceklerle, ayakkabısız olarak 0,1 kg hassasiyetle ayarlanmış elektronik tartı aleti ile ölçüldü. Boy ölçümleri; dik duvara iliştilmiş mezura yardımıyla ayakkabısız olarak ayakta durmakta iken 0,01 m hassasiyetle yapıldı. Vücut kitle indeksi (Body Mass Index, BMI); vücut ağırlığı metre olarak boyun karesine bölünerek (kg/m²) hesaplandı.

Kan Basıncı Ölçümü: Ölçümler için erişkin boy manşon kullanan 48 mm skala, çift hortum bağlantılı, dış bez 13 x 47 cm, iç lastik ölçü: 12 x 23 cm ölçülebilir kol çapı: 29-40 cm ölçüleri arasında olan Erka marka manşonlu tansiyon aleti kullanıldı. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu önerileri dikkate alındı (86). Ölçümlere, hasta en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Hasta sırtını arkalıklı bir sandalyeye yaslayarak oturtuldu ve tansiyon ölçülecek kolu çıplak bırakıldı. Ölçüm sırasında konuşmaması ve bacak bacak üstüne atmaması istendi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılıp, hastanın kolu desteklenerek kan basıncı ölçümü yapıldı.

3.4. İzin ve Onamlar

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur. Çalışma başlamadan önce Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Ek 2). Katılımcıların her birinden bilgilendirilmiş onam formu alındı. Onam formu olarak Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından hazırlanan ve çalışma sorularına araştırmacı tarafından verilen cevapların bulunduğu, tezle ilgili yazılı bilgilendirmenin yapıldığı form kullanıldı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin dijital ortama taşınmasından sonra değişkenlerin sıklık ve dağılım durumlarına bakıldı, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov Z test ile incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare ve korelasyon testleri, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Kendall's tau-b testi ve lineer regresyon testleri kullanıldı. Post-hoc analizler için Dunn testi ve Bonferroni düzeltmeleri yapıldı. Her durumda test sabitleri ve mutlak p değerleri verildi. Genel anlamlılık sınırı 0,05 olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 414 katılımcının verileri analiz edildi.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar cinsiyet açısından incelendiğinde 414 katılımcının 256'sı (%61,8) kadın, 158'i (%38,2) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $33,7 \pm 13,6$ ortancası 30 (en az:18, en fazla:65) yılı. Kadın katılımcıların yaş ortalaması ($33,4 \pm 13,2$ yıl), erkek katılımcıların yaş ortalamasından ($34,1 \pm 14,1$ yıl) anlamlı farklı değildi ($U=19882,5$; $p=0,773$).

Katılımcıların 205'i (%49,5) evli, 197'si (%47,6) bekar, 12'si (%2,9) boşanmış idi. Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması $0,8 \pm 1,0$ (en az:0, en fazla:4); çocuğu olmadığını bildiren katılımcı sayısı 257 (%54,6), 1 çocuğu olduğunu bildiren katılımcı sayısı 63 (%15,2), 2 çocuğu olduğunu bildiren katılımcı sayısı 112 (%27,1), 3 çocuğu olduğunu bildiren katılımcı sayısı 11 (%2,7), 4 çocuğu olduğunu bildiren katılımcı sayısı 2 (%0,5) idi.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde 185'i (%44,7) aktif olarak çalıştığını, 125'i (%30,2) öğrenci olduğunu ve eğitiminin devam ettiğini, 52'si (%12,6) çalışmadığını ve 52'si (%12,6) emekli olduğunu belirtti. Katılımcıların meslekleri Tablo 4.1'de verilmiştir. En sık öğrenci (%32,9), işçi (%18,4) ve memur (%16,4) bulunmaktadır.

| Tablo.4.1. Katılımcıların meslekleri | | | | | |
|---|-----|------|--------------------------|---|-----|
| Meslek grubu | n | % | Meslek grubu | n | % |
| Öğrenci | 136 | 32,9 | Esnaf | 7 | 1,7 |
| İşçi | 76 | 18,4 | Serbest meslek | 5 | 1,2 |
| Memur | 68 | 16,4 | İşsiz | 4 | 1,0 |
| Profesyonel | 34 | 8,2 | Asker-Güvenlik görevlisi | 3 | 0,7 |
| Ev hanımı | 30 | 7,2 | Üst düzey yönetici | 3 | 0,7 |
| Emekli | 28 | 6,8 | Çiftçi | 3 | 0,7 |
| Öğretmen | 15 | 3,6 | Sanayici-İş adamı | 2 | 0,5 |

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, 39 (%9,4) ilkokul mezunu, 16 (%3,9) ortaokul mezunu, 60 (%14,5) lise mezunu, 103 (%24,9) yüksek okul mezunu, 169 (%40,8) fakülte mezunu, 27 (%6,5) doktora mezunu katılımcı mevcut idi.

Maddi gelirinizi nasıl algılıyorsunuz sorusuna 103 katılımcı (%24,9) yeterli, 226 katılımcı (%54,6) orta-normal, 85 katılımcı (%20,5) yetersiz cevabını vermiştir. Katılımcıların 235'i (%56,8) hiç göç etmediğini, 163'ü (%39,4) gönüllü olarak göç ettiğini, 16'sı (%3,9) gönülsüz/zorunlu olarak göç ettiğini bildirdi.

Sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde 234'ü (%56,5) hiç sigara içmemiş, 59'u (%14,3) sigarayı bırakmış, 121'i (%29,2) halen sigara içiyordu. Halen sigara kullanan katılımcılar ortalama $9,6 \pm 14,0$ ortancası 5,0 (en az:0,3, en fazla:120,0) paket/yıl sigara içmekte idi. Sigarayı bırakmış kullanıcılar ortalama $13,0 \pm 13,2$, ortancası 10 (en az:1,0, en fazla:80,0) paket/yıl sigara kullanmışken ortalama $7,7 \pm 6,2$ (en az:1,0, en fazla:20,0) yıldır sigarayı bırakmış olduklarını belirttiler.

Katılımcılardan 215'i (%51,9) hiç alkol kullanmadığını, 101'i (%24,4) ayda bir ya da daha az, 81'i (%19,6) ayda 2-4 kez, 15'i (%3,6) haftada 2-3 kez, 2'si

(%0,5) haftada 4 ya da daha çok kez alkol kullandığını bildirdi. Alkol kullandığını bildiren 199 katılımcı için tipik bir günde tükettiği ortalama alkol miktarı $1,3\pm 0,5$ (en az:1, en fazla:3) standart içki idi. Alkol kullandığı tipik bir günde ortalama alkol tüketimi; ayda bir ya da daha az alkol kullandığını bildiren 101 katılımcı için $1,2\pm 0,4$ standart içki, ayda 2-4 kez alkol kullandığını bildiren 81 katılımcı için $1,5\pm 0,6$ standart içki, haftada 2-3 kez alkol kullandığını bildiren 15 katılımcı için $1,5\pm 0,5$ standart içki, haftada 4 ya da daha çok kez alkol kullandığı bildiren 2 katılımcı için $1,5\pm 0,7$ standart içki idi.

Katılımcıların 226'sı (%54,6) fiziksel egzersiz yaptığını, 188'i (%45,4) fiziksel egzersiz yapmadığını bildirdi. Fiziksel egzersiz yapan katılımcıların 158'i (%38,2) yürüyüş, 21'i (%5,1) yüzme, 17'si futbol (%4,1), 9'u (%2,2) pilates, 7'si (%1,7) bisiklet, 46'sı (%11,1) fitness-kardiyo, 4'ü (%1,0) voleybol, 1'i (%0,2) tenis sporunu yapmakta idi. Fiziksel egzersiz yapan katılımcıların 18'i (%4,3) haftada 1 gün, 19'u (%4,6) haftada 2 gün, 81'i (%19,6) haftada 3 gün, 26'sı (%6,3) haftada 4 gün, 3'ü (%0,7) haftada 5 gün, 4'ü (%1,0) haftada 6 gün, 75'i (%18,1) haftanın her günü fiziksel egzersiz yapmakta idi.

Fiziksel egzersiz yapan katılımcıların 2'si (%0,5) 15 dakika, 2'si (%0,5) 20 dakika, 67'si (%16,2) 30 dakika, 2'si (%0,5) 35 dakika, 10'u (%2,4) 40 dakika, 22'si (%5,3) 45 dakika, 2'si (%0,5) 50 dakika, 69'u (%16,7) 60 dakika, 2'si (%0,5) 75 dakika, 15'i (%3,6) 90 dakika, 3'ü (%0,7) 100 dakika, 30'u (%7,2) 120 dakika spor yaptığını bildirdi.

Fiziksel egzersiz yapan katılımcılar haftada ortalama $4,3\pm 2,1$ (en az:1, en fazla:7) gün, ortalama $58,3\pm 30,1$ (en az:15, en fazla:120) dakika spor yapmakta idi. Fiziksel egzersiz yapan katılımcıların 199'u (%48,1) haftada 3 gün en az 30 dakika veya üzerinde fiziksel egzersiz yaptığını bildirdi.

Katılımcıların 41'i (%9,9) çay tüketmediğini bildirdi. Çay tükettiğini bildiren 373 (%90,1) katılımcı ortalama $3,8\pm 3,0$ (en az:1, en fazla:20) bardak/gün çay tüketmekte idi. Çay tüketen katılımcıların 76'sı (%18,4) 1 bardak/gün, 79'u (%19,1) 2 bardak/gün, 58'i (%14,0) 3 bardak/gün, 44'ü (%10,6) 4 bardak/gün,

47'si (%11,4) 5 bardak/gün, 21'i (%5,1) 6 bardak/gün, 7'si (%1,7) 7 bardak/gün, 8'i (%1,9) 8 bardak/gün, 2'si (%0,5) 9 bardak/gün, 23'ü (%5,6) 10 bardak/gün, 1'i (%0,2) 12 bardak/gün, 6'sı (%1,4) 15 bardak/gün, 1'i (%0,2) 20 bardak/gün çay tüketmekte idi.

Katılımcıların 114'ü (%27,6) kahve tüketmediğini bildirdi. Kahve tükettiğini bildiren 300 (%72,4) katılımcı ortalama $1,8 \pm 1,2$ (en az:1, en fazla:10) fincan/gün kahve tüketmekte idi. Kahve tüketen katılımcıların 154'ü (%37,2) 1 fincan/gün, 98'i (%23,7) 2 fincan/gün, 26'sı (%6,3) 3 fincan/gün, 10'u (%2,4) 4 fincan/gün, 10'u (%2,4) 5 fincan/gün, 1'i (%0,2) 8 fincan/gün, 1'i (%0,2) 10 fincan/gün kahve tüketmekte idi.

Katılımcıların 362'si (%87,4) kola tüketmediğini bildirdi. Kola tükettiğini bildiren 52 (%12,6) katılımcı ortalama $1,6 \pm 1,0$ (en az:1, en fazla:5) bardak/gün kola tüketmekte idi. Kola tüketen katılımcıların 35'i (%8,5) 1 bardak/gün, 12'si (%2,9) 2 bardak/gün, 2'si (%0,5) 3 bardak/gün, 1'i (%0,2) 4 bardak/gün, 2'si (%0,5) 5 bardak/gün kola tüketmekte idi.

Katılımcıların 44'ü (%10,6) hipertansiyon, 26'sı (%6,3) diyabet, 26'sı (%6,3) hipotiroidi, 15'i (%3,6) hiperlipidemi, 3'ü (%0,7) benign prostat hiperplazisi, 1'i (%0,2) graves hastalığı tanılı idi. Katılımcıların 24'ü (%5,8) kardiyovasküler sistem ile ilgili, 19'u (%4,6) psikiyatrik, 15'i (%3,6) solunum sistemi ile ilgili, 13'ü (%3,1) romatolojik, 9'u (%2,2) sinir sistemi ile ilgili, 8'i (%1,9) gastrointestinal sistem ile ilgili, 1'i (%0,2) kalp-damar-venöz sistemi ile ilgili hastalıkları olduğunu bildirdi.

Katılımcıların 55'i (%13,3) 1, 34'ü (%8,2) 2, 15'i (%3,6) 3, 6'sı (%1,4) 4, 2'si (%0,5) 5, 3'ü (%0,7) 6, 2'si (%0,5) 7, 2'si (%0,5) 8, 1'i (%0,2) 10 adet/gün reçeteli ilaç; 2'si (%0,5) 1 adet/gün reçetesiz ilaç; 6'sı (%1,4) 1, 1'i (%0,2) 2 adet/gün bitkisel ilaç kullanmakta olduğunu bildirdi. Toplam ilaç kullanım miktarı Tablo.4.2'de verilmiştir.

| Tablo.4.2. Katılımcıların toplam ilaç kullanım miktarı | |
|---|------------------|
| İlaç kullanım miktarı | Hasta Sayısı (%) |
| Hiç ilaç kullanmıyorum | 294 (%71,0) |
| 1 adet/gün | 54 (%13,0) |
| 2 adet/gün | 31 (%7,5) |
| 3 adet/gün | 18 (%4,3) |
| 4 adet/gün | 5 (%1,2) |
| 5 adet/gün | 3 (%0,7) |
| 6 adet/gün | 4 (%1,0) |
| 7 adet/gün | 2 (%0,5) |
| 8 adet/gün | 2 (%0,5) |
| 11 adet/gün | 1 (%0,2) |

Katılımcıların reçeteli ilaç kullanım miktarı ortalama $2,2 \pm 1,7$ (en az:0, en fazla:10) adet/gün, reçetesiz ilaç kullanım miktarı ortalama $1,0 \pm 0,0$ (en az:0, en fazla:2) adet/gün, bitkisel ilaç kullanım miktarı ortalama $1,1 \pm 0,4$ (en az:0, en fazla:2) adet/gün, toplam ilaç kullanım miktarı ortalama $2,3 \pm 1,8$ (en az:0, en fazla:11) adet/gün idi.

Katılımcıların 48'i (%11,6) hastalıkları nedeniyle uyması gerektiği özel bir diyet programının olduğunu, 166'sı (%40,1) herhangi bir hastalıktan dolayı ameliyat/operasyon geçirdiğini, 20'si (%4,8) bedensel engeli olduğunu bildirdi. Katılımcıların 28'i (%6,8) birinci derece akrabalarında, 8'i (%1,9) ikinci derece akrabalarında ruhsal hastalık tanısı olduğunu bildirdi.

Erkek katılımcıların boy ortalaması $176,3 \pm 8,7$ (en az:111, en fazla:193) cm, kadın katılımcıların boy ortalaması $164,2 \pm 6,1$ (en az:146, en fazla:180) cm idi. Erkek katılımcıların vücut ağırlığı ortalama $79,4 \pm 13,6$ (en az:50, en

fazla:140) kg, kadın katılımcıların vücut ağırlığı ortalama $66,3\pm14,1$ (en az:43, en fazla:135) kg idi.

Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalama $25,0\pm5,1$ (en az:15,0, en fazla:60,0) kg/m^2 idi. Erkek katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması ($25,7\pm5,1$ kg/m^2), kadın katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasından ($24,6\pm5,2$ kg/m^2) anlamlı yüksekti ($U=16371,5$; $p=0,001$).

Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksi sınıflandırması Tablo 4.3'de verilmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri arasında vücut kitle indeksi grupları açısından anlamlı fark saptanmadı ($X^2=8,198$, $p=0,146$).

Katılımcıların sistolik kan basınçları ortalama $115,8\pm10,0$ (en az:90, en fazla:160) mmHg, diastolik kan basınçları ortalama $76,4\pm7,6$ (en az:55, en fazla:100) mmHg idi. Erkek katılımcıların sistolik kan basınçları ($117,7\pm10,3$ mmHg), kadın katılımcıların sistolik kan basınçlarından ($114,6\pm9,6$ mmHg) anlamlı yüksekti ($U=16,819,5$; $p=0,003$). Erkek katılımcıların diastolik kan basınçları ($77,3\pm7,1$ mmHg) kadın katılımcıların diastolik kan basınçlarından ($75,9\pm7,9$ mmHg) anlamlı farklı değildi ($U=17,965,5$; $p=0,054$).

| | Erkek | Kadın | Toplam |
|---------------|------------|------------|--------------|
| Zayıf | 3 (%0,7) | 16 (%3,9) | 19 (%4,6) |
| Normal | 84 (%20,3) | 148 (35,7) | 232 (%56,0) |
| Fazla kilolu | 50 (%12,1) | 57 (%13,8) | 107 (%25,8) |
| 1.derece obez | 15 (%3,6) | 27 (%6,5) | 42 (%10,1) |
| 2.derece obez | 3 (%0,7) | 3 (%0,7) | 6 (%1,4) |
| Morbid obez | 3 (%0,7) | 5 (%1,2) | 8 (%1,9) |
| Toplam | 158 (38,2) | 256 (61,8) | 414 (%100,0) |

Katılımcıların 70'i (%16,7) tek başına yaşadığını, 384'ü (%92,8) acil durumlarda kendisine yardımcı olabilecek birinin olduğunu, 308'i (%74,4) sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olduğunu bildirdi.

Sağlık hizmeti almak için katılımcıların 234'ü (%56,6) üniversite hastanesine, 157'si (%38,0) devlet hastanesine, 116'sı (%28,0) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğunu bildirdi.

Katılımcıların 20'si (%4,8) son 3 ay içinde sağlık kuruluşuna hiç başvurmadığını belirtti, kalan 394 (%95,2) katılımcının son 3 ay içinde sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ortalama $2,2 \pm 1,9$ (en az:0, en fazla:10) idi.

Katılımcıların eşleri ile ilişkileri sorgulandığında 7'si (%1,7) 'sürekli çatışırız, hiç anlaşamayız', 59'u (%14,3) 'sürekli çatışırız ama birbirimizden kopmayız', 37'si (%8,9) 'ciddi anlaşmazlıkları beraber çözeriz', 311'i (%75,1) 'genel olarak uyumlu bir ilişkimiz var' şikkını işaretledi. Katılımcıların 10'u (%2,4) evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirdi. Katılımcıların 53'ü (%12,8) çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını, 32'si (%7,7) geçmişte ya da şimdi çocuklarına en az bir kez şiddet uyguladığını bildirdi.

4.2 SCL90-R Ölçek Sonuçları

Çalışmaya katılan 414 katılımcının SCL90-R ölçek sonuçları analiz edildiğinde GSI ortalaması $0,9 \pm 0,5$ (en az:0, en fazla:3,0), PST ortalaması $48,3 \pm 20,3$ (en az:0, en fazla:90), PSDI ortalaması $1,6 \pm 0,4$ (en az:0, en fazla:3,3) idi. Katılımcıların SCL90-R alt ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının cinsiyetler açısından analizleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadın katılımcıların somatizasyon ve depresyon alt ölçeği puan ortalamaları erkek katılımcılardan anlamlı yüksekti; GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, öfke-düşmanlık,

fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanlarında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu.

| Tablo 4.4. SCL90-R alt ölçek puanları | | | | |
|--|------|-----------|-------|----------|
| | | Ort±Std | En az | En Fazla |
| Genel Semptom İndeksi | GSI | 0,9±0,5 | 0 | 3,0 |
| Pozitif Semptom Toplamı | PST | 48,3±20,3 | 0 | 90 |
| Pozitif Semptom Düzeyi | PSDI | 1,6±0,4 | 0 | 3,3 |
| Somatizasyon | SOM | 1,0±0,6 | 0 | 3,1 |
| Obsesyon-Kompulsiyon | O-C | 1,3±0,6 | 0 | 3,3 |
| Kişiler Arası Duyarlılık | INT | 1,0±0,7 | 0 | 3,8 |
| Depresyon | DEP | 1,0±0,7 | 0 | 3,3 |
| Anksiyete | ANX | 0,8±0,6 | 0 | 2,9 |
| Öfke-Düşmanlık | HOS | 0,8±0,7 | 0 | 4,0 |
| Fobik anksiyete | PHOB | 0,5±0,5 | 0 | 2,9 |
| Paranoid Düşünce | PAR | 1,0±0,7 | 0 | 3,7 |
| Psikotizm | PSY | 0,6±0,5 | 0 | 2,7 |
| Ek Skalalar | ADD | 1,0±0,6 | 0 | 3,0 |

Ort: ortalama, std: standart sapma

| Tablo 4.5. SCL90-R alt ölçek puanlarının cinsiyetler açısından durumu | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | KADIN (n=256) Ort±Std | ERKEK (n=158) Ort±Std | İstatistiksel Analiz* |
| GSI | 0,9±0,5 | 0,9±0,5 | U=19118,0; p=0,350 |
| PST | 48,7±19,3 | 47,6±21,8 | U=19848,0; p=0,751 |
| PSDI | 1,6±0,4 | 1,6±0,4 | U=18944,0; p=0,279 |
| SOM | 1,0±0,6 | 0,8±0,6 | U=16573,5; p=0,002 |
| O-C | 1,3±0,6 | 1,2±0,7 | U=19232,5; p=0,401 |
| INT | 1,0±0,7 | 1,0±0,7 | U=19274,0; p=0,421 |
| DEP | 1,1±0,6 | 1,0±0,7 | U=17400,0; p=0,017 |
| ANX | 0,8±0,5 | 0,7±0,6 | U=19214,0; p=0,392 |
| HOS | 0,8±0,6 | 0,9±0,7 | U=18787,5; p=0,222 |
| PHOB | 0,5±0,5 | 0,5±0,6 | U=20115,0; p=0,926 |
| PAR | 1,0±0,6 | 1,0±0,7 | U=19549,0; p=0,567 |
| PSY | 0,5±0,5 | 0,6±0,6 | U=18992,5; p=0,296 |
| ADD | 1,0±0,6 | 1,0±0,7 | U=19371,0; p=0,470 |

* MannWhitney U testi Ort: ortalama, std: standart sapma

Katılımcıların yaşları ile GSI ve PSDI puanları arasında anlamlı negatif korelasyon mevcutken (sırasıyla $Rho=-0,120$; $p=0,014$, $Rho=-0,163$; $p=0,001$), PST puanı ile korelasyon gözlenmedi ($Rho=-0,088$; $p=0,073$). Obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm alt ölçek puanları yaş ile anlamlı negatif korelasyon gösterirken (sırasıyla $Rho=-0,243$; $p<0,01$, $Rho=-0,119$; $p=0,015$, $Rho=-0,098$; $p=0,046$, $Rho=-0,118$; $p=0,016$, $Rho=-0,128$; $p=0,009$, $Rho=-0,173$; $p<0,01$, $Rho=-0,112$; $p=0,023$, $Rho=-0,105$; $p=0,032$) somatizasyon ve

ek skalalar alt ölçek puanları anlamlı korelasyon göstermedi (sırasıyla $Rho=0,056;p=0,253$, $Rho=-0,072;p=0,141$).

Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının medeni durum açısından analizleri Tablo 4.6'da verilmiştir. Medeni duruma göre gruplar arasında GSI, PST, PSDI puanları ve obsesyon, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skalalar alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark mevcuttu; somatizasyon, depresyon, anksiyete alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark yoktu.

Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunan skorlar için yapılan post hoc analizlere göre GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skalalar ortalama puanları bekar katılımcılarda evli katılımcılardan anlamlı yüksekti, evli-boşanmış ve bekar-boşanmış grupları arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 4.6. Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının medeni durumu açısından durumu

| | Evli (n=205) Ort±Std | Bekar (n=197) Ort±Std | Boşanmış(n=12) Ort±Std | İstatistiksel Analiz# |
|------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| GSI | 0,8±0,5 | 1,0±0,6 | 0,9±0,6 | X ² =8,341; p=0,015 Z=2,848; p=0,013 * Z=0,005; p=1,000 ** Z=0,960; p=1,000 *** |
| PST | 46,0±20,0 | 50,8±20,6 | 44,8±16,4 | X ² =7,054; p=0,029 Z=2,519; p=0,035 Z=0,416; p=1,000 Z=1,261; p=0,622 |
| PSDI | 1,5±0,4 | 1,7±0,4 | 1,7±0,6 | X ² =9,835; p=0,007 Z=3,108; p=0,006 Z=-0,922; p=1,000 Z=0,122; p=1,000 |
| SOM | 1,0±0,6 | 0,9±0,6 | 1,0±0,6 | X ² =0,528; p=0,768 |
| O-C | 1,1±0,6 | 1,4±0,7 | 1,1±0,8 | X ² =18,721; p<0,001 Z=4,223; p<0,001 Z=0,236; p=1,000 Z=1,652; p=0,295 |
| INT | 0,9±0,6 | 1,1±0,8 | 1,1±0,7 | X ² =8,383; p=0,015 Z=2,871; p=0,012 Z=-0,839; p=1,000 Z=0,125; p=1,000 |
| DEP | 1,0±0,6 | 1,1±0,7 | 1,1±0,8 | X ² =5,557; p=0,062 |
| ANX | 0,7±0,5 | 0,8±0,6 | 0,7±0,7 | X ² =4,184; p=0,123 |
| HOS | 0,7±0,6 | 0,9±0,8 | 0,9±1,1 | X ² =6,981; p=0,030 Z=2,607; p=0,027 Z=-0,003; p=1,000 Z=0,871; p=1,000 |
| PHOB | 0,4±0,5 | 0,5±0,6 | 0,3±0,4 | X ² =10,869; p=0,004 Z=3,111; p=0,006 Z=0,565; p=1,000 Z=1,608; p=0,324 |
| PAR | 0,9±0,6 | 1,1±0,7 | 1,0±1,0 | X ² =9,135; p=0,01 Z=2,884; p=0,012 Z=0,417; p=1,000 Z=1,384; p=0,499 |
| PSY | 0,5±0,5 | 0,7±0,6 | 0,5±0,7 | X ² =8,851; p=0,012 Z=2,898; p=0,011 Z=0,187; p=1,000 Z=1,159; p=0,739 |
| ADD | 0,9±0,6 | 1,0±0,7 | 1,1±0,5 | X ² =8,341; p=0,015 Z=2,674; p=0,022 Z=-1,028; p=0,911 Z=-0,130; p=1,000 |

#KruskalWallis, post-hoc Dunn's test, *evli-bekar, **evli-boşanmış, ***bekar-boşanmış

Katılımcıların çocuk sayısı ile somatizasyon alt ölçek puanı arasında anlamlı pozitif, obsesyon alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. (sırasıyla $Rho=0,128$; $p=0,009$, $Rho= -0,122$; $p=0,013$). Katılımcıların çocuk sayısı ile GSI, PST, PSDI, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları arasında korelasyon gözlenmedi (sırasıyla $Rho=-0,021$; $p=0,672$, $Rho= -0,019$; $p=0,706$, $Rho= -0,059$; $p=0,231$, $Rho= -0,065$; $p=0,184$, $Rho= -0,014$; $p=0,782$, $Rho= -0,027$; $p=0,587$, $Rho= -0,041$; $p=0,410$, $Rho= -0,043$; $p=0,385$, $Rho= -0,072$; $p=0,145$, $Rho= -0,028$; $p=0,564$, $Rho= -0,005$; $p=0,924$)

Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının çalışma durumu açısından analizleri Tablo 4.7'de verilmiştir. Katılımcıların çalışma durumları (çalışıyor, çalışmıyor, emekli, öğrenci) açısından GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanlarında anlamlı fark mevcuttu (sırasıyla $X^2=19,285$; $p<0,001$, $X^2=14,013$; $p=0,003$, $X^2=19,521$; $p<0,001$, $X^2=32,137$; $p<0,001$, $X^2=16,828$; $p=0,001$, $X^2=18,086$; $p<0,001$, $X^2=12,552$; $p=0,006$, $X^2=9,133$; $p=0,028$, $X^2=23,642$; $p<0,001$, $X^2=12,839$; $p=0,005$, $X^2=19,864$; $p<0,001$, $X^2=17,251$; $p=0,001$); somatizasyon alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark yoktu ($X^2=5,059$; $p=0,168$).

Çalışma durumu grupları arasında Kruskal-Wallis analizi ile anlamlı fark bulunan GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar skorları için post hoc analizler yapıldı. GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği ortalama puanları öğrencilerde çalışanlardan anlamlı yüksekti. Obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ortalama puanları öğrencilerde emeklilerden anlamlı yüksekti. Obsesyon, psikotizm alt ölçeği ortalama puanları öğrencilerde çalışmayanlardan anlamlı yüksekti. Çalışan-emekli, çalışan-çalışmayan, emekli-çalışmıyor grupları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların eğitim durumu ile PSDI, somatizasyon, psikotizm alt ölçeği puanları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (sırasıyla $Rho=-0,120$; $p=0,015$, $Rho= -0,144$; $p=0,003$, $Rho= -0,110$; $p=0,026$). Katılımcıların eğitim durumu ile GSI, PST, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon gözlenmedi (sırasıyla $Rho=-0,067$; $p=0,172$, $Rho=-0,024$; $p=0,633$, $Rho=0,028$; $p=0,570$, $Rho=-0,045$; $p=0,359$, $Rho=-0,044$; $p=0,370$, $Rho=-0,076$; $p=0,124$, $Rho=-0,020$; $p=0,688$, $Rho=-0,074$; $p=0,133$, $Rho=0,018$; $p=0,721$, $Rho=-0,080$; $p=0,102$).

Katılımcıların maddi gelir algısı ile PSDI, kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce alt ölçeği puanları arasında anlamlı korelasyon vardı (sırasıyla $Rho= 0,160$; $p=0,001$, $Rho= 0,114$; $p=0,020$, $Rho= 0,108$; $p=0,028$, $Rho= 0,140$; $p=0,004$, $Rho= 0,101$; $p=0,039$). Katılımcıların maddi gelir algısı ile GSI, PST, somatizasyon, obsesyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği arasında korelasyon gözlenmedi (sırasıyla $Rho= 0,088$; $p=0,073$, $Rho= 0,043$; $p=0,384$, $Rho= 0,60$; $p=0,225$, $Rho= 0,51$; $p=0,302$, $Rho= 0,017$; $p=0,733$, $Rho= 0,065$; $p=0,184$, $Rho= 0,051$; $p=0,296$, $Rho= 0,052$; $p=0,288$).

Tablo 4.7. Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının çalışma durumları açısından durumu

| | Çalışan | Çalışmayan | Emekli | Öğrenci | İstatistiksel analiz # |
|------|-----------|------------|-----------|-----------|--|
| GSI | 0,8±0,5 | 0,9±0,4 | 0,8±0,4 | 1,1±0,6 | $X^2=19,285$; $p<0,001$ $Z=-1,150$; $p=1,000^a$ $Z=-0,313$; $p=1,000^d$ $Z=-0,760$; $p=1,000^b$ $Z=-1,961$; $p=0,299^e$ $Z=-4,355$; $p<0,01^c$ $Z=-2,333$; $p=0,118^f$ |
| PST | 45,1±21,0 | 46,8±18,5 | 47,0±18,4 | 54,0±20,0 | $X^2=14,013$; $p=0,003$ $Z=-0,560$; $p=1,000^a$ $Z=0,025$; $p=1,000^d$ $Z=-0,592$; $p=1,000^b$ $Z=-2,045$; $p=0,245^e$ $Z=-3,674$; $p=0,001^c$ $Z=-2,015$; $p=0,263^f$ |
| PSDI | 1,5±0,4 | 1,6±0,3 | 1,5±0,3 | 1,7±0,4 | $X^2=19,521$; $p<0,001$ $Z=-2,223$; $p=0,157^a$ $Z=-1,396$; $p=0,976^d$ $Z=-0,478$; $p=1,000^b$ $Z=-0,825$; $p=1,000^e$ $Z=-4,189$; $p<0,01^c$ $Z=-2,485$; $p=0,078^f$ |
| SOM | 0,9±0,6 | 0,9±0,5 | 1,0±0,5 | 1,0±0,6 | $X^2=5,059$; $p=0,168$ |
| O-C | 1,1±0,6 | 1,2±0,5 | 1,0±0,6 | 1,5±0,7 | $X^2=32,137$; $p<0,001$ $Z=-0,412$; $p=1,000^a$ $Z=-0,961$; $p=1,000^d$ $Z=0,789$; $p=1,000^b$ $Z=-3,165$; $p=0,009^e$ $Z=-5,069$; $p<0,01^c$ $Z=-4,307$; $p<0,01^f$ |
| INT | 0,9±0,7 | 1,0±0,6 | 0,9±0,5 | 1,3±0,8 | $X^2=16,828$; $p=0,001$ $Z=-0,818$; $p=1,000^a$ $Z=-0,829$; $p=1,000^d$ $Z=0,218$; $p=1,000^b$ $Z=-1,919$; $p=0,330^e$ $Z=-3,844$; $p=0,001^c$ $Z=-2,904$; $p=0,022^f$ |
| DEP | 0,9±0,7 | 1,0±0,6 | 0,9±0,5 | 1,2±0,7 | $X^2=18,086$; $p<0,001$ $Z=-1,520$; $p=0,771^a$ $Z=-1,025$; $p=1,000^d$ $Z=-0,240$; $p=1,000^b$ $Z=-1,431$; $p=0,914^e$ $Z=-4,101$; $p<0,01^c$ $Z=-2,649$; $p=0,048^f$ |
| ANX | 0,7±0,5 | 0,8±0,5 | 0,7±0,5 | 0,9±0,6 | $X^2=12,552$; $p=0,006$ $Z=-1,171$; $p=1,000^a$ $Z=-0,790$; $p=1,000^d$ $Z=-0,183$; $p=1,000^b$ $Z=-1,287$; $p=1,000^e$ $Z=-3,421$; $p=0,004^c$ $Z=-2,226$; $p=0,156^f$ |
| HOS | 0,7±0,6 | 0,7±0,5 | 0,7±0,5 | 1,0±0,8 | $X^2=9,133$; $p=0,028$ $Z=-0,773$; $p=1,000^a$ $Z=-0,631$; $p=1,000^d$ $Z=0,016$; $p=1,000^b$ $Z=-1,286$; $p=1,000^e$ $Z=-2,880$; $p=0,024^c$ $Z=-1,286$; $p=0,251^f$ |
| PHOB | 0,4±0,5 | 0,5±0,6 | 0,4±0,5 | 0,6±0,6 | $X^2=23,642$; $p<0,01$ $Z=-1,618$; $p=0,634^a$ $Z=-1,335$; $p=1,000^d$ $Z=0,050$; $p=1,000^b$ $Z=-1,692$; $p=0,544^e$ $Z=-4,605$; $p<0,01^c$ $Z=-3,279$; $p=0,006^f$ |

| Tablo 4.7. Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının çalışma durumları açısından durumu (devamı) | | | | | |
|--|---------|------------|---------|---------|---|
| | Çalışan | Çalışmayan | Emekli | Öğrenci | İstatistiksel analiz # |
| PAR | 0,9±0,7 | 1,0±0,5 | 0,9±0,6 | 1,2±0,7 | $X^2=12,839$; $p=0,005$ $Z=-0,691$; $p=1,000^a$ $Z=-0,435$; $p=1,000^d$ $Z=-0,148$; $p=1,000^b$ $Z=-1,767$; $p=0,463^e$ $Z=-3,455$; $p=0,003^c$ $Z=-2,284$; $p=0,134^f$ |
| PSY | 0,5±0,5 | 0,4±0,4 | 0,5±0,3 | 0,7±0,6 | $X^2=19,864$; $p<0,001$ $Z=0,153$; $p=1,000^a$ $Z=1,549$; $p=0,728^d$ $Z=-1,783$; $p=0,448^b$ $Z=-3,050$; $p=0,014^e$ $Z=-4,139$; $p<0,01^c$ $Z=-1,208$; $p=1,000^f$ |
| ADD | 0,9±0,6 | 1,0±0,6 | 1,1±0,6 | 1,1±0,7 | $X^2=17,251$; $p=0,001$ $Z=-1,827$; $p=0,407^a$ $Z=0,254$; $p=1,000^d$ $Z=-2,144$; $p=0,192^b$ $Z=-1,066$; $p=1,000^e$ $Z=-3,996$; $p<0,01^c$ $Z=-0,764$; $p=1,000^f$ |

#Kruskal Wallis, post-hoc Dunn's test

^açalışan-çalışmayan, ^bçalışan-emekli, ^cçalışan-öğrenci, ^dçalışmayan-emekli, ^eçalışmayan-öğrenci, ^femekli-öğrenci

Katılımcıların göç durumları (gönüllü göç, gönülsüz göç, göç yok) açısından somatizasyon alt ölçeği ortalama puanları (sırasıyla 1,0±0,7, 1,2±0,5, 0,9±0,6) arasında anlamlı fark mevcuttu ($X^2=6,104$, $p=0,047$). Gruplar arasında GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla $X^2=2,284$, $p=0,319$; $X^2=2,196$, $p=0,333$; $X^2=1,137$, $p=0,566$; $X^2=1,685$, $p=0,431$; $X^2=0,487$, $p=0,784$; $X^2=2,307$, $p=0,315$; $X^2=1,555$, $p=0,459$; $X^2=0,190$, $p=0,910$; $X^2=0,534$, $p=0,766$; $X^2=3,830$, $p=0,147$; $X^2=0,773$, $p=0,680$, $X^2=1,971$, $p=0,373$).

Göç durumu açısından Kruskal-Wallis analizi ile anlamlı fark olduğu belirlenen somatizasyon alt ölçek skorlarında post hoc analizler yapıldı; gönüllü göç-gönülsüz göç, gönüllü göç-göç etmedim, gönülsüz göç-göç etmedim grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. (sırasıyla $Z=-1,265$, $p=0,618$; $Z=1,775$, $p=0,228$; $Z=1,983$, $p=0,142$)

Katılımcıların sigara kullanım grupları arasında GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla $X^2=0,076$; $p=0,963$, $X^2=0,688$; $p=0,709$, $X^2=1,916$; $p=0,384$, $X^2=0,655$; $p=0,721$, $X^2=2,671$; $p=0,263$, $X^2=1,613$; $p=0,446$, $X^2=0,01$; $p=0,995$, $X^2=0,237$; $p=0,888$, $X^2=1,754$; $p=0,416$, $X^2=0,34$; $p=0,844$, $X^2=0,474$; $p=0,789$, $X^2=0,126$; $p=0,939$, $X^2=1,945$; $p=0,378$)

Katılımcıların SCL90-R ölçek ve alt ölçek puanlarının alkol kullanım durumları açısından (alkol kullanan ve kullanmayan) durumları Tablo 4.8'de verilmiştir. Alkol kullanmayanların somatizasyon ve psikotizm alt ölçek puanları alkol kullananlardan anlamlı yüksekti (sırasıyla $U=17676,0$; $p=0,002$, $U=18368,5$; $p=0,013$).

| Tablo 4.8. Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının alkol kullanma durumları açısından durumu | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| | Alkol kullanmayanlar (n=215) | Alkol kullananlar (n=199) | İstatistiksel analiz |
| GSI | 0,9±0,5 | 0,9±0,5 | U=19418,0; p=0,105 |
| PST | 50,1±19,8 | 46,3±20,6 | U=19070,0; p=0,056 |
| PSDI | 1,6±0,4 | 1,6±0,4 | U=20171,5; p=0,315 |
| SOM | 1,0±0,6 | 0,9±0,6 | U=17676,0; p=0,002 |
| O-C | 1,3±0,6 | 1,2±0,7 | U=21083,0; p=0,799 |
| INT | 1,1±0,7 | 1,0±0,7 | U=19385,0; p=0,098 |
| DEP | 1,1±0,6 | 1,0±0,7 | U=20049,5; p=0,269 |
| ANX | 0,8±0,5 | 0,7±0,6 | U=19341,0; p=0,091 |
| HOS | 0,8±0,6 | 0,8±0,7 | U=21268,0; p=0,918 |
| PHOB | 0,5±0,5 | 0,4±0,6 | U=19571,0; p=0,129 |
| PAR | 1,0±0,6 | 1,0±0,7 | U=21364,5; p=0,982 |
| PSY | 0,6±0,5 | 0,5±0,5 | U=18368,5; p=0,013 |
| ADD | 1,0±0,6 | 1,0±0,6 | U=19798,0; p=0,189 |

Katılımcıların alkol kullanım miktarı ile GSI, PST, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, psikotizm alt ölçeği puanları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (sırasıyla Rho= -0,099; p=0,045, Rho= -0,103; p=0,036, Rho= -0,162; p=0,001, Rho= -0,100; p=0,042, Rho= -0,102; p=0,039, Rho= -0,135; p=0,006); PSDI, obsesyon, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı (sırasıyla Rho= -0,063; p=0,198, Rho= -0,026; p=0,600, Rho= -0,082; p=0,096, Rho= -0,014; p=0,774, Rho= -0,077; p=0,119, Rho= 0,002; p=0,969, Rho= -0,079; p=0,107) .

Katılımcıların beyanlarına göre düzenli fiziksel egzersiz yapanlar ile yapmayanların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=20640,0; p=0,618, U=20242,5; p=0,409, U=21182,0; p=0,959, U=19713,0; p=0,206, U=20572,5; p=0,579, U=20976,0; p=0,825, U=20943,5; p=0,804, U=20557,5; p=0,570, U=20573,5; p=0,578, U=20103,0; p=0,340, U=20985,5; p=0,831, U=21215,0; p=0,981, U=20646,5; p=0,621).

Katılımcılardan haftada 3 gün, en az 30 dakika veya üzerinde fiziksel egzersiz yaptığını belirtenler ile yapmayanların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=20460,5; p=0,444, U=20207,5; p=0,330, U=20807,5; p=0,631, U=19106,5; p=0,060, U=20666,0; p=0,550, U=21072,0; p=0,792, U=20553,5; p=0,490, U=20741,5; p=0,592, U=20675,5; p=0,554, U=20493,5; p=0,454, U=21310,0; p=0,946, U=21141,0; p=0,836, U=20800; p=0,626).

Katılımcıların SCL90-R alt ölçek puanlarının çay, kahve ve kola kullanım miktarları ile korelasyon durumları Tablo 4.9'da verilmiştir. Katılımcıların çay kullanım miktarı ile GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon vardı; anksiyete alt ölçeği puanı arasında anlamlı korelasyon gözlenmedi. Katılımcıların kahve tüketim miktarları ile PSDI alt ölçeği puanı arasında anlamlı korelasyon vardı, GSI, PST, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları arasında korelasyon gözlenmedi. Katılımcıların kola kullanım miktarı ile paranoid düşünce alt ölçeği puanı arasında anlamlı korelasyon vardı, GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, psikotizm ve ek skalalar alt ölçek puanları arasında korelasyon gözlenmedi.

| Tablo 4.9. Katılımcıların çay, kahve ve kola tüketim miktarları ile SCL90-R alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri | | | |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Çay kullanım miktarı | Kahve kullanım miktarı | Kola kullanım miktarı |
| GSI | Rho=0,895; p<0,001 | Rho=0,043; p=0,384 | Rho=0,042; p=0,400 |
| PST | Rho=0,857; p<0,001 | Rho=-0,008; p=0,873 | Rho=0,047; p=0,342 |
| PSDI | Rho=0,597; p<0,001 | Rho=0,098; p=0,045 | Rho=0,042; p=0,397 |
| SOM | Rho=0,689; p<0,001 | Rho=-0,017; p=0,729 | Rho=-0,027; p=0,590 |
| O-C | Rho=0,739; p<0,001 | Rho=0,035; p=0,479 | Rho=0,053; p=0,281 |
| INT | Rho=0,734; p<0,001 | Rho=0,035; p=0,472 | Rho=0,062; p=0,207 |
| DEP | Rho=0,784; p<0,001 | Rho=0,063; p=0,204 | Rho=0,020; p=0,684 |
| ANX | Rho=-0,015; p=0,757 | Rho=0,052; p=0,287 | Rho=0,041; p=0,409 |
| HOS | Rho=0,746; p<0,001 | Rho=0,044; p=0,371 | Rho=0,091; p=0,064 |
| PHOB | Rho=0,729; p<0,001 | Rho=0,006; p=0,902 | Rho=0,021; p=0,673 |
| PAR | Rho=0,674; p<0,001 | Rho=0,088; p=0,073 | Rho=0,106; p=0,032 |
| PSY | Rho=0,718; p<0,001 | Rho=-0,023; p=0,643 | Rho=0,029; p=0,562 |
| ADD | Rho=0,697; p<0,001 | Rho=0,001; p=0,982 | Rho=0,047; p=0,345 |

Katılımcılardan hipertansiyonu olanların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları hipertansiyonu olmayanlara göre anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=8130,5; p=0,990, U=7704,5; p=0,562, U=6996,5; p=0,128, U=7217,0; p=0,218, U=7202,5; p=0,211, U=7810,5; p=0,660, U=7951,5; p=0,802, U=7864,5; p=0,713, U=7903,0; p=0,751, U=7711,5; p=0,563, U=7696,5; p=0,553, U=7772,5; p=0,623, U=7887,0; p=0,735).

Katılımcılardan diyabeti olanların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları hipertansiyonu ve diyabeti olmayanlara göre anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=4861,0; p=0,757, U=4996,5; p=0,936, U=4795,0; p=0,673, U=4400,0; p=0,275, U=4852,5; p=0,745, U=4569,5; p=0,421, U=4943,5; p=0,865, U=4849,0; p=0,741, U=4817,0; p=0,699, U=4857,5; p=0,749, U=4991,5; p=0,929, U=4558,5; p=0,409, U=4492,0; p=0,349).

Katılımcılardan hiperlipidemisi olmayanların fobik anksiyete alt ölçeği puanı ($0,4\pm 0,5$) hiperlipidemisi olanların puanından ($0,2\pm 0,3$) anlamlı yüksekti (U=1979,0; p=0,024); GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=2670,0; p=0,478, U=2700,0; p=0,520, U=2691,5; p=0,508, U=2709,0; p=0,533, U=2632,0; p=0,428, U=2609,5; p=0,399, U=2432,5; p=0,218, U=2488,0; p=0,266, U=2649,0; p=0,448, U=2708,5; p=0,531, U=2814,0; p=0,694, U=2510,0; p=0,288).

Katılımcılardan hipotiroidisi olanların somatizasyon alt ölçeği puanı ($1,2\pm 0,6$) hipotiroidisi olmayanların puanından ($0,9\pm 0,6$) anlamlı yüksekti (U=3718,0; p=0,025); GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=4770,5; p=0,643, U=4522,5; p=0,377, U=4642,0; p=0,496, U=4108,0; p=0,113, U=5039,5; p=0,994, U=4863,0; p=0,759, U=4871,5; p=0,770, U=4712,5; p=0,573, U=5030,5; p=0,982, U=4757,5; p=0,626, U=4377,0; p=0,257, U=4933,5; p=0,851).

Katılımcıların psikiyatrik ve GİS hastalığı olma durumlarına göre SCL90-R alt ölçek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir. Katılımcılardan psikiyatrik hastalığı olanların GSI, PST, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, psikotizm alt ölçeği puanları; GİS hastalığı olanların ise GSI, PST,

somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları olmayanların puanlarına göre anlamlı yüksekti.

Katılımcıların toplam ilaç kullanım miktarı (adet/gün) ile somatizasyon alt ölçeği puanı arasında anlamlı korelasyon vardı (Rho=0,179; p<0,01); GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (sırasıyla Rho=0,060; p=0,223, Rho=0,045; p=0,363, Rho=0,052; p=0,287, Rho=-0,033; p=0,502, Rho=0,017; p=0,736, Rho=0,039; p=0,423, Rho=0,054; p=0,271, Rho=0,017; p=0,730, Rho=-0,004; p=0,933, Rho=0,010; p=0,846, Rho=0,056; p=0,259, Rho=0,055; p=0,263).

Katılımcılardan hastalıkları için özel diyet programı uygulamayanların obsesyon alt ölçeği puanı (1,3±0,6) özel diyet programı uygulayanların obsesyon alt ölçeği puanından (1,0±0,6) anlamlı yüksekti (U=6761,0; p=0,009);GSI, PST, PSDI, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları açısından anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=8255,0, p=0,498; U=8154,5, p=0,419;U=8417,5, p=0,638;U=7288,0, p=0,055;U=7891,5, p=0,252;U=8046,0, p=0,343;U=8640,0, p=0,853;U=8345,5, p=0,572;U=7649,0, p=0,140;U=8416,5, p=0,636;U=8335,0, p=0,563;U=7790,0, p=0,201).

Tablo 4.10. Katılımcıların psikiyatrik ve GİS hastalığı olma durumlarına göre SCL90-R alt ölçek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları

| | Psikiyatrik hastalık | | | GİS hastalığı | | |
|------|----------------------|-----------|------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------------------|
| | VAR | YOK | İstatistiksel analiz | VAR | YOK | İstatistiksel analiz |
| GSI | 1,2±0,7 | 0,9±0,5 | U=2706,0; p=0,040 | 1,4±0,5 | 0,9±0,5 | U=751,0; p=0,009 |
| PST | 58,1±20,9 | 47,8±20,1 | U=2596,0; p=0,023 | 68,8±8,7 | 47,9±20,2 | U=592,5; p=0,002 |
| PSDI | 1,8±0,5 | 1,6±0,4 | U=3187,5; p=0,267 | 1,7±0,4 | 1,6±0,4 | U=1278,0; p=0,302 |
| SOM | 1,2±0,7 | 0,9±0,6 | U=2849,0; p=0,076 | 1,6±0,6 | 0,9±0,6 | U=631,0; p=0,003 |
| O-C | 1,6±0,8 | 1,2±0,6 | U=2891,0; p=0,090 | 1,5±0,5 | 1,2±0,6 | U=1212,5; p=0,219 |
| INT | 1,4±0,8 | 1,0±0,7 | U=2653,5; p=0,031 | 1,4±0,6 | 1,0±0,7 | U=1113,0; p=0,127 |
| DEP | 1,3±0,8 | 1,0±0,6 | U=2927,5; p=0,105 | 1,6±0,5 | 1,0±0,6 | U=814,0; p=0,016 |
| ANX | 1,0±0,6 | 0,8±0,5 | U=2662,0; p=0,032 | 1,2±0,7 | 0,8±0,5 | U=919,5; p=0,035 |
| HOS | 0,9±0,7 | 0,8±0,7 | U=3191,5; p=0,268 | 1,2±0,7 | 0,8±0,7 | U=957,0; p=0,045 |
| PHOB | 0,7±0,8 | 0,5±0,5 | U=2901,0; p=0,090 | 0,8±0,6 | 0,5±0,5 | U=1054,0; p=0,085 |
| PAR | 1,2±0,8 | 1,0±0,6 | U=3127,0; p=0,218 | 1,4±0,3 | 1,0±0,7 | U=827,0; p=0,017 |
| PSY | 1,0±0,7 | 0,6±0,5 | U=2317,0; p=0,005 | 1,0±0,5 | 0,6±0,5 | U=663,0; p=0,004 |
| ADD | 1,2±0,9 | 1,0±0,6 | U=3346,5; p=0,424 | 1,6±0,4 | 1,0±0,6 | U=638,5; p=0,003 |

Katılımcılardan daha önce ameliyat-operasyon geçirenlerin somatizasyon alt ölçeği puanı (1,0±0,6) daha önce ameliyat-operasyon geçirmeyenlerin somatizasyon alt ölçeği puanından (0,9±0,6) anlamlı yüksekti (U=17453,0; p=0,009);GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları anlamlı farklı değildi (U=18863,0; p=0,149, U=18304,5; p=0,056, U=20524,5; p=0,960, U=19786,0; p=0,503, U=19379,5;

p=0,312, U=18655,5; p=0,106, U=19550,5; p=0,385, U=18592,0; p=0,093, U=20476,5; p=0,927, U=19283,5; p=0,274, U=19015,0; p=0,187, U=18901,5; p=0,157).

Katılımcıların alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri uygulama durumlarına göre SCL90-Ralt ölçek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları Tablo 4.11'de verilmiştir. Alternatif tıp yöntemleri uygulayanların GSI, PST, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları alternatif tıp teknikleri uygulamayanlardan anlamlı yüksekti. Katılımcılardan alternatif tıp teknikleri uygulayanların PSDI, anksiyete, öfke-düşmanlık alt ölçeği puanları alternatif tıp tekniği uygulamayanlardan anlamlı farklı değildi.

Katılımcılardan bedensel engeli olanların ek skalalar alt ölçeği puanı (1,3±0,7) bedensel engeli olmayanların ek skalalar alt ölçeği puanından (1,0±0,6) anlamlı yüksekti (U=2909,0; p=0,048);GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm alt ölçeği puanlarında ise anlamlı fark yoktu (U=3478,0; p=0,376, U=3548,0; p=0,453, U=3261,0; p=0,193, U=3313,5; p=0,230, U=3755,5; p=0,723, U=3821,5; p=0,820, U=3823,5; p=0,823, U=3511,5; p=0,411, U=3227,0; p=0,170, U=3150,0; p=0,125, U=3000,5; p=0,071, U=3551,5; p=0,455).

Katılımcılardan aile ve akrabalarında ruhsal hastalığı olanların GSI (1,1±0,6), PSDI (1,7±0,4), somatizasyon (1,3±0,7), obsesyon (1,5±0,7), depresyon (1,3±0,6), anksiyete (1,0±0,7) alt ölçeği puanları olmayanlarınkinden (sırasıyla 0,9±0,5, 1,6±0,4, 0,9±0,6, 1,2±0,6, 1,0±0,6, 0,7±0,5) anlamlı yüksekti (U=5406,5; p=0,024, U=5431,5; p=0,026, U=5083,0; p=0,006, U=5283,5; p=0,015, U=4911,5; p=0,003, U=5590,5; p=0,046). Katılımcılardan aile ve akrabalarında ruhsal hastalığı olanların PST, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları olmayanlarınkinden anlamlı farklı değildi (U=5806,0; p=0,092,

U=6115,0; p=0,215, U=5886,0; p=0,115, U=6070,5; p=0,187, U=6652,5; p=0,642, U=6302,0; p=0,331, U=6497,5; p=0,491).

| Tablo 4.11. Alternatif ve tamamlayıcı tıp (ATT) yöntemleri uygulama durumlarına göre SCL90-R alt ölçek puan ortalamaları ve fark analiz sonuçları | | | |
|--|---------------|-----------------|---------------------------|
| | ATT uygulamış | ATT uygulamamış | İstatistiksel Analiz |
| GSI | 1,0±0,5 | 0,9±0,5 | U=14690,0; p=0,004 |
| PST | 53,4±20,1 | 46,0±20,0 | U=14108,5; p=0,001 |
| PSDI | 1,6±0,4 | 1,6±0,4 | U=16728,5; p=0,294 |
| SOM | 1,1±0,6 | 0,9±0,6 | U=14264,0; p=0,001 |
| O-C | 1,4±0,6 | 1,2±0,7 | U=15231,0; p=0,016 |
| INT | 1,1±0,7 | 1,0±0,7 | U=15428,0; p=0,026 |
| DEP | 1,2±0,7 | 1,0±0,6 | U=15163,0; p=0,014 |
| ANX | 0,8±0,6 | 0,7±0,6 | U=16380,0; p=0,172 |
| HOS | 0,9±0,7 | 0,8±0,7 | U=15955,0; p=0,079 |
| PHOB | 0,6±0,6 | 0,4±0,5 | U=15389,5; p=0,022 |
| PAR | 1,1±0,7 | 1,0±0,6 | U=14827,5; p=0,006 |
| PSY | 0,7±0,6 | 0,5±0,5 | U=14965,0; p=0,008 |
| ADD | 1,1±0,6 | 1,0±0,6 | U=15027,0; p=0,010 |

Kadın katılımcıların boyu ile GSI, PST, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (sırasıyla Rho=-0,124; p=0,048, Rho=-0,146; p=0,020, Rho=-0,127; p=0,043, Rho=-0,130; p=0,038, Rho=-0,146; p=0,020, Rho=-0,155; p=0,013);PSDI, obsesyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid

düşünce, psikotizm alt ölçeği puanları ile korelasyon saptanmadı (sırasıyla Rho=-0,040; p=0,526, Rho=-0,094; p=0,135, Rho=-0,069; p=0,275, Rho=-0,036; p=0,561, Rho=-0,088; p=0,161, Rho=-0,077; p=0,218, Rho= -0,065; p=0,297).

Erkek katılımcıların boyu ile GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı (sırasıyla Rho= -0,086; p=0,282, Rho= -0,111; p=0,166, Rho=0,025; p=0,752, Rho= -0,092; p=0,252, Rho= -0,040; p=0,620, Rho= -0,107; p=0,181, Rho= -0,099; p=0,217, Rho= -0,101; p=0,209, Rho=0,027; p=0,735, Rho= -0,003; p=0,968, Rho= -0,058; p=0,466, Rho= -0,084; p=0,293, Rho= -0,011; p=0,895).

Katılımcıların vücut ağırlığı ile obsesyon ve depresyon alt ölçeği puanları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (sırasıyla Rho=-0,106; p=0,031, Rho=-0,106; p=0,031); GSI, PST, PSDI, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon gözlenmedi (sırasıyla Rho=-0,028; p=0,572, Rho=-0,026; p=0,602, Rho=0,007; p=0,882, Rho=0,079; p=0,108, Rho=-0,057; p=0,250, Rho=-0,004; p=0,930, Rho=0,039; p=0,428, Rho=-0,011; p=0,830, Rho=-0,041; p=0,408, Rho=0,041; p=0,410, Rho=0,024; p=0,633).

Katılımcıların vücut kitle indeksi ile somatizasyon alt ölçeği puanı arasında anlamlı korelasyon vardı (Rho=0,191; p<0,01); GSI, PST, PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon gözlenmedi (sırasıyla Rho=0,027; p=0,580, Rho=0,029; p=0,556, Rho=0,032; p=0,519, Rho= -0,070; p=0,156, Rho= -0,012; p=0,802, Rho= -0,027; p=0,580, Rho=0,042; p=0,398, Rho=0,021; p=0,672, Rho=0,012; p=0,812, Rho= -0,026; p=0,593, Rho=0,054; p=0,270, Rho=0,049; p=0,320).

Katılımcılardan tek başına yaşayanların GSI (1,1±0,6), PST (53,4±20,1), PSDI (1,7±0,5), obsesyon (1,5±0,7), kişiler arası duyarlılık (1,3±0,8), depresyon (1,3±0,7), anksiyete (0,9±0,6), öfke-düşmanlık (1,0±0,8), fobik anksiyete (0,6±0,6), paranoid düşünce (1,2±0,7), ek skalalar (1,2±0,7) alt ölçeği puanları tek başına yaşamayanlarınkinden (sırasıyla 0,9±0,5, 47,2±20,2, 1,6±0,4, 1,2±0,6, 1,0±0,7, 1,0±0,6, 0,7±0,5, 0,8±0,7, 0,4±0,5, 1,0±0,6, 1,0±0,6) anlamlı yüksekti (sırasıyla U=9467,5; p=0,005, U=9901,0; p=0,019, U=9490,0; p=0,005, U=8423,5; p<0,01, U=9541,0; p=0,006, U=9525,0; p=0,006, U=9596,5; p=0,007, U=10234,0; p=0,047, U=9653,0; p=0,008, U=10153,0; p=0,038, U=9810,5; p=0,014). Katılımcılardan tek başına yaşayanların somatizasyon, psikotizm alt ölçeği puanları tek başına yaşamayanlarınkinden anlamlı farklı değildi (sırasıyla U=10989,0; p=0,249, U=10883,5; p=0,203).

Katılımcılardan acil durumlarda kendilerine yardımcı olabilecek birinin olmadığını belirtenlerin PSDI (1,8±0,6), obsesyon (1,6±0,8), kişiler arası duyarlılık (1,4±1,0), öfke-düşmanlık (1,2±0,9), paranoid düşünce (1,4±0,9) alt ölçeği puanları acil durumlarda kendilerine yardımcı olabilecek birinin olduğunu belirtenlerinkinden (sırasıyla 1,6±0,4, 1,2±0,6, 1,0±0,7, 0,8±0,6, 1,0±0,6) anlamlı yüksekti (U=4365,0; p=0,027, U=4468,0; p=0,040, U=4486,0; p=0,043, U=4209,5; p=0,014, U=4446,0; p=0,037). Katılımcılardan acil durumda kendilerine yardımcı olabilecek birinin olduğunu belirtenlerin GSI, PST, somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları acil durumlarda kendilerine yardımcı olabilecek birinin olmadığını belirtenlerinkinden anlamlı farklı değildi (U=4631,5; p=0,074, U=4956,0; p=0,203, U=5590,0; p=0,787, U=4639,0; p=0,076, U=4604,0; p=0,066, U=4585,0; p=0,059, U=4864,0; p=0,154, U=5573,5; p=0,767).

Katılımcılardan sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olmadığını belirtenlerin GSI (1,1±0,6), PST (53,0±17,9), PSDI (1,7±0,5), obsesyon (1,4±0,7), kişiler arası duyarlılık (1,3±0,8), depresyon (1,2±0,7), anksiyete (0,9±0,6), öfke-düşmanlık (1,0±0,7), fobik anksiyete (0,6±0,6), paranoid düşünce (1,2±0,7), psikotizm (0,7±0,6) ve ek skalalar

(1,2±0,7) alt ölçeği puanları olduğunu belirtenlerinkinden (sırasıyla 0,9±0,5, 46,7±20,8, 1,6±0,4, 1,2±0,6, 0,9±0,7, 1,0±0,6, 0,7±0,5, 0,7±0,6, 0,4±0,5, 1,0±0,6, 0,5±0,5, 1,0±0,6) anlamlı yüksekti (U=13075,0; p=0,002, U=13535,0; p=0,009, U=13654,5; p=0,012, U=13823,0; p=0,018, U=12511,0; p<0,01, U=13359,5; p=0,005, U=13165,0; p=0,003, U=12228,5; p<0,01, U=12796,5; p=0,001, U=14016,0; p=0,029, U=13499,0; p=0,008, U=13559,5; p=0,009). Katılımcılardan sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olduğunu belirtenlerin somatizasyon alt ölçeği puanı sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olmadığını belirtenlerinkinden anlamlı farklı değildi (U=15288,5; p=0,329).

Katılımcıların son 3 aylık süre içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı ile GSI, PST, PSDI, somatizasyon, anksiyete, psikotizm alt ölçeği puanları arasında anlamlı korelasyon vardı (Rho=0,116; p=0,018, Rho=0,103; p=0,036, Rho=0,108; p=0,028, Rho=0,220; p<0,01, Rho=0,101; p=0,041, Rho=0,147; p=0,003). Katılımcıların son 3 aylık süre içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı ile obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı (Rho=0,024; p=0,627, Rho=0,069; p=0,160, Rho=0,075; p=0,130, Rho=0,050; p=0,307, Rho=0,057; p=0,244, Rho=0,070; p=0,152, Rho=0,094; p=0,055).

Katılımcılardan aile sağlığı merkezine başvuranların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları aile sağlığı merkezine başvurmayanlarinkinden anlamlı farklı değildi (U=16434,5; p=0,437, U=16895,0; p=0,722, U=15358,5; p=0,078, U=16837,0; p=0,682, U=15898,0; p=0,204, U=15949,5; p=0,222, U=16488,0; p=0,466, U=15525,0; p=0,107, U=16883,5; p=0,713, U=16457,5; p=0,444, U=16032,5; p=0,251, U=16818,0; p=0,669, U=16622,0; p=0,544).

Katılımcılardan devlet hastanesine başvuranların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-

düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları devlet hastanesine başvurmayanlarınkinden anlamlı farklı değildi (U=19534,0; p=0,588, U=19974,0; p=0,865, U=18707,5; p=0,214, U=18366,5; p=0,125, U=20090,0; p=0,943, U=19742,5; p=0,714, U=19920,5; p=0,830, U=19246,0; p=0,431, U=19914,0; p=0,825, U=19539,5; p=0,586, U=19849,5; p=0,782, U=19995,0; p=0,879, U=18924,5; p=0,289).

Katılımcılardan üniversite hastanesine başvuranların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları üniversite hastanesine başvurmayanlarınkinden anlamlı farklı değildi (U=20454,0; p=0,616, U=20191,5; p=0,472, U=20809,5; p=0,836, U=20924,5; p=0,911, U=20407,5; p=0,588, U=20208,0; p=0,480, U=19484,5; p=0,191, U=20922,0; p=0,909, U=20571,0; p=0,684, U=20089,5; p=0,415, U=20895,5; p=0,891, U=20976,0; p=0,944, U=18644,5; p=0,045).

Katılımcıların aile ve eşi ile ilişkileri 'sürekli çatışırız, hiç anlayamayız', 'sürekli çatışırız ama birbirimizden kopmayız', 'ciddi anlaşmazlıklarımızı beraber çözeriz', 'genel olarak uyumlu bir ilişkimiz var' şeklinde artan ilişki düzeyine göre gruplandırılarak korelasyon analizi yapıldı. Katılımcıların aile ve eşi ile ilişki düzeyi ile GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (Rho= -0,244; p<0,01, Rho= -0,217; p<0,01, Rho= -0,198; p<0,01, Rho= -0,169; p=0,001, Rho= -0,218; p<0,01, Rho= -0,197; p<0,01, Rho= -0,263; p<0,01, Rho= -0,223; p<0,01, Rho= -0,333; p<0,01, Rho= -0,201; p<0,01, Rho= -0,195; p<0,01, Rho= -0,144; p=0,003, Rho= -0,152; p=0,002).

Katılımcılardan çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalanların GSI (1,1±0,5), PST (55,3±17,4), somatizasyon (1,2±0,6), obsesyon (1,4±0,6), kişiler arası duyarlılık (1,2±0,7), depresyon (1,3±0,6), anksiyete (0,9±0,5), öfke-düşmanlık (0,9±0,6), psikotizm (0,7±0,5) ve ek skalalar (1,2±0,6) alt ölçeği puanları çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalmayanlarınkinden

(sırasıyla $0,9\pm0,5$, $47,2\pm20,5$, $0,9\pm0,6$, $1,2\pm0,6$, $1,0\pm0,7$, $1,0\pm0,7$, $0,7\pm0,6$, $0,8\pm0,7$, $0,6\pm0,5$, $1,0\pm0,6$) anlamlı yüksekti ($U=7293,5$; $p=0,005$, $U=7448,5$; $p=0,009$, $U=7404,5$; $p=0,008$, $U=7941,0$; $p=0,045$, $U=7502,5$; $p=0,011$, $U=7360,0$; $p=0,007$, $U=7448,5$; $p=0,009$, $U=7858,5$; $p=0,035$, $U=7872,5$; $p=0,037$, $U=7636,0$; $p=0,017$). Katılımcılardan çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalanların PSDI, fobik anksiyete, paranoid düşünce alt ölçeği puanları çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalmayanlarınkinden anlamlı farklı değildi ($U=8169,5$; $p=0,086$, $U=8625,5$; $p=0,241$, $U=8012,0$; $p=0,055$).

Katılımcılardan evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalanların somatizasyon ($1,4\pm0,6$) alt ölçeği puanı evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalmayanlarınkinden ($0,9\pm0,6$) anlamlı yüksekti ($U=1147,5$; $p=0,019$). Katılımcılardan evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalanların GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeği puanları evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalmayanlarınkinden anlamlı farklı değildi ($U=1485,0$; $p=0,152$, $U=1714,0$; $p=0,413$, $U=1409,5$; $p=0,102$, $U=1956,0$; $p=0,864$, $U=1418,0$; $p=0,107$, $U=1366,0$; $p=0,080$, $U=1442,5$; $p=0,121$, $U=1634,5$; $p=0,300$, $U=1755,0$; $p=0,472$, $U=1525,0$; $p=0,184$, $U=1748,5$; $p=0,466$, $U=1661,5$; $p=0,336$).

Katılımcılardan bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulayanların GSI ($1,1\pm0,5$), PST ($56,3\pm18,0$), somatizasyon ($1,3\pm0,7$), depresyon ($1,2\pm0,5$), anksiyete ($0,9\pm0,5$), paranoid düşünce ($1,3\pm0,6$), psikotizm ($0,7\pm0,5$) alt ölçeği puanları bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulamayanlarınkinden (sırasıyla $0,9\pm0,5$, $47,6\pm20,3$, $0,9\pm0,6$, $1,0\pm0,7$, $0,7\pm0,6$, $1,0\pm0,7$, $0,6\pm0,5$) anlamlı yüksekti ($U=4696,0$; $p=0,029$, $U=4550,5$; $p=0,016$, $U=4166,5$; $p=0,003$, $U=4780,0$; $p=0,040$, $U=4540,5$; $p=0,015$, $U=4653,5$; $p=0,024$, $U=4722,0$; $p=0,032$). Katılımcılardan bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulayanların PSDI, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete ve ek

skalalar alt ölçeği puanları bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulamayanlarından anlamlı farklı değildi (U=5412,5; p=0,282,U=5430,5; p=0,294,U=5640,0; p=0,467,U=5079,0; p=0,110,U=5316,5; p=0,215,U=5160,5; p=0,142).

4.3 Regresyon Analizleri

GSI, PST, PSDI, somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skalalar alt ölçeklerinin ortalama puanlarına etki eden değişkenler lineer regresyon modellerinde incelendi. Modellerde başlangıç değişkenleri olarak; yaş, cinsiyet, bekar olmak, evli olmak, boşanmış olmak, çocuk sayısı, çalışan olmak, çalışmayan olmak, emekli olmak, öğrenci olmak, eğitim durumu, maddi gelir algısı, gönüllü göç durumu, gönülsüz göç durumu, sigara içiyor olmak, sigara bırakmış olmak, alkollü içki tüketiyor olmak, haftada 3 gün en az 30 dakika ve üzerinde egzersiz yapıyor olmak, çay tüketim miktarı, kahve tüketim miktarı, kola tüketim miktarı, hipertansiyon varlığı, diyabet varlığı, hiperlipidemi varlığı, hipotiroidi varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, gastrointestinal hastalık varlığı, reçeteli ilaç kullanım miktarı, reçetesiz ilaç kullanım miktarı, bitkisel ilaç kullanım miktarı, toplam ilaç kullanım miktarı, özel diyet uygulama durumu, daha önce ameliyat/operasyon geçirmiş olma durumu, bedensel engel varlığı, alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu, aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı, boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi, birlikte yaşadığı birinin varlığı, acil durumlarda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı, sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı, aile sağlığı merkezine başvurma sayısı, devlet hastanesine başvurma sayısı, üniversite hastanesine başvurma sayısı, son 3 ay içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı, ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı, çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalma durumu, evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalma durumu, geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulama durumu değişkenleri dahil edildi. Tüm modeller için 'backward eliminasyon' yöntemi kullanıldı.

GSI puanı ile ilgili regresyon modeli geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=8,645$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,194$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.12’de sunulmuştur.

| Tablo 4.12. GSI puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,246 | -0,369 | -0,148 |
| Çalışmayan olmak | 0,001 | -0,184 | -0,453 | -0,127 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,248 | -0,560 | -0,219 |
| Eğitim durumu | 0,003 | -0,150 | -0,096 | -0,020 |
| Maddi gelir algısı | 0,060 | 0,085 | -0,003 | 0,135 |
| Gönüllü göç durumu | 0,099 | 0,075 | -0,054 | 0,626 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,011 | 0,115 | 0,066 | 0,506 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,069 | 0,085 | -0,007 | 0,188 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,008 | 0,118 | 0,035 | 0,236 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,011 | -0,118 | -0,290 | -0,038 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,048 | -0,091 | -0,217 | -0,001 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,232 | -0,211 | -0,094 |

PST puanı ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=8,238$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,149$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.13'de sunulmuştur.

| Tablo 4.13. PST puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,236 | -13,984 | -5,265 |
| Çalışmayan olmak | 0,001 | -0,175 | -16,901 | -4,530 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,194 | -18,297 | -5,445 |
| Gönüllü göç durumu | 0,038 | 0,098 | 0,810 | 27,990 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,049 | 0,091 | 0,036 | 17,568 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,031 | 0,103 | 0,400 | 8,143 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,001 | 0,147 | 2,516 | 10,473 |
| Boy | 0,048 | -0,093 | -0,402 | -0,002 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,217 | -7,825 | -3,223 |
| Geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulama durumu | 0,060 | 0,089 | -0,293 | 13,834 |

PSDI puanı ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=8,176$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,184$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.14'de sunulmuştur.

| Tablo 4.14. PSDI puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Yaş | <0,001 | -0,251 | -0,011 | -0,004 |
| Çalışan olmak | 0,006 | -0,135 | -0,191 | -0,033 |
| Çalışmayan olmak | 0,091 | -0,084 | -0,227 | 0,017 |
| Eğitim durumu | <0,001 | -0,203 | -0,095 | -0,030 |
| Maddi gelir algısı | 0,004 | 0,132 | 0,026 | 0,136 |
| Gönüllü göç durumu | 0,021 | 0,107 | 0,014 | 0,167 |
| Kahve tüketimi | 0,008 | 0,122 | 0,011 | 0,069 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,005 | 0,128 | 0,078 | 0,429 |
| Bedensel engel varlığı | 0,025 | 0,102 | 0,025 | 0,369 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,025 | -0,106 | -0,220 | -0,015 |
| Acil durumlarda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,023 | -0,105 | -0,312 | -0,023 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | 0,001 | -0,155 | -0,128 | -0,034 |
| Evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalma durumu | 0,024 | 0,103 | 0,037 | 0,520 |

Somatizasyon alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=6,135$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,199$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.15’de sunulmuştur.

| Tablo 4.15. Somatizasyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | 0,006 | -0,153 | -0,314 | -0,053 |
| Çalışmayan olmak | 0,001 | -0,170 | -0,495 | -0,118 |
| Emekli olmak | 0,011 | -0,164 | -0,523 | -0,069 |
| Eğitim durumu | 0,017 | -0,122 | -0,098 | -0,010 |
| Haftada 3 gün en az 30 dakika ve üzerinde egzersiz yapıyor olmak | 0,028 | 0,099 | 0,013 | 0,224 |
| Diyabet varlığı | 0,063 | -0,101 | -0,509 | 0,014 |
| Hiperlipidemi varlığı | 0,045 | -0,107 | -0,673 | -0,008 |
| Reçeteli ilaç kullanım miktarı | 0,034 | 0,134 | 0,004 | 0,115 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,048 | 0,094 | 0,001 | 0,228 |
| Bedensel engel varlığı | 0,086 | 0,078 | -0,031 | 0,466 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | <0,001 | 0,158 | 0,091 | 0,321 |
| Aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı | 0,005 | 0,129 | 0,082 | 0,456 |
| Boy | 0,001 | -0,186 | -0,019 | -0,005 |
| Vücut ağırlığı | 0,032 | 0,122 | 0,000 | 0,009 |
| Aile sağlığı merkezine başvurma sayısı | 0,081 | 0,088 | -0,014 | 0,248 |
| Devlet hastanesine başvurma sayısı | 0,010 | 0,135 | 0,039 | 0,292 |
| Üniversite hastanesine başvurma sayısı | 0,067 | 0,103 | -0,009 | 0,256 |
| Son 3 ay içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı | 0,011 | 0,127 | 0,010 | 0,072 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | 0,004 | -0,133 | -0,167 | -0,032 |
| Evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalma durumu | 0,070 | 0,083 | -0,027 | 0,671 |

Obsesyon alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=10,613$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,189$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.16'da sunulmuştur.

| Tablo 4.16. Obsesyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,272 | -0,490 | -0,218 |
| Çalışmayan olmak | <0,001 | -0,208 | -0,602 | -0,211 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,240 | -0,671 | -0,265 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,007 | 0,121 | 0,101 | 0,646 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,059 | 0,085 | -0,005 | 0,244 |
| Aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı | 0,071 | 0,082 | -0,016 | 0,387 |
| Vücut ağırlığı | 0,026 | -0,176 | -0,014 | -0,001 |
| Vücut kitle indeksi | 0,063 | 0,149 | -0,001 | 0,038 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,002 | -0,145 | -0,405 | -0,096 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,222 | -0,253 | -0,108 |

Kişiler arası duyarlılık alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=7,669$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,151$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.17’de sunulmuştur.

| | P | β | %95 güven aralığı | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,201 | -0,445 | -0,131 |
| Çalışmayan olmak | <0,001 | -0,191 | -0,639 | -0,183 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,240 | -0,761 | -0,273 |
| Eğitim durumu | 0,011 | -0,132 | -0,124 | -0,016 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,010 | 0,118 | 0,095 | 0,711 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,047 | 0,095 | 0,002 | 0,275 |
| Vücut ağırlığı | 0,023 | -0,184 | -0,016 | -0,001 |
| Vücut kitle indeksi | 0,034 | 0,177 | 0,002 | 0,047 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,006 | -0,131 | -0,425 | -0,073 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,002 | -0,148 | -0,393 | -0,090 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,178 | -0,242 | -0,078 |

Depresyon alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=9,041$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,189$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.18’de sunulmuştur.

| Tablo 4.18. Depresyon alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | P | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,230 | -0,438 | -0,165 |
| Çalışmayan olmak | 0,002 | -0,163 | -0,525 | -0,117 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,232 | -0,665 | -0,244 |
| Eğitim durumu | 0,060 | -0,093 | -0,092 | 0,002 |
| Maddi gelir algısı | 0,084 | 0,079 | -0,010 | 0,163 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,015 | 0,108 | 0,065 | 0,608 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,017 | 0,111 | 0,026 | 0,268 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,021 | 0,105 | 0,023 | 0,275 |
| Aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı | 0,094 | 0,076 | -0,030 | 0,377 |
| Boy | 0,006 | -0,127 | -0,015 | -0,003 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,004 | -0,133 | -0,388 | -0,073 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,250 | -0,278 | -0,131 |

Anksiyete alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=8,107$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,147$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.19'da sunulmuştur.

| Tablo 4.19. Anksiyete alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,204 | -0,347 | -0,106 |
| Çalışmayan olmak | 0,013 | -0,133 | -0,396 | -0,047 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,218 | -0,543 | -0,182 |
| Eğitim durumu | 0,004 | -0,150 | -0,103 | -0,020 |
| Gönüllü göç durumu | 0,057 | 0,089 | -0,003 | 0,204 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,007 | -0,130 | -0,327 | -0,053 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,027 | -0,105 | -0,249 | -0,015 |
| Son 3 ay içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı | 0,010 | 0,122 | 0,009 | 0,064 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,193 | -0,198 | -0,070 |
| Geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulama durumu | 0,043 | 0,097 | 0,006 | 0,393 |

Öfke-düşmanlık alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=7,769$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,197$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.20’de sunulmuştur.

| Tablo 4.20. Öfke-düşmanlık alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Yaş | <0,001 | -0,212 | -0,016 | -0,005 |
| Çalışan olmak | 0,026 | -0,108 | -0,277 | -0,017 |
| Çalışmayan olmak | 0,006 | -0,134 | -0,472 | -0,079 |
| Eğitim durumu | 0,092 | -0,088 | -0,096 | 0,007 |
| Maddi gelir algısı | 0,002 | 0,144 | 0,055 | 0,235 |
| Kola tüketimi | 0,086 | 0,078 | -0,012 | 0,187 |
| Diyabet varlığı | 0,098 | -0,083 | -0,505 | 0,043 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,087 | 0,077 | -0,036 | 0,537 |
| Özel diyet uygulama durumu | 0,078 | 0,086 | -0,020 | 0,384 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,067 | 0,087 | -0,008 | 0,249 |
| Bedensel engel varlığı | 0,068 | 0,083 | -0,020 | 0,545 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,061 | 0,084 | -0,006 | 0,255 |
| Acil durumlarda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,029 | -0,099 | -0,493 | -0,027 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,297 | -0,330 | -0,177 |
| Evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalma durumu | 0,086 | 0,078 | -0,050 | 0,743 |

Fobik anksiyete alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=7,153$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,118$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.21’de sunulmuştur.

| Tablo 4.21. Fobik anksiyete alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,223 | -0,363 | -0,124 |
| Çalışmayan olmak | 0,018 | -0,130 | -0,389 | -0,037 |
| Emekli olmak | <0,001 | -0,198 | -0,502 | -0,148 |
| Eğitim durumu | 0,004 | -0,150 | -0,101 | -0,020 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | 0,027 | 0,103 | -0,031 | 0,505 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,018 | 0,110 | 0,022 | 0,240 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,041 | -0,099 | -0,280 | -0,006 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,029 | -0,105 | -0,248 | -0,013 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | 0,001 | -0,152 | -0,168 | -0,040 |

Paranoid düşünce alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=7,938$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,144$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.22’de sunulmuştur.

| Tablo 4.22. Paranoid düşünce alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|---|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,219 | -0,427 | -0,147 |
| Çalışmayan olmak | 0,007 | -0,140 | -0,476 | -0,076 |
| Emekli olmak | 0,001 | -0,180 | -0,555 | -0,152 |
| Maddi gelir algısı | 0,028 | 0,103 | 0,011 | 0,189 |
| Gönüllü göç durumu | 0,011 | 0,118 | 0,036 | 0,279 |
| Bedensel engel varlığı | 0,004 | 0,133 | 0,128 | 0,684 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,003 | 0,136 | 0,065 | 0,324 |
| Acil durumlarda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,008 | -0,124 | -0,542 | -0,081 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | <0,001 | -0,194 | -0,235 | -0,084 |
| Geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulama durumu | 0,023 | 0,108 | 0,036 | 0,492 |

Psikotizm alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=7,432$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,168$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.23’de sunulmuştur.

| Tablo 4.23. Psikotizm alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Yaş | <0,001 | -0,264 | -0,015 | -0,006 |
| Çalışan olmak | 0,008 | -0,131 | -0,243 | -0,036 |
| Çalışmayan olmak | <0,001 | -0,200 | -0,476 | -0,165 |
| Eğitim durumu | 0,001 | -0,176 | -0,111 | -0,028 |
| Çay tüketimi | 0,025 | 0,108 | 0,002 | 0,035 |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | <0,001 | 0,195 | 0,266 | 0,722 |
| Daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu | 0,012 | 0,121 | 0,029 | 0,233 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,006 | 0,127 | 0,043 | 0,250 |
| Boy | 0,099 | 0,271 | -0,003 | 0,034 |
| Vücut ağırlığı | 0,079 | -0,498 | -0,037 | 0,002 |
| Vücut kitle indeksi | 0,055 | 0,494 | -0,001 | 0,102 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,020 | -0,109 | -0,244 | -0,021 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | 0,001 | -0,153 | -0,163 | -0,042 |

Ek skalalar alt ölçeği ile ilgili regresyon modelinin geneli istatistik anlamlılığa sahipti ($F=5,399$, $p<0,01$) ve düzeltilmiş $R^2=0,122$ olarak hesaplandı. Analiz sonucu Tablo 4.24'de sunulmuştur.

| Tablo 4.24. Ek skalalar alt ölçek puanı ile ilgili regresyon modeli sonuçları | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|-----------|
| | p | β | %95 güven aralığı | |
| | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sabit | <0,001 | | | |
| Çalışan olmak | <0,001 | -0,211 | -0,408 | -0,127 |
| Çalışmayan olmak | 0,045 | -0,110 | -0,413 | -0,005 |
| Emekli olmak | 0,047 | -0,115 | -0,433 | -0,003 |
| Eğitim durumu | 0,007 | -0,143 | -0,115 | -0,018 |
| Gönüllü göç durumu | 0,032 | 0,103 | 0,041 | 0,904 |
| Özel diyet uygulama durumu | 0,071 | -0,090 | -0,368 | 0,015 |
| Bedensel engel varlığı | 0,013 | 0,118 | 0,074 | 0,619 |
| Alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu | 0,031 | 0,101 | 0,013 | 0,266 |
| Birlikte yaşadığı birinin varlığı | 0,022 | -0,111 | -0,346 | -0,027 |
| Sağlık problemleri konusunda kendisine yardımcı olabilecek birinin varlığı | 0,046 | -0,096 | -0,274 | -0,002 |
| Ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı | 0,025 | -0,107 | -0,159 | -0,011 |
| Geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarına şiddet uygulama durumu | 0,073 | 0,088 | -0,020 | 0,434 |

5. TARTIŞMA

Ruhsal bozuklukların demografik özellikler ile ilişkisi ruh sağlığı hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarının ilgi alanı içerisindedir. Ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin ilk başvuru yerinin genellikle birinci basamak sağlık kuruluşları olması nedeniyle ruhsal belirtileri tanımada aile hekiminin özel bir konumu vardır. Ruh sağlığı hizmeti alanında koruyucu hekimlik vasfını uygulayabilmek, hastalıklara erken tanı koyabilmek amaçlandığında ruhsal belirtilerin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisini bilmek ve bu konu üzerinde çalışmalar yapmak anlam kazanmaktadır.

Türkiye’de ortanca yaş 31,7; kadın ortanca yaş 32,4, erkek ortanca yaş 31,1’dir. Çanakkale 38,5 ortanca yaş ile ülkemizin yaşlı popülasyona sahip illerinden biridir (87). Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $33,7 \pm 13,6$, ortanca yaşı 30; kadın katılımcıların ortanca yaşı 30, erkek katılımcıların ortanca yaşı 29 yıl saptandı. Çalışmamız Türkiye verileri ile uyumlu fakat Çanakkale verilerine göre genç yaş ortalamasına sahipti. Öğrenci olduğunu bildiren genç yaş grubundaki katılımcıların oranının %30,2 olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Türkiye’de nüfusun %50,2’sini erkekler, %49,8’ini kadınlar oluşturmaktadır. Çanakkale’de ise nüfusun %50,7’sini erkekler, %49,3’ünü kadınlar oluşturmaktadır (87). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada kadın katılımcı oranı %62,1, erkek katılımcı oranı %37,9 saptanmıştır (24). Kılıç ve ark. Yozgat il merkezinde Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerini araştırdıkları çalışmasında kadın katılımcı oranını %57,3, erkek katılımcı oranını %42,7 saptamıştır (17). Çalışmamızda kadın cinsiyet oranı %61,8, erkek cinsiyet oranı %38,2’dir. Çalışmamızın cinsiyet dağılımı benzer çalışmalar ile uyumlu fakat kadın katılımcıların oranı ülkemizin ve ilimizin cinsiyet dağılımına göre fazladır. Kadınların sağlık

hizmetleri kullanımının erkeklerden fazla olması hastane tabanlı araştırmalarda katılımcılarda kadın oranının yüksek olmasına neden olmaktadır.

Türkiye’de nüfusun %63,4’ünü evli, %27,4’ünü bekar, %9,2’sini boşanmış/dul bireyler oluşturmaktadır (87). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD tarafından Eskişehir ilinde ruhsal hastalıkların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada katılımcıların %45,2’i evli, %45,3’ü bekar, %9,5’i boşanmış/duldu (88). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği AD tarafından Çanakkale şehir merkezinde genel toplum tabanlı 500 katılımcı ile yapılmış bir çalışmada katılımcıların %59,6’sı evli, %33,8’i bekar, %6,6’sı boşanmış/duldu (89). Çalışmamızda katılımcıların %49,5’i evli, %47,6’si bekar, %2,9’si boşanmış/duldu. Çalışmamızda bekar katılımcı oranı yüksek, boşanmış/dul katılımcı oranı düşük saptanmıştır. Öğrenci olduğunu bildiren genç yaş grubundaki katılımcıların oranının %30,2 olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Keskin’in Eskişehir’de 1475 katılımcı ile ruhsal hastalıkların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırdığı çalışmasında katılımcıların %37,8’i aktif olarak çalıştığını, %35,3’ü çalışmadığını, %24,6’sı öğrenci olduğunu bildirmiştir (88). Karasu’nun Eskişehir’de 1011 katılımcı ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırdığı çalışmasında katılımcıların %25,0’i aktif olarak çalıştığını, %58,8’i çalışmadığını, %13,2’si öğrenci olduğunu bildirmiştir (24). Çalışmamızda katılımcıların %44,7’si aktif olarak çalıştığını, %30,2’si öğrenci olduğunu, %12,6’sı çalışmadığını ve %12,6’sı emekli olduğunu bildirdi. Çalışmamızda öğrenci olduğunu bildiren katılımcıların oranı benzer çalışmalardan fazladır. Tıp fakültemizin diğer fakülteler ile aynı kampüs içerisinde olması ve eğitimi devam eden öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetini kliniğimizde almaları katılımcılarda öğrenci oranının fazla olmasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda çalışmadığını bildiren katılımcı sayısı benzer çalışmalardan düşüktür. Çanakkale ilinin yaşlı nüfusunu gözeterek

çalışma durumuna eklediğimiz emeklilik seçeneği çalışmadığını bildiren katılımcı sayısının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Türkiye’de nüfusun %24,0’ı ilkokul mezunu, %13,0’ı ortaokul mezunu, %23,0’ı lise mezunu, %17,0’ı yüksekokul, fakülte ve üzeri eğitim durumuna sahiptir (87). Çalışmamızda katılımcıların %9,4’ü ilkokul mezunu, %3,9’u ortaokul mezunu, %14,5’i lise mezunu, %72,2’si yüksekokul, fakülte ve üzeri eğitim durumuna sahipti. Çalışmamızda yüksekokul, fakülte ve üzeri eğitim durumuna sahip katılımcıların oranı Türkiye genelinden oldukça yüksektir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından katılımcıların ruh sağlığı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının araştırıldığı çalışmada yüksekokul, fakülte ve üzeri eğitim durumuna sahip katılımcıların oranı %5,5, Karasu’nun Eskişehir’de yaptığı çalışmada %20,1, Keskin’in Eskişehir’de yaptığı çalışmada %36,1, Özdemir’in Çanakkale’de yaptığı çalışmada %50,2 saptanmıştır (24,88,89). Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumu benzer çalışmalardan ve ilimizde yapılmış genel toplum tabanlı çalışmadan yüksektir. Bu sonuçlar çalışmamızın kentsel bölgede ve üniversite hastanesinde yürütülmesinden kaynaklanmış olabilir.

414 bireyin dahil edildiği, ruhsal belirtilerin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisini araştırdığımız çalışmamızda katılımcılara uyguladığımız SCL90-R anketinin ruhsal belirti puan ortalaması en yüksek alt ölçeği obsesyon-kompulsiyon (1,3) olarak saptanmış, onu sırasıyla somatizasyon (1,0), kişiler arası duyarlılık (1,0), paranoid düşünce (1,0) takip etmiştir. Ruhsal belirti puan ortalaması en düşük alt ölçekleri fobik anksiyete (0,5) ve psikotizm (0,6) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda Genel Semptom İndeksi (GSI) ortalaması 0,9 saptanmıştır. Kahramanmaraş Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD’da 174 katılımcı ile yapılmış çalışmada GSI ortalaması 0,6 olarak saptanmış; ruhsal belirti puan ortalaması en yüksek alt ölçek obsesyon-kompulsiyon (1,1), en düşük alt ölçekler fobik anksiyete (0,1) ve psikotizm (0,2) olarak saptanmıştır (90). Finlandiya Helsinki Üniversitesi Psikiyatri AD’da 337 katılımcı ile yapılmış çalışmada GSI ortalaması 0,6 saptanmış; ruhsal belirti puan ortalaması en

yüksek alt ölçek obsesyon-kompulsiyon (0,8), en düşük alt ölçekler fobik anksiyete (0,2) ve psikotizm (0,3) olarak saptanmıştır (91). Almanya Henrich-Heine Üniversitesi Psikoloji AD tarafından birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmuş 447 katılımcı ile yürütülen çalışmada GSI ortalaması 0,6 olarak saptanmış; ruhsal belirti puan ortalaması en yüksek alt ölçekler somatizasyon (0,8) ve obsesyon-kompulsiyon (0,7), en düşük alt ölçekler fobik anksiyete (0,3) ve psikotizm (0,3) olarak saptanmıştır (92). Ülkemizde ve yurtdışında yapılmış benzer çalışmalarda obsesyon-kompulsiyon alt ölçek puanının yüksek, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçek puanlarının düşük saptandığı görülmektedir. Bu yönüyle çalışmamızın verileri yurtiçinde ve yurtdışında yapılmış çalışmalar ile uyumludur.

Somatizasyon; hastanın organik olarak açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtiler yaşaması, bunları bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlaması ve çok sayıda tıbbi yardım arama davranışı ile karakterize olan klinik bir durumdur (93).

Analiz sonuçlarımıza göre yaş ile somatizasyon arasında korelasyon saptanmadı ve somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında yaş model dışında bırakıldı. Karasu'nun birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırdığı çalışmasında somatizasyon bozukluğu ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (24). Bu çalışmanın verileri çalışmamızla uyumludur. Ancak Keskin'in Eskişehir'de yaptığı çalışmasında somatizasyon bozukluğu ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (88). Kurt'un Adana ilinde yaptığı çalışmasında ise katılımcıların yaş grubu ikiye ayrıldığında 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların somatizasyon alt ölçeği puanlarının 40 yaş altındakilere göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (94). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre somatizasyon bozukluğunun yaş ile artış gösterdiği; özellikle 55-64 yaş grubunda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (5).

Analiz sonuçlarımıza göre kadınlarda somatizasyon puanı erkeklerden anlamlı yüksekti. Fakat somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında cinsiyet model dışında bırakıldı. Literatür taramamızda somatizasyon ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışmaya rastladık. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre somatizasyon bozukluğu kadınlarda (%6,9-8,0) erkeklerden (%1,8-2,4) 3 kat fazla görülmektedir (5). Dönmez ve ark. tarafından Antalya'da yapılan çalışmada kadın olmanın somatizasyon bozukluğu riskini 1,9 kat arttırdığı saptanmıştır (95). Almanya'da SCL90-R anketi ile yapılan çalışmada, Japonya'da somatizasyon semptomları olan hastaların klinik özelliklerinin incelendiği diğer bir çalışmada somatizasyon bozukluğu kadınlarda daha sık saptanmıştır (92,96). Kaya ve ark. tarafından yapılan Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi çalışmasında kadınların somatizasyon bozukluğuna daha sık yakalanmasının nedeni toplumun erkek egemen yapısına ve buna bağlı olarak çocukluktan itibaren daha edilgen bir konumda kalmasına bağlanmış; beden dilinin daha çok kullanılmasının somatizasyon bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesine neden olabileceği vurgulanmıştır (97). Nöroendokrin faktörler ve menopoza gibi öznel yaşam olayları, çocuk bakımı ile ilgili sorumluluklar depresyon ve somatizasyon bozukluklarının kadınlarda daha yaygın görülmesine neden olmaktadır (98). Çalışmamızda çocuk sayısı ve somatizasyon arasındaki pozitif korelasyon bu görüşü desteklemektedir. Analiz sonuçlarımıza göre eşinden fiziksel şiddet görüyor olmak somatizasyon modelinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Ekemen'in 15-49 yaş arası kadınlarda ruhsal durumun belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi düşük ve aile içi şiddet gören kadınlarda somatizasyon yüksek saptanmıştır (99). Şimşek ve ark. aile içi şiddet ve travmatik yaşantı öyküsü varlığının kadınlarda ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir (100).

Analiz sonuçlarımıza göre eğitim durumu ile somatizasyon arasında negatif korelasyon saptandı. Somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında eğitim durumunun düşüklüğü modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Karasu'nun 1011 katılımcı ile PRIME MD ölçeği kullanarak Eskişehir'de yaptığı

çalışmasında somatizasyon bozuklukları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (24). Dönmez ve ark. tarafından sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal hastalıkların araştırıldığı çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması somatizasyon bozukluğu için risk faktörü (tahmini rölatif risk:3,9) olarak saptanmıştır (95). Sağduyu ve ark. tarafından yapılan Sağlık Ocağı'na başvuranlarda somatizasyon isimli çalışmada somatizasyon, 5 yıl ve altında eğitim alanlarda, lise ve daha yüksek düzeyde eğitim alanlara göre daha sık bulunmuştur (101). Çermik ve ark. tarafından 252 kadın katılımcı ile somatizasyonu etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada katılımcılar eğitim düzeyi gruplarına ayrılarak incelendiğinde, en fazla somatizasyon belirtileri eğitimsiz olanlarda, en az belirtiler ise lise ve yüksek okul mezunu olanlarda saptanmıştır. İlkokul mezunları ise iki grubun arasında yer almaktadır (102). Eğitim seviyesinin düşüklüğünün, duygu içeren sözcük dağarcığının az gelişmesine ve zorlanma durumlarında sıkıntının beden ile anlatılmasına neden olduğu söylenebilir.

Kronik hastalık öyküsü ile somatizasyon arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir (103). Çalışmamızda hipotiroidisi ve gastrointestinal sistem ile ilgili hastalığı olan katılımcıların somatizasyon puanı olmayanlarınkinden yüksekti. Somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında daha önce ameliyat geçirmiş olma durumu modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Politras ve ark. tarafından fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan hastalarda psikoterapinin yerinin araştırıldığı çalışmada somatizasyon bozukluğu %29 oranında saptanmıştır (104). Eren ve ark. tarafından hipotiroidi hastalarında psikiyatrik belirti düzeyininin araştırıldığı çalışmada klinik hipotiroidi tanılı hastaların somatizasyon puanı (1,0) kontrol grubundan (0,3) yüksek saptanmıştır (105). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği AD tarafından Tip 2 diyabet hastalarında psikolojik belirtilerin incelendiği çalışmada diyabet tanılı hastaların somatizasyon puanı (1,3) kontrol grubundan (0,7) yüksek saptanmıştır (30). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından 363 katılımcının ruh sağlığı durumlarının araştırıldığı çalışmada kronik hastalığı olanların ve kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme

durumunun somatizasyon puanını anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır (94). Çalışmamızda somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Yakınlarında psikiyatrik hastalık varlığı kişinin kendisinde psikiyatrik hastalık algısını etkileyerek somatizasyon puanının artmasına neden olmuş olabilir. Kronik hastalıklar, kişinin algısını değiştirerek kendi bedeni üzerinde daha fazla düşünmesine, normal semptomları farklı yorumlamasına ve somatizasyon belirtilerinin artmasına neden olmuş olabilir.

Somatizasyon bozukluğu hastaların yaşamını büyük oranda etkiler; sık sık doktor değiştirirler, çok çeşitli ilaçları denerler (103). Çalışmamızda somatizasyonun lineer regresyon analizi sırasında reçeteli ilaç kullanım miktarı, alternatif tıp tekniklerini uygulama durumu, devlet hastanesine başvurma sayısı, son 3 ay içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Araştırmalar kanıtlamıştır ki, somatizasyon bozukluğu gösteren hastalara hekimler tarafından çok fazla sayıda ilaç verilmektedir (103). Sack ve ark. çalışmalarında, somatizasyon bozukluğu gösteren hastaların çok fazla tıbbi ve cerrahi tedavi gördüklerini saptamış, hekimlerin hastaları daha detaylı sorgulayıp, somatizasyon bozukluğu tanısını daha erken koyabilmeleri durumunda bu türden girişimlere gerek kalmayacağını belirtmişlerdir (106).

Katılımcıların göç durumunu sorguladığımız çalışmamızda sadece somatizasyon alt ölçeği açısından göç durumu değişkenleri arasında anlamlı fark mevcuttu. Somatizasyon puanı en yüksek gönülsüz göç grubu (1,2) saptanmış, onu gönüllü göç (1,0) ve göç etmedim (0,9) grubu takip etmiştir. Çevik'in anksiyete bozukluğunun psikososyal yönünü araştırdığı çalışmasında köy ve kasabadan şehir merkezine iç göç yaşamış hastaların anksiyete bozukluğunun somatik belirti ve bulgularının daha belirgin olduğu saptanmıştır (107). Minas ve ark.'nın Avustralya'daki göçmen Türklerle yaptıkları çalışmalarda alışlagelen çevresel desteklerin kaybının yoğun bir biçimde somatik bozukluklara yol açtığı saptanmıştır. Özellikle zorunlu göçlerin bireylerde yarattığı çaresizlik ve eziklik duyguları belirgin olarak bireylerin

yaşamında yer alır. Göçmenler istem dışı bir çeşit duygusal engellilik içerisindedirler. Bu zorluğun bir sonucu olarak göçmenlerin somatizasyona oldukça sık başvurmalarının daha anlaşılır bir durum olduğu söylenebilir (108).

Depresyon; kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yineleyebilen çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi belirtileri olan bir duygudurum bozukluğudur (109).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre depresyon 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13 oranında görülmektedir ve yaş ile depresyon sıklığı artmaktadır (5). Toft ve ark. tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarında 1785 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada 40 yaş üzerindeki bireylerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukların 40 yaş altındakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (110). Eskişehir'de Karasu'nun yaptığı çalışmada ve Adana'da Kurt'un yaptığı çalışmada ise yaş ile duygudurum bozukluğu arasında ilişki saptanmamıştır (24,94). Türkiye İstatistik Kurumu Yaşam Memnuniyeti Anketi'ne göre 18-35 yaş grubunda mutsuzluk oranı %8,6-9,3, 35-54 yaş arasında %10,9, 55-64 yaş grubunda %12,8 saptanmıştır (87). Çanakkale'nin içinde bulunduğu Batı Marmara bölgesi depresif bozukluk oranının en az görüldüğü bölge konumundadır (5). Analiz sonuçlarımızda yaş ile depresyon arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda Çanakkale ilinin yaşlı popülasyonunun diğer bölgelere göre daha az depresif belirtiler gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların depresyon puanı erkek katılımcılardan anlamlı yüksekti. Fakat depresyonun lineer regresyon analizi sırasında cinsiyet model dışında bırakıldı. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında hazırladığı rapora göre depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına ilişkin ruhsal hastalıkların kadınlarda daha fazla saptandığı ve öz kıyım girişiminin kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (39). Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında hazırladığı rapora göre ruhsal bozuklukların hastalık yükü her iki cinsiyet

için birinci sırada depresyon olarak saptanmış; fakat depresyonun engellilik yükü kadınlar için %13,4 iken erkekler için %8,9 saptanmıştır (111). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmada depresif bozukluk sıklığı kadınlarda %12, erkeklerde %6 olarak saptanmıştır (5). Stresli yaşam olayları depresyon epizotlarının başlamasıyla yakından ilişkilidir. Kadınlar aynı stres etkeni karşısında daha yoğun belirtiler gösterirler. Biyolojik yapısı, toplumsal ve kültürel konumu ve cinsel kimliği kadını depresyona daha yatkın kılmaktadır (112).

Çalışmamızda aile ve eşi ile ilişkilerin iyi olması ile depresyon puanı arasında negatif korelasyon mevcuttu; depresyonun lineer regresyon analizi sırasında aile ve eşi ile ilişkilerin iyi olması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Bu konu hakkındaki çalışmalar daha çok kadınların eşinden şiddet görme durumu ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Şiddet, kadınlarda görülen depresyon nedenleri arasında en önemli risk faktörlerindedir (113). Manisa'da Özyurt ve ark. tarafından evli kadınlarda depresif belirtilerin yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada evliliği süresince şiddete maruz kalan kadınlarda depresif belirti görülme riski yüksek saptanmıştır (114). Yang ve ark. Tayvan'da partneri tarafından şiddete maruz kalan kadınlarda 1,93 kat daha fazla depresyon geliştiğini saptamışlardır (115). Bosna Hersek'te 283 katılımcı ile SCL90-R anketi ile yapılan çalışmada eşinden şiddete maruz kalanların depresyon puanları daha yüksek saptanmıştır (116). Çalışmamızda evlilik hayatı boyunca eşinden fiziksel şiddete maruz kalanların depresyon puanı şiddete maruz kalmayanlarıkinden farklı saptanmamıştır. Çalışmamızda şiddet ve depresyon ilişkisinin literatür ile uyumsuz çıkmasının sebebinin katılımcıların eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının üzerinde olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Çocukken şiddete maruz kalmak veya tanık olmak da psikiyatrik morbidite nedeni olarak bildirilmiştir (117). Çalışmamızda bu veri ile uyumlu olarak çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalanların depresyon puanı yüksek saptanmıştır.

Analiz sonuçlarımıza göre maddi gelir algısının azalması ile depresyon arasında korelasyon saptandı. Depresyon ve anksiyete gibi yaygın ruhsal bozuklukların toplumdaki ekonomik duruma göre dağıldığına dair iyi kanıtlar vardır (40). Friyers ve ark. tarafından Avrupa'daki sosyal eşitsizliklerin yaygın zihinsel bozuklukların dağılımına etkisinin araştırıldığı çalışmada depresyon ve anksiyetenin düşük eğitim düzeyi, düşük maddi kazanç ve işsizlik ile ilişkili olduğu saptanmıştır (44). Sosyoekonomik olarak dezavantajlı kişiler, yaşam boyunca sosyal desteğe ve çevresel imkanlara daha az sahip olma eğilimindedirler ve ruhsal hastalıkların olumsuz sonuçlarından orantısız olarak etkilenmektedirler (41,42). Düşük gelir ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki, bazı çalışmalarda kişinin borç durumuna göre açıklanmıştır. İngiltere, Galler ve İskoçya'da yapılan bir çalışma, fazla borca sahip olan bireylerin, sosyodemografik değişkenleri üzerinde düzeltme yapıldıktan sonra bile depresyona yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (43).

Yalnızlık ruhsal hastalıkların ve özellikle de depresyonun oluşmasında belirleyici bir etkiye sahiptir (118). Çalışmamızda depresyonun lineer regresyon analizi sırasında birlikte yaşadığı birinin varlığı modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Birlikte yaşadığı birini sorguladığımız anket sorumuz katılımcılar tarafından partner durumu veya evlerinde birlikte yaşadığı biri olarak algılanmış olabilir. Beutel ve ark. tek başına yaşamamanın, kadınlarda ve erkeklerde yalnızlığın önemli bir belirleyicisi olduğunu fakat yalnızlık, cinsiyet ve yalnız yaşamak arasındaki ilişkinin karmaşık görüldüğünü bildirmişlerdir. Beutel ve ark. tarafından Almanya'da 15010 katılımcı ile genel popülasyonda yalnızlığın ruh sağlığı ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada yalnızlığın depresyon riskini 1,91 kat, anksiyete riskini 1,21 kat arttırdığı saptanmıştır (119). Richard ve ark. tarafından İsviçre'de 20007 katılımcı ile yalnızlığın ruhsal sağlık ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada yalnızlığın depresyon riskini 2,93 kat arttırdığı saptanmıştır (120). Jackson ve ark. tarafından 293 katılımcı ile SCL90-R anketi uygulanarak yalnızlığın psikolojik belirtilerinin araştırıldığı çalışmada depresyon ve kişiler arası duyarlılık puanları yalnız olduğunu bildiren katılımcılarda daha yüksek saptanmıştır (121).

Kişinin kapasitesini sınırlandırıcı bedensel bir hastalığın depresyona yol açabildiği veya tedavisini güçleştirdiği söylenmektedir. Murray ve ark. tarafından yapılan çalışmada depresyon prevalansı diyabet hastalarında %27, koroner arter hastalarında %45, inme geçiren hastalarda %80 olarak saptanmıştır. Murray ve ark. kronik tıbbi hastalıklar ile ilişkili depresyon oranları göz önüne alındığında, depresyon taramasının birinci basamak sağlık hizmetinde hayati belirtileri taramak kadar rutin olması gerektiğini savunmuşlardır (122,123). Demirarslan ve ark. tarafından kronik depresyonun sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada eşlik eden bedensel bir hastalığın varlığı depresyon grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu grupta en sık sindirim sistemi hastalıkları ve hipertansiyon görülmüştür (124). Çalışmamızda sindirim sistemi hastalığı olanların depresyon puanı yüksek saptanmıştır.

Çay ülkemizin kültürünü ve mutfağını bir arada yansıtan etkili gastronomik kimlik unsurlarından biridir. Dünya genelinde kişi başı çay tüketimi en fazla olan ülke Türkiye konumundadır (125). Çalışmamızda çay tüketimi ile somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm puanları arasında korelasyon mevcuttu. Lineer regresyon analizi sırasında ise çay tüketimi sadece psikotizm modelinde anlamlı artış sağlıyordu. Literatür taramamızda çay tüketimi ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara rastlanmış, çay tüketimi ile psikotizm arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunamamıştır. Kim ve ark. tarafından Kore'de çay, kahve ve kafein tüketiminin yaşam boyu depresyon ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada haftada 3 kupa ve üzeri çay tüketen katılımcıların %21 oranında daha düşük depresyon prevalansına sahip olduğu saptanmıştır (126). Pham ve ark.'nın Japonya'da yaptıkları çalışmada günde 4 kupa ve üzerinde çay tüketenlerin, günde 1 kupa ve altında çay tüketenlere göre %51 oranında daha düşük depresif belirtilere sahip olduğu saptanmıştır (127). Hintikka ve ark. tarafından Beck Depresyon Ölçeği ile günlük çay tüketiminin depresif belirtilerle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada günlük çay tüketiminin depresif olma riskini önemli derecede azalttığı saptanmıştır (128).

Çalışmamızın verileri literatür ile uyum göstermemekle birlikte ilgi çekici bir ilişki önermektedir.

Obsesyon; kişinin zihninden atamadığı, istenmeyen, takıntılı düşünce, fikir ve görüntüler olarak tanımlanır. Kompulsiyon ise sayma, kontrol etme ya da kaçınma gibi bilinçli, standardize, tekrarlayıcı düşünce veya davranışlardır. Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırır, kompulsiyonlar ise azaltır (129). En sık gözlenen obsesyon kirlenme ve bulaşma obsesyonu iken en sık görülen kompulsiyon ise temizleme ve yıkama kompulsiyonudur (130).

OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 20 civarındadır. Hastaların %65'inde başlangıç 25 yaşından önce, %15'lik bir grupta başlangıç yaşı 35 yaşın üzerindedir (131). Çalışmamızda yaş ile obsesyon puanı arasında negatif korelasyon mevcuttu. Cath ve ark. tarafından 15194 katılımcı ile genel popülasyonda obsesif kompulsif bozukluğun yaşa özgü prevalansının araştırıldığı çalışmada genç bireylerin orta yaştaki bireylerden daha yüksek prevalans oranlarına sahip olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada obsesyon prevalansı açısından cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (132).

Erişkin popülasyonda yapılan çalışmaların bir kısmı cinsiyetler arasında fark olmadığını göstermekle beraber, bazı çalışmalarda kadın/erkek oranı 1,2-1,8 arasında bulunmuş fakat bu sonuca komorbid olarak bulunan depresyonun neden olabileceği dikkat çekilmiştir (131). Çalışmamızda kadın katılımcıların obsesyon puanı erkek katılımcılardan anlamlı farklı değildi; depresyonun lineer regresyon analizi sırasında cinsiyet model dışında bırakıldı. İsviçre'de 2346 kadın katılımcı ve 2201 erkek katılımcı ile genel popülasyonda obsesif kompulsif bozukluğun araştırıldığı çalışmada obsesyon açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (133). Yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcılar arasında yapılan analizler sonucunda kadınların erkeklerden temizlik obsesyonu yönünden daha yüksek puan aldığı saptanmış ve toplumumuzda görülen genel eğilimlerle uyumlu bir sonuca ulaşılmıştır (134).

Obsesyonlar yol açtıkları uyum sorunları nedeni ile hastaların evlenmemelerine, evli iseler sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Literatürde OKB'nin bekârlarda ve boşanmış kişilerde daha sık olduğu bildirilmiştir (135). Çalışmamızda bekar olduğunu bildiren katılımcıların obsesyon puanı evli olduğunu bildiren katılımcılardan yüksekti. Ayrıca obsesyonun lineer regresyon analizi sırasında birlikte yaşadığı birinin varlığı modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD tarafından yapılan çalışmada obsesif hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla evli olma oranının anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir (136). Rasmussen ve ark.'nın yaptığı çalışmada OKB hastalarında bekâr olma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (137). Çalışmamızda obsesyonun lineer regresyon analizi sırasında aile ile ilişkilerin iyi olması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Obsesyonlarından dolayı hastanın ailesi ve yakınları günlük aktivitelerini değiştirerek hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Bu durum aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (130). Stengler-Wenzke ve ark. tarafından OKB'li hasta yakınları ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmada, OKB'li hasta yakınlarının fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarının skorları genel popülasyona göre daha düşük saptanmıştır (138).

Obsesyonun lineer regresyon analizi sırasında katılımcıda psikiyatrik hastalık varlığı modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Obsesif kompulsif bozuklukta eş tanının sık olarak görüldüğü bilinmektedir. Demet ve ark. tarafından obsesif kompulsif bozukluğun sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada hastaların %80'inde en az bir psikiyatrik tanı bulunduğu belirlenmiştir (130). Tükel ve ark. tarafından obsesif kompulsif bozuklukta eş tanıli durumların araştırıldığı çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların %39,5'inde majör depresyon saptanmış; distimik bozukluk, basit fobi, sosyal fobi ve anksiyete bozukluğunun sık eşlik eden diğer psikiyatrik tanıları olduğu bildirilmiştir (139). Rintala ve ark. tarafından obsesif-kompulsif bozuklukta demografik özellikler ve komorbiditelerin incelendiği çalışmada kadın katılımcıların %74,8'inde, erkek katılımcıların %70,8'inde en az ek bir psikiyatrik

bozukluk teşhisi olduğu saptanmıştır (140). Obsesyon ve kompulsiyon hastadaki anksiyete düzeyini arttırmış ve psikolojik savunma düzeneklerini etkileyerek altta yatan diğer ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Obsesif kompulsif bozukluk üzerine yapılan çalışmalarda araştırılan bir başka konu ise ailesel geçiş özelliğidir. Çalışmamızda aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı olanların obsesyon puanı yüksek saptanmıştır. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD tarafından obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı çalışmada katılımcıların %28'inin birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk tanısı bulunduğu belirlenmiştir (141). Okasha ve ark. obsesif kompulsif tanılı hastalar ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %20'sinin ailelerinde obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğunu bildirmişlerdir (142). Tamam ve ark. tarafından Adana'da obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların komorbidite durumunun araştırıldığı çalışmada OKB görülen ve ailenin ilk çocuğu olan hastaların tamamında ek bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır (143).

Anksiyete; psikolojik ve somatik semptomlarla karakterize olan tanımlanması zor korku ve endişe duygularına verilen genel isimdir (144). Sosyal fobi, kişinin başka insanlar tarafından değerlendirilebileceği birçok toplumsal durumda belirgin bir kaygı duyması; özgül fobi ise belirli bir nesne veya duruma karşı kaygı duyma durumudur. DSM-V kılavuzunda yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobi aynı grup altında sınıflandırılmıştır (145).

Analiz sonuçlarımıza göre son 3 aylık süre içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı ile anksiyete arasında korelasyon saptandı. Anksiyetenin lineer regresyon analizi sırasında sağlık kuruluşlarına başvurma sayısının artması modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Uğrak ve ark. tarafından Ankara'da 702 katılımcı ile kaygı düzeyi ile sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analiz edildiği çalışmada sağlık kurumlarına başvurma sıklığı arttıkça sürekli kaygı düzeylerinin arttığı saptanmıştır (146). Anksiyete bozukluğu olan hastaların,

bedensel belirtiler üzerine yükledikleri farklı anlamlar sonucunda kaygı duydukları ve sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin arttığı söylenebilir. Sunderland ve ark. tarafından Avustralya'da yapılan bir çalışmada, sağlık kaygısının özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi ve bipolar bozuklukta görüldüğü, yaşam boyu sağlık kaygısı yaşayan bireylerde yaygın anksiyete bozukluğunun 6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (147). Çalışmamızda anksiyetenin lineer regresyon analizi sırasında sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin varlığının modelde tek başına anlamlı azalma sağlaması sağlık kaygısı ve anksiyete arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Sosyal fobi hastalarının sıklıkla bekar veya yalnız yaşayan insanlardan oluştuğu bilinmektedir (148). Çalışmamızda fobik anksiyetenin lineer regresyon analizi sırasında birlikte yaşadığı birinin varlığı modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Ayrıca bekar olduğunu bildiren katılımcılarda evli olduğunu bildiren katılımcılara göre fobik anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır. Amerika'da yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda bekar, ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde evlilere oranla daha fazla sosyal fobi görüldüğü saptanmıştır (149,150). Sosyal fobi kronik seyirli bir hastalıktır, tedavi olmaksızın kendiliğinden düzelmeye ihtimali azdır. Sosyal fobinin komorbidite oranları yüksektir. Eşlik eden depresyon, diğer anksiyete bozuklukları ve alkol bağımlılığı yaşam kalitesini bozmakta, iş gücü kayıplarına, sosyal yaşam ve günlük aktivitelerde bozulmalara neden olmaktadır (151).

Kişiler arası duyarlılık; kişilerarası ilişkilerde başkalarını doğru olarak algılayabilme ve uygun davranışlar sergileyebilme olarak tanımlanmaktadır. Kişilerarası duyarlılığı yüksek olan bireylerde kendini yetersiz hissetme, diğerleri tarafından önemsenmediğine inanma, eleştirilme riskini azaltmak için yanlış bir şeyler yapmamaya özen gösterme gibi durumlara rastlanır (152).

Çalışmamızda kişiler arası duyarlılığın lineer regresyon analizi sırasında eğitim durumunun artması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Eğitim düzeyinin artması bireyin stresle baş etmesinde etkin beceriler

geliştirebilmesini sağlar. Eğitim düzeyinin azalması kişinin kendini yetersiz görmesi üzerinden kişiler arası ilişkilerde daha duyarlı olmasına neden olabilir. Bireyler üniversite eğitimi alırken değişik sosyal ortamlara girerler ve yaş düzeyi ayrımı olmaksızın çeşitli bireyler ile iletişim halinde bulunurlar. Bu durum çekingenlik davranışlarının ortadan kalkmasına ve kişiler arası iletişimin güçlenmesine katkı sağlar (153).

Çalışmamızda kişiler arası duyarlılığın lineer regresyon analizi sırasında bireyde psikiyatrik hastalık varlığı modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Yapılan araştırmalarda depresyonla kişilerarası duyarlılığın pozitif yönde bir ilişkisi olduğu ve kişilerarası duyarlılık kavramının depresyon için hazırlayıcı bir faktör olduğu tespit edilmiştir (154,155). Vidyanidhi ve ark. tarafından sosyal fobi ve kişiler arası duyarlılık arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada iki değişken arasında yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır (156). London ve ark. ise reddedilmeye ilişkin endişeli beklentinin ve sosyal geri çekilmenin, anksiyete bozuklukları için hazırlayıcı bir faktör olduğunu belirtmiştir (157).

Çalışmamızda tek başına yaşayanların, acil durumlarda kendilerine yardımcı olabilecek birinin olmadığını belirtenlerin, sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olmadığını belirtenlerin kişiler arası duyarlılık puanları yüksek saptanmıştır. Kişiler arası duyarlılığın lineer regresyon analizi sırasında birlikte yaşadığı birinin varlığı ve sağlık problemleri konusunda kendisine rehberlik edebilecek birinin olması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Sonuçlar beraber değerlendirildiğinde sosyal ilişkilerinde daha izole olan bireylerin kişiler arası duyarlılık yönünden daha riskli olduğu söylenebilir. Kişilerarası duyarlılığı yüksek olan bireylerin kendilerini yetersiz görmeleri ve değer verilmediklerine ilişkin yanlış inançları nedeniyle sosyal ilişkilerinde daha izole oldukları bilinmektedir (158). Diğer insanlar üzerinde yapılan etkiye dair endişeli beklenti, reddedilme korkusu ile düşünülen şeyi söylemekten kaçınma ve diğerleri tarafından anlaşılmadığına ilişkin

düşünceler bireyin sosyal kaygı düzeyinin artmasında hazırlayıcı faktörlerdir (159).

Öfke; diğer duygular gibi son derece doğal, dengeli ve sağlıklı olarak yansıtıldığında yapıcı olan ve kişilerarası iletişimi düzenleyen evrensel bir duygudur. Fakat şiddetli, kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir hal aldığı anda tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir (160).

Çalışmamızda öfke-düşmanlık açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından Kısa Semptom Envanteri ile yapılan çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında öfke-düşmanlık puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (94). Averill, öfkelenme sıklığı açısından kadınların erkeklerle benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelenildiğini belirtmektedir. Ancak erkekler, kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade ederler, kadınların ifade biçimi ise daha dolaylıdır (161).

Çalışmamızda katılımcıların yaşının artması öfke-düşmanlık belirtilerini azaltıyordu. Stoner ve ark. tarafından öfke ifade tarzı ölçeği kullanılarak 150 katılımcı ile yürütülen çalışmada genç yetişkin ve orta yaş grubunun öfke skalası, yaşlı grubunun öfke skalasına göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada 3 grubun hiçbirinde cinsiyet farkı saptanmamıştır (162). Siegel ve ark. tarafından çok boyutlu öfke ölçeği ile yapılan çalışmada da benzer şekilde yaş ile birlikte öfke düzeyinin azaldığı saptanmıştır (163). Yaşla birlikte bireyin deneyimlerinin artması, kendini ifade tarzının gelişmesi gibi etkenler öfkelenme sıklığını ve düzeyini azaltmış olabilir.

Analiz sonuçlarımıza göre aile ile ilişkilerin kötü olması ile öfke-düşmanlık puanı arasında korelasyon mevcuttu. Öfke-düşmanlığın lineer regresyon analizi sırasında aile ile ilişkilerin kötü olması modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Aile içinde ortaya çıkan öfke ve şiddetin etkilerinin tüm aile bireyleri üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (164). Anooshian'a göre aile içindeki iletişim örüntüsünün öfke ve saldırganlık içeren bir biçimde

sürdürülmesi, genellikle aile içi ilişkilerin bozulmasına ve evliliklerin boşanmayla sonuçlanmasına yol açmaktadır (165). Avşaroğlu'na göre aile içi iletişimi iyi olan sağlıklı ailelerde şefkat, sempati ve sorumluluk hakimdir, aile içi öfkelenmeler ve çatışmalar çok az yaşanır, durumsal değişikliklere kolay uyum sağlanır (166).

Çalışmamızda öfke-düşmanlığın lineer regresyon analizi sırasında bireyde psikiyatrik hastalık varlığı model tarafından anlamlı saptanmadı. Fakat literatür taramamızda öfke ile psikiyatrik komorbidite arasındaki bağı işaret eden çalışmalara rastladık. Sayar ve ark. tarafından yapılan çalışmada, öfke nöbeti yaşayan hastaların yaşamayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon ve kaygı gösterdikleri; depresyon şiddetinin öfke nöbetleri için güçlü bir belirleyici faktör olduğu saptanmıştır (167). Koh ve ark. tarafından öfkenin depresyon ve somatizasyon ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, öfke dışavurumunun öfkeyi bastırmaya kıyasla depresyon hastalarında somatik semptomları daha güçlü bir şekilde etkilediği; öfke dışavurumunun ve öfkeyi bastırmanın somatizasyon semptomlarının ortaya çıkması için önemli faktörler olduğu saptanmıştır (168). Moskovitch ve ark. tarafından öfke ve anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada ise anksiyete bozukluğu tanıli katılımcıların kontrol grubuna göre önemli derecede daha fazla öfke dışavurumuna eğilimli oldukları saptanmıştır (169).

Paranoid düşünce; dış gerçeğin yanlış yorumlanması sonucunda ortaya çıkan mantıklı düşünceyle değiştirilemeyen yanlış inançlardır. Başkaları tarafından kötülük gördüğüne inanma, eşinin kendisi aldattığına inanma, yüksek statüdeki birinin kendisine aşık olduğuna inanma en sık görülen paranoid düşünce biçimleridir (170).

Paranoid semptomların oluşmasında sosyal izolasyon etkili bir faktördür. Herhangi bir nedenden ötürü sosyal iletişimin azaldığı durumlarda paranoid semptomların gelişebildiğini gösteren çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Ayrıca paranoid semptomların kendisinde sosyal izolasyona yol açabilirler (171). Çalışmamızda tek başına yaşadığını ve bekar olduğunu bildiren katılımcıların paranoid düşünce puanı yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda aile ile ilişkilerin iyi olması ile paranoid düşünce arasında negatif korelasyon mevcuttu. Paranoid düşüncenin lineer regresyon analizi sırasında aile ile ilişkilerin iyi olması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Altinel Edirne'de yaptığı çalışmasında eşi ile ilişkileri kötü olan katılımcıların paranoid düşünce skorlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (172). Paranoid düşünceler eşler arasında yanlış inanışların oluşmasına ve fikir çatışmalarına yol açarak güvenin azalmasına ve ilişkilerin bozulmasına neden olabilir.

Paranoid düşüncenin lineer regresyon analizi sırasında gönüllü göç durumu modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Göç eden kişilerde yaşanan yere uyum sorunu ve kültürel farklılıkların getirdiği yük sonucunda birtakım davranış değişiklikleri ortaya çıkar (171). Göç eden kişilerde ait oldukları yöreden farklı bir yere gelmenin ve orada istenmediğini düşünmenin paranoid semptomların gelişmesi için bir zemin hazırlayabileceği belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada ABD'de yaşayan Norveç kökenli göçmenlerde, Norveç'te yaşayan genel popülasyona oranla 2 kat daha yüksek bir paranoid şizofreni insidansı saptanmıştır (173). Fakat yine aynı kaynakta göç eden topluluklar ile çalışma yapmanın ve uygun örneklem grubu oluşturmanın zor olduğu söylenmiş, bu konudaki verilerin bir genelleme yapmak için yetersiz olduğu belirtilmiştir.

Analiz sonuçlarımıza göre maddi gelir algısının azalması ile paranoid düşünce arasında korelasyon saptandı. Paranoid düşüncenin lineer regresyon analizi sırasında maddi gelir algısının azalması modelde tek başına anlamlı artış sağlıyordu. Erben tarafından hezeyanlı bozukluk tanısı almış 466 birey ile hezeyanlı bozuklukta hezeyan profili ve bağlantılı parametrelerin araştırıldığı çalışmada katılımcıların büyük bir oranının sosyoekonomik düzey açısından orta-alt seviyede yoğunlaştığı saptanmıştır (174).

Psikotizm; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında, kişilerarası ilişkilerinde, iş hayatı ve topluma uyumunda ağır bozukluk yaratan klinik bir durumdur. Psikotik belirtiler arasında düşüncelerin belirli bir düzene

oturtulamaması, düşünce bozukluğu, sanrı, hezeyan ve halüsinasyonlar sayılabilir (175).

Çalışmamızda yaş ile psikotizm puanı arasında negatif korelasyon saptandı. Psikotizmin lineer regresyon analizi sırasında yaşın artması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Psikotik belirtiler bireylerin sosyal yaşama katılacağı geç ergenlik ve erken erişkinlik yaş döneminde, genellikle 15-25 yaş aralığında ortaya çıkmaktadır (176). Yaş arttıkça psikotik yaşantıların dönüşüm oranının azaldığı bilinmektedir. Beynin nöropsikolojik matürasyonu sırasında maruz kalınan çevresel risk genç yaşlarda daha fazla dopamin duyarlılaşmasına neden olmaktadır (177).

Çalışmamızda eğitim durumu ile psikotizm puanı arasında negatif korelasyon mevcuttu. Psikotizmin lineer regresyon analizi sırasında eğitim durumunun artması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Binbay tarafından İzmir kent merkezinde gerçekleştirilen çalışmada düşük eğitim düzeyinin psikoz benzeri yaşantı için riski 1,8 kat, psikotik belirtiler için riski 2,01 kat ve psikotik bozukluklar için riski 3,23 kat arttırdığı saptanmış, eğitim düzeyi ile psikoz sürekliliği arasında güçlü ve doğrusal bir ilişki olduğu belirtilmiştir (178). Eğitim düzeyinin düşük olması bir risk etkeni olmakla beraber psikotik sürecin bir sonucu da olabilir. Yeni bilgileri anlamada zorlanma ve bilgiler arasında bağlantı kurma gibi ön beyin yürütücü işlevlerinin aksaması eğitim seviyesinin düşük kalmasına yol açabilir (179). Zorlu yaşam olayları karşısında düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin daha fazla strese girmeleri psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına veya kalıcılılaşmasına sebep olabilir.

Katılımcılardan çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalanların psikotizm puanı yüksek saptanmıştır. Erken yaşam döneminde strese maruz kalmak nörogenezis ve myelinizasyon gibi önemli gelişimsel nörobiyolojik süreçleri etkilemektedir (180). Son yıllarda yapılan önemli sayıda çalışma çocukluk çağı travmasının psikoz için bir risk faktörü olduğunu saptamıştır (181). Ayrıca çocukluk çağı travma öyküsü olan psikotik hastalarda madde kötüye kullanımı, depresyon, anksiyete ve öz kıyım gibi ek ruhsal bozukluklar

daha sık görülmektedir. Wolke ve ark. tarafından İngiltere’de yapılan çalışmada hem kardeşlerinden hem de akranlarından zorbalık ve şiddet görmüş bireylerin 18 yaşına geldiklerinde şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi psikotik hastalıklara sahip olma ihtimalininin 2-3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (182). Kelleher ve ark. tarafından İrlanda’da yapılan çalışmada psikotik semptomlar rapor eden katılımcıların çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalma oranı bu tür semptomlar rapor etmeyen katılımcılara göre 6 kat fazla saptanmış, evlerinde aile içi şiddete tanık olma oranının ise 10 kat fazla olduğu gösterilmiştir (183). Shevlin ve ark. tarafından Amerika’da yapılan çalışmada çocukluk çağı fiziksel istismarının sayısı ile psikoz olasılığı arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre psikoz olasılığı artan bir oran ile bir travmatik deneyim yaşayanlarda (tahmini rölatif risk) 2,12, iki travmatik deneyim yaşayanlarda (tahmini rölatif risk) 3,89, üç veya daha fazla travmatik deneyim yaşayanlarda (tahmini rölatif risk) 7,96 olarak saptanmıştır (184).

Çalışmamızda aile ile ilişkilerin iyi olması ile psikotizm puanı arasında negatif korelasyon mevcuttu. Psikotizmin lineer regresyon analizi sırasında aile ile ilişkilerin iyi olması modelde tek başına anlamlı azalma sağlıyordu. Psikotik belirtileri olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki şiddetli bozulma ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilir ve ailenin diğer üyeleri bununla başa çıkarken yük duygusu yaşarlar (185). Bloch ve ark. sosyal geri çekilme, yavaşlık, ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili davranışların özellikle hastanın tek sosyal bağlantı içinde olduğu aile ve yakın akrabalarca tolere edilmesinin güç olduğunu belirtmişlerdir (186). Aynı zamanda negatif belirtilerin değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da yükü artırır ve aile ile ilişkileri etkiler. Aile üyeleri, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek yas tutabilir; ailenin diğer çocukları hasta kardeşi reddetme, kıskançlık, öfke, aileden kopma gibi farklı tepkiler gösterebilir (185).

Çalışmamızın güçlü yönleri: Toplum tabanlı olması nedeniyle katılımcıların toplumda yer aldıkları gibi heterojen nüfus özelliği göstermesi, çalışmamızın temsil gücünü ve sonuçlarımızın genellenebilirliğini artırmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan veri kaynaklarının geçerliliği kanıtlanmış ölçeklerden oluşması çalışmamızın objektif olmasını sağlamıştır. Çalışmamız, ruhsal bozuklukların hala önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu düşüncesinin doğru olduğunu ve sosyodemografik değişkenlerin ruhsal belirtileri önemli ölçüde şekillendirdiğini bir kere daha ortaya koymuştur. Bu tür çalışmaların artması ile risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetinin sağlanması amaçlanmaktadır. Literatür taramamızda konuyla ilgili ulusal ve uluslararası benzer çalışmalar mevcuttur fakat Çanakkale il merkezinde yaşayan popülasyonun geneline yönelik SCL90-R anketi ile yapılmış bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu yönüyle çalışmamız; il merkezimizin ruhsal belirtilerinin sosyodemografik faktörler ile ilişkisini farklı bir yönden değerlendirmiş, yurtiçinde ve yurtdışında yapılan benzer çalışmalar ile ilimizin verilerini tartışma olanağını bize kazandırmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Katılımcılarımız 18-65 yaş arası toplum tabanlı bireyler olması sebebiyle çocuklar ve 65 yaş üstü geriatric bireyler gibi belirli risk grupları ile çalışılamamıştır. Anketimizin ruhsal belirtileri taraması dolayısıyla katılımcıların damgalanma korkusu sorulara doğru cevap verilmeme olasılığına neden olmuş olabilir. SCL90-R anketi ruhsal belirtileri tarayan kapsamlı bir ölçek olmasına rağmen tanı koymadaki yeri kısıtlıdır. Çalışmamızda da sosyodemografik değişkenlerin ruhsal belirtileri ne yönde etkilediği araştırılmış, hastalara ruh sağlığı ve hastalıkları açısından tanı olanağı sunulamamıştır. Çalışmamız izleme dayalı olmadığı için belirli bir süre içerisinde gözlenebilecek ruhsal değişimler saptanamamıştır.

6. SONUÇ

Çanakkale şehir merkezinde 18-65 yaş aralığında genel toplum tabanlı katılımcılar ile ruhsal belirtilerin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisini incelediğimiz ve birinci basamak sağlık hizmetinde ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşımda katkısı olacağını umduğumuz çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Çalışmaya katılan 414 katılımcının 256'sı (%61,8) kadın, 158'i (%38,2) erkekti.
- 2- Katılımcıların yaş ortalaması $33,7 \pm 13,6$ idi.
- 3- Katılımcıların 205'i (%49,5) evli, 197'si (%47,6) bekar, 12'si (%2,9) boşanmış idi.
- 4- Katılımcıların 39'u (%9,4) ilkokul mezunu, 16'sı (%3,9) ortaokul mezunu, 60'ı (%14,5) lise mezunu, 103'ü (%24,9) yüksek okul mezunu, 169'u (%40,8) fakülte mezunu, 27'si (%6,5) doktora mezunu idi.
- 5- Katılımcıların 185'i (%44,7) aktif olarak çalıştığını, 125'i (%30,2) öğrenci olduğunu ve eğitiminin devam ettiğini, 52'si (%12,6) çalışmadığını ve 52'si (%12,6) emekli olduğunu bildirdi.
- 6- SCL90-R anketinin GSI ortalaması $0,9 \pm 0,5$, PST ortalaması $48,3 \pm 20,3$, PSDI ortalaması $1,6 \pm 0,4$ idi.
- 7- SCL90-R anketinin en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirti alt ölçeği obsesyon-kompulsiyon (1,3) idi. Ruhsal belirti puan ortalaması en düşük alt ölçekleri fobik anksiyete (0,5) ve psikotizm (0,6) idi.
- 8- Somatizasyon alt ölçeğinin ortalama puanı $1,0 \pm 0,6$ idi. Eğitim durumunun azalması, ilaç kullanım miktarının artması, daha önce ameliyat geçirmiş olmak, alternatif tıp tekniklerini uygulamak, aile ve akrabalarında ruhsal hastalık varlığı, sağlık kuruluşlarına başvurma sayısının artması, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması somatizasyon semptomlarını arttırıyordu.

- 9- Obsesyon-Kompulsiyon alt ölçeğinin ortalama puanı $1,3\pm0,6$ idi. Kişide psikiyatrik hastalık varlığı, tek başına yaşamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması obsesyon semptomlarını arttırıyordu.
- 10-Kişiler Arası Duyarlılık alt ölçeğinin ortalama puanı $1,0\pm0,7$ idi. Eğitim durumunun azalması, tek başına yaşamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması kişiler arası duyarlılık semptomlarını arttırıyordu.
- 11-Depresyon alt ölçeğinin ortalama puanı $1,0\pm0,7$ idi. Kişide psikiyatrik hastalık varlığı, alternatif tıp tekniklerini uygulamak, tek başına yaşamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması depresyon semptomlarını arttırıyordu.
- 12-Anksiyete alt ölçeğinin ortalama puanı $0,8\pm0,6$ idi. Sağlık kuruluşlarına başvurma sayısının artması, tek başına yaşamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması anksiyete semptomlarını arttırıyordu.
- 13-Öfke-Düşmanlık alt ölçeğinin ortalama puanı $0,8\pm0,7$ idi. Maddi gelir algısının azalması, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması öfke-düşmanlık semptomlarını arttırıyordu.
- 14-Fobik anksiyete alt ölçeğinin ortalama puanı $0,5\pm0,5$ idi. Alternatif tıp tekniklerini uygulamak, tek başına yaşamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması fobi semptomlarını arttırıyordu.
- 15-Paranoid Düşünce alt ölçeğinin ortalama puanı $1,0\pm0,7$ idi. Maddi gelir algısının azalması, alternatif tıp tekniklerini uygulamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması paranoid düşünce semptomlarını arttırıyordu.
- 16-Psikotizm alt ölçeğinin ortalama puanı $0,6\pm0,5$ idi. Eğitim durumunun azalması, kişide psikiyatrik hastalık varlığı, çay tüketiminin artması, alternatif tıp tekniklerini uygulamak, aile ve eşi ile ilişkilerin kötü olması psikotizm semptomlarını arttırıyordu.

7. KAYNAKLAR

1. Rakel R.E., Rakel D.P. Aile Hekimliği, 9.baskı. Çeviri Editörü: Saatçı E. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2019; s. 25-26
2. Mental Health: A State of Well-Being. Updated August, 2014
Erişim:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
3. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004; 291(21): 2581-2590
4. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). 2011, T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
5. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
6. Depresyon Konusunda Bilmek İstedikleriniz. Türkiye Psikiyatri Derneği.
Erişim:<http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz>
7. Wun Y.T., Lam T.P., Goldberg D., Lam K.F., Li K.T., Yip K.C. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. Family Medicine. May 2011; 43(5): 344-50.
8. Watson D.E., Heppner P., Roos N.P., Reid R.J., Katz A. Population-based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001. Can. J. Psychiatry. Jun 2005; 50(7): 398-406
9. Comprehensive mental health action plan (2013–2020). 2013, WHO
Erişim:http://www.who.int/entity/mental_health/action_plan_2013/en/index.html.
10. Akhtar-Danesh N., Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. Int. J. Ment. Health Syst. Sep. 2007; 1(1): 4
11. Kim J., Kim H., Demographic and Environmental Factors Associated with Mental Health: A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public

- Health. 2017; 14(4): 431
12. Park S. J., Jeon H. J., Kim J. Y., Kim S., Roh S. Sociodemographic factors associated with the use of mental health services in depressed adults: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. BMC Health Serv. Res. Dec. 2014; 14: 645
 13. Mubarak A. R. A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. Med. J. Malaysia. Sep. 1997; 52(3): 274-84
 14. Armanmehr V., Shahghasemi Z., Alami A., Moradi N., Rezaeian S. Poor Mental Health Status and its Related Socio-Demographic Factors: A Population-Based Cross-Sectional Study. Epidemiology Biostatistics and Public Health. 2016; 13(2): 1-7
 15. Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U., Yenilmez Ç. The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking. Noro Psikiyatrs Ars. Dec. 2013; 50(4): 344-351
 16. Küey L., Üstün T.B., Güleç C. Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim. 1987; 44: 16-30
 17. Kılıç M., Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek. Derg. 2016; 20 (3): 115-121
 18. Ayranci Ü., Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13(2): 115-124
 19. Taş A. Birinci basamak hekimlerin ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği AD. Denizli, 2015
 20. Keloğlu T. Kadıköy bölgesinde ruh sağlığı hizmetine başvurmuş 200 kadın vakanın SCL-90 psikolojik belirti tarama testine göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Psikoloji AD. İstanbul, 2017
 21. 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. 2003; 4: 5-12
22. Yıldırım A., Gönüllü O.G., Eradamlar N., Erkıran M. İstanbul İli Genelinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Antidepresan Reçetelemesini Etkileyen Faktörler. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2014; 27: 242-249
23. Williams J.W., Rost K., Dietrich A.J., Ciotti M.C., Zyzanski S.J., Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. Arch. Fam. Med. Jan-Feb1999; 8(1): 58-67
24. Karasu U. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri AD. Eskişehir, 2007
25. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. 1991, A statement from WONCA
Erişim:<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>
26. Ercan E. Aile Hekimliği Başucu Kitabı. İstanbul: Selen Yayıncılık, 2012
27. Mental health: Strengthening our response. March, 2018
Erişim:<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
28. Eğitimciler için ruh sağlığı modülleri. 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
29. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh ve Sağlığı, 30. Baskı. İstanbul: Özgür Yayınevi, 2010
30. Kızıldaş Ö. Tip 2 diyabet hastalarında psikolojik belirtilerin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Ankara, 2016
31. Kurlansik S.L., Maffei M.S. Somatic symptom disorder. Am. Fam. Physician. Jan 2016; 1;93(1): 49-54

32. Stewart A. Psychiatrists as Healers, Teachers, Leaders, and Influencers. *Psychiatr. News*. Nov. 2018; 53(21), p. appi.pn.2018.11a27
33. Hasin D.S., Sarvet A.L., Meyers J.L., Saha T.D., Ruan W.J., Stohl M., Grant B.F. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. Apr. 2018; 1;75(4):336-346
34. Hofmeijer-Sevink M.K., Batelaan N.M., M. van Megen H.J.G., A. van den Hout M., Penninx B.W., M. van Balkom A.J.L., Cath D.C. Presence and Predictive Value of Obsessive-Compulsive Symptoms in Anxiety and Depressive Disorders. *Can. J. Psychiatry*. Feb. 2018; 63(2): 85-93
35. Yılmaz Ç. Havacılık sektöründe vardiyalı ve normal mesai çalışanların bazı demografik değişkenlere göre SCL-90 açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Psikoloji AD. Mersin, 2016
36. Questions and answers about psychosis. National Institute of Mental Health.
Erişim:<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/raise-questions-and-answers.shtml>
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013
38. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. 2012, WHO
Erişim:https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
39. The World Health Report, *Mental Health: New Understanding, New Hope*. 2001, WHO. Erişim:https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
40. Champion J., Bhugra D., Bailey S., Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet*. Jul. 2013;382(9888): 183-4
41. Patel V., Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(8): 609-15
42. Fryers T., Melzer D., Jenkins R. Social inequalities and the common

- mental disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* May 2003; 38(5): 229–237
43. Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Coid J., Fryers T., Weich S., Singleton N., Meltzer H. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol. Med.* Oct. 2008; 38(10): 1485–1493
 44. Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* Sep. 2005; 1: 14
 45. Social Determinants of Mental Health. 2014, WHO. Erişim:https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
 46. Kelly Y., Sacker A., Del Bono E., Francesconi M., Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Arch. Dis. Child.* Sep. 2011; 96(9): 832–7
 47. King C.R., Muehlenhard C.L., Rothman B.K., Inglehart M.R. Book Reviews. *Women Health.* Jun. 1994; 21(4): 105–115
 48. Dill K.E., Colledge L.R. The Influence of Video Games on Youth: Implications for Learning in the New Millennium. 2014. Erişim:<http://www.oecd.org/education/ceri/39414891.pdf>
 49. Richmond J.B. Child development: a basic science for pediatrics. *Pediatrics.* May 1967; 39(5): 649–58
 50. Fryers T., Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2013; 9: 1–50
 51. Taylor S.E. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* May 2010; 107(19): 8507–12
 52. Shonkoff J.P., Boyce W.T., McEwen B.S. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. *JAMA.* Jun. 2009; 301(21): 2252
 53. Bhandari S. Causes of Mental Illness. 2018, WebMD LLC.

Eriřim:<https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-causes-mental-illness#2>

54. Lewis D.A., Lieberman J.A. Catching Up on Schizophrenia: Natural History and Neurobiology. *Neuron*. Nov. 2000; 28(2): 325–334
55. Berke J. D., Hyman S. E. Addiction, Dopamine, and the Molecular Mechanisms of Memory. *Neuron*. Mar. 2000; 25(3): 515–532
56. Hyman S. E. The Millennium of Mind, Brain, and Behavior. *Arch. Gen. Psychiatry*. Jan. 2000; 57(1): 88
57. Tsuang M. T., Bar J. L., Stone W. S., Faraone S. V. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*. Jun. 2004; 3(2):73–83
58. Faraone S. V., Tsuang M. T., Tsuang D. W. Genetics of mental disorders : a guide for students, clinicians, and researchers. New York: Guilford Press, 1999; 272
59. Grantham-McGregor S., Cheung Y. B., Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. Jan. 2007; 369(9555): 60–70
60. Kieling C., Baker-Henningham H., Belfer M., Conti G., Ertem I., Omigbodun O., Rohde L.A., Srinath S., Ulkuer N., Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. Oct. 2011; 378(9801): 1515–25
61. Annual Report, 2017. The World Bank.
Eriřim:<http://pubdocs.worldbank.org/en/908481507403754670/Annual-Report-2017-WBG.pdf>
62. Hughes J.R., Hatsukami D.K., Mitchell J.E., Dahlgren L.A. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*. Aug. 1986; 143(8): 993–997
63. Lasser K., Boyd J. W., Woolhandler S., Himmelstein D. U., McCormick D., Bor D. H. Smoking and Mental Illness. *JAMA*. Nov. 2000;284(20): 2606
64. Castellanos FX., Giedd J.N., Eckburg P., Marsh W.L., Vaituzis A.C., Kaysen D., Hamburger S.D., Rapoport J.L. Quantitative morphology of

- the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. Dec. 1994; 151(12): 1791-6
65. Pomerleau O. F., Downey K. K., Stelson F. W., Pomerleau C. S. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J. Subst. Abuse*. 1995; 7(3): 373–8
 66. Goodman E., Hinden B.R., Khandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*. Jul. 2000; 106(1): 52–8
 67. Batra A. Treatment of tobacco dependence. *Dtsch. Arztebl. Int.* Aug. 2011; 108(33): 555–64
 68. Hirschfeld R. M., Keller M.B., Panico S., Arons B.S., Barlow D., Davidoff F., Endicott J., Froom J., Goldstein M., Gorman J.M., Marek R.G., Maurer T.A., Meyer R., Phillips K., Ross J., Schwenk T.L., Sharfstein S.S., Thase M.E., Wyatt R.J. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 1997; 277(4): 333–40.
 69. Sareen J., Jagdeo A., Cox B.J., Clara I., ten Have M., Belik S.L., de Graaf R., Stein M.B. Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr. Serv.* Mar. 2007; 58(3): 357–364
 70. Integrating mental health into primary care a global perspective. 2008, WHO, WONCA
Erişim: https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
 71. Mental Health Atlas 2017. 2018, WHO
Erişim: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017
 72. Abas M., Baingana F., Broadhead J., Iacoponi E., Vanderpyl J. Common Mental Disorders and Primary Health Care: Current Practice in Low-Income Countries. *Harv. Rev. Psychiatry*. Jan. 2003; 11(3): 166–173
 73. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment

- for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J. Clin. Psychiatry*. 2007; 68(2): 20–6
74. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G., Ajdacic V., Gamma A., Eich D., Rössler W., Angst J. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* Jun. 2005; 171(11): 1224–30
75. Irwin M. R. Human psychoneuroimmunology: 20 Years of discovery. *Brain. Behav. Immun.* Feb. 2008; 22, (2): 129–139
76. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., Rahman A. No health without mental health. *Lancet.* Sep. 2007; 370(9590): 859–77
77. Argyriadou S., Melissopoulou H., Krانيا E., Karagiannidou A., Vlachonikolis I., Lionis C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Fam. Pract.* Feb. 2001; 18(1): 87–91
78. Argyriadou S., Vlachonikolis I., Melisopoulou H., Katachanakis K., Lionis C. In what extent anemia coexists with cognitive impairment in elderly: a cross-sectional study in Greece. *BMC Fam. Pract.* Dec. 2001; 2(1): 5
79. Revised Global Burden of Disease 2002 estimates. 2004, The World Health Report Erişim:https://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf
80. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. 2006, WHO, DCP. Erişim:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43565/924156332X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
81. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. 2006, T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Erişim:http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf
82. Bilgel N. Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi. 2006
83. Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türk Aile Hek Derg.* 2005; 9(1): 26-31

84. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi. Jan. 1991; 2: 5-12
85. Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb. Derg. May 1991; 1(2): 45–52
86. Kan basıncının ölçümü ve klinik değerlendirme. 2000, Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu Erişim:https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103
87. İstatistiklerle Türkiye 2017. Haz. 2018, Türkiye İstatistik Kurumu. ISBN 978-975-19-6897-5
88. Keskin A. Eskişehir ilinde ruhsal hastalıkların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği AD. Eskişehir, 2008
89. Özdemir M.T. Çanakkale şehir merkezi aile sağlığı merkezine başvuranlarda tinnitus yaygınlığı ve hastaların özellikleri. Uzmanlık Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği AD. Çanakkale, 2015
90. Bal N.G. Asistan hekimlerde stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. 2018, Kahramanmaraş
91. Holli M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Helsinki University Department of Psychiatry. 2003, Finland
92. Schmitz N., Hartkamp N., Kiuse J., Franke G.H., Reister G., Tress W. The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. Qual Life Res. Mar. 2000; 9(2): 185-93
93. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. Am. J. Psychiatry. Nov.1988; 145(11): 1358–1368
94. Kurt B. Adana ili karataş ilçesi 18 yaş üzeri nüfusun ruh sağlığı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı AD. 2017, Adana
95. Dönmez L., Dedeoğlu N., Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Derg. 2000; 11: 198-203

96. Nakamura Y., Takeuchi T., Hashimoto K., Hashizume M. Clinical features of outpatients with somatization symptoms treated at a Japanese psychosomatic medicine clinic. *Biopsychosoc Med.* Jun. 2017; 11:16
97. Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. İç: Doğan O, editör. *Psikiyatrik Epidemiyoloji.* Ege Psikiyatri Yayınları 2002; s. 66
98. Sadock B., Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Çeviri Editörü: Aydın H., Bozkurt A. Güneş Tıp Kitabevi. 2007; s.1575- 81
99. Ekemen N. 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD. 2006, Kayseri
100. Simsek Z., Ak D., Altindag A., Gunes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J. Public Health (Bangkok).* Dec. 2008; 30(4): 487–493
101. Sağduyu A. Sağlık ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1995; 6(1): 21-29
102. Çermik Ö., Çevik A., Soykan A. Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry.* 1999; 1(1): 68-78
103. Koptagel İlal G. Hekimlik Açısından Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry.* 1999; 1(1): 50-4
104. Poitras M. R., Verrier P., So C., Pâquet S., Bouin M., Poitras P. Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: development of new measures for symptom severity and quality of life. *Dig. Dis. Sci.* Jun. 2002; 47(6): 1297–307
105. Eren Y., Cüre E., Kutlucan A., Köroğlu B.K., Tamer M.N. Klinik ve subklinik hipotiroidide psikiyatrik belirti düzeyi ve psikiyatrik belirtilerin tiroid hormon düzeyleri ile ilişkisi. *J Clin Psy.* 2006; 9(3): 131-137
106. Ebel H., Algermissen C., Kuster W. Somatisierungsstörung, Konversionsstörung und hypochondrische Störung. *Psychiatrie in der klinischen Medizin.* Steinkopff-Verlag. 2004; pp. 438–461

107. Çevik A. Anksiyete Nevrozunun Psikososyal Yönü. *Toplum ve Hekim*. 1985; 28: 18-21
108. Çevik A. Avrupa'daki Göçmen Türklerde Kimlik Sorunlarının Reaktivasyonu ve Bunun Kliniğe Yansıması: Yaş, Kimlik Sorunları ve Somatizasyon. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 1999; 1(1): 55-61
109. Helvacı Çelik F., Hocoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016; 6(1): 51-66
110. Toft T., Fink P., Oernboel E., Christensen K., Frostholm L., Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol. Med*. Aug. 2005; 35(8): 1175–84
111. The Global Burden of Disease 2004 Update. 2008, WHO. Erişim:https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
112. Desai H. D., Jann M. W. Major depression in women: a review of the literature. *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash)*. Jul-Aug 2000; 40(4): 525–37
113. McHugh M. C., Frieze I. H. Intimate Partner Violence: New Directions. *Ann. N. Y. Acad. Sci*. Nov. 2006; 1087(1): 121–141
114. Cengiz Özyurt B., Deveci A. Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. *Türk Psikiyat. Derg*. 2011; 22(1): 10-6
115. Yang M.-S., Yang M.-J., Chang S.-J., Chen S.-C., Ko Y.-C. Intimate partner violence and minor psychiatric morbidity of aboriginal Taiwanese women. *Public Health Rep*. 2006; 121(4): 453–9
116. Avdibegović E., Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat. Med. J*. Oct. 2006; 47(5): 730–41
117. Kaplan S. J., Pelcovitz D., Salzinger S. Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorders. *Am. J. Psychiatry*. Jul. 1998; 155(7): 954–959

118. Yaşar M.R. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007; 17(1): 237-260
119. Beutel M. E., Klein E.M., Brähler E., Reiner I., Jünger C., Michal M., Wiltink J., Wild P.S., Münzel T., Lackner K.J., Tibubos A.N. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. BMC Psychiatry. Dec. 2017; 17(1): 97
120. Richard A., Rohrmann S., Vandeleur C. L., Schmid M., Barth J., Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. PLoS One. Jul. 2017; (7): e0181442
121. Jackson J., Cochran S.D. Loneliness and Psychological Distress. The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied. 1991; 125(3): 257-262
122. Voinov B., Richie W. D., Bailey R. K. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. Prim. Care Companion CNS Disord. 2013; 15(2)
123. Rosenthal M.H. The Challenge of Comorbid Disorders in Patients With Depression. J Am Osteopath Assoc. Aug 2003; 103(8 Suppl 4): S10-5
124. Demirarslan P., Gökalp P.G., Ögel K., Babaoğlu A.N. Kronik Depresyonda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler: İyileşen Majör Depresyon Olguları ile Karşılaştırma. Düşünen Adam; 1999, 12 (1): 4-11
125. Global per capita tea consumption as of 2016, by country. Statista, The Statistics Portal. Erişim:<https://www.statista.com/statistics/507950/global-per-capita-tea-consumption-by-country/>
126. Kim J., Kim J. Green Tea, Coffee, and Caffeine Consumption Are Inversely Associated with Self-Report Lifetime Depression in the Korean Population. Nutrients. Sep. 2018; 10(9): 1201
127. Pham N. M., Nanri A., Kurotani K., Kuwahara K., Kume A., Sato M., Hayabuchi H., Mizoue T. Green tea and coffee consumption is inversely associated with depressive symptoms in a Japanese working population. Public Health Nutr. Mar. 2014; 17(3): 625–633

128. Hintikka J., Tolmunen T., Honkalampi K., Haatainen K., Koivumaa-Honkanen H., Tanskanen A., Viinamäki H. Daily tea drinking is associated with a low level of depressive symptoms in the Finnish general population. *Eur. J. Epidemiol.* Apr. 2005; 20(4): 359–363
129. Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni.* 2011; 45(2): 65-74
130. Demet M. M., Deveci A, Deniz F., Taşkın E.O., Şimşek E., Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; 6: 133-144
131. Bayar R., Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008; s.185-192
132. Cath D. C., Nizar K., Boomsma D., Mathews C. A. Age-Specific Prevalence of Hoarding and Obsessive Compulsive Disorder: A Population-Based Study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* Mar. 2017; 25(3): 245–255
133. Degonda M., Wyss M., Angst J. The Zurich Study, Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* Jul. 1993; 243(1): 16–22
134. Eğrilmez A., Gülseren L., Gülseren Ş., Kültür S. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş Bir Grup Hastada Kompulsiyonların Biçim ve İçerikleri Kesitsel Bir Sınıflandırma Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 1995; 6(1): 35-40
135. Yıldız A. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında epizodik ve kronik gidişin sosyodemografik veriler, klinik, mizaç ve işlevsellikle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD. 2017, Aydın
136. Sakallı Kani A. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. 2014, İstanbul

137. Rasmussen S. A., Eisen J. L. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry*. Feb. 1990; 51 Suppl:10-3; discussion 14
138. Stengler-Wenzke K., Kroll M., Matschinger H., Angermeyer M. C. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*. Nov. 2006; 47(6): 523–527
139. Tükel R., Polat A., Özdemir O., Aksut D., Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*. May-Jun 2002; 43(3): 204-9
140. Rintala H., Chudal R., Leppämäki S., Leivonen S., Hinkka-Yli-Salomäki S., Sourander A. Register-based study of the incidence, comorbidities and demographics of obsessive-compulsive disorder in specialist healthcare. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 64
141. Juang Y.-Y., Liu C.-Y. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci*. Dec. 2001; 55(6): 623–627
142. Okasha A., Saad A., Khalil A. H., El Dawla A. S., Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr. Psychiatry*. May-Jun 1994; 35(3): 191-7
143. Tamam L., Saygılı M., Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 69-80
144. Ünsalver B. Ö., Balcıoğlu İ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2006; 37: 115-120 ISSN:1300-5227
145. Kupfer D. J. Anxiety and DSM-5. *Dialogues Clin. Neurosci*. Sep. 2015; (3): 245–6
146. Uğrak U., Cihangiroğlu N., Uzuntarla Y., Teke A. Sürekli kaygı düzeyli poliklinik hastalarının sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analizi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Nisan 2016; 8(22): 403-20
147. Sunderland M., Newby J. M., Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br. J. Psychiatry*.

Jan. 2013; 202(01): 56–61

148. Solmaz M., Sayar K., Özer Ö. A., Öztürk M., Acar B. Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. *J Clin. Psy.* 2000; 3(4): 235-241
149. Davidson J. R., Hughes D. L., George L. K., Blazer D. G. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol. Med.* Aug. 1993; 23(3): 709–18
150. Schneier F. R., Johnson J., Hornig C. D., Liebowitz M. R., Weissman M. M. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch. Gen. Psychiatry.* Apr. 1992; 49(4): 282–8
151. Levent B.A., Uğuz Ş., Aydın H. Sosyal Fobi: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri.* 2006; 2(12): 26-29
152. Aydın A., Hiçdurmaz D. Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2016; 7(1): 45–49
153. Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin kişiler arası duyarlılık ve deprsyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi.* Bahar 2005; 14: 129-55
154. Harb G. C., Heimberg R. G., Fresco D. M., Schneier F. R., Liebowitz M. R. The psychometric properties of the Interpersonal Sensitivity Measure in social anxiety disorder. *Behav. Res. Ther.* Aug. 2002; 40(8): 961–79
155. Rizzo C. J., Daley S. E., Gunderson B. H. Interpersonal Sensitivity, Romantic Stress, and the Prediction of Depression: A Study of Inner-City, Minority Adolescent Girls. *J. Youth Adolesc.* Jun. 2006; 35(3): 444–453
156. Vidyanidhi K., Sudhir P. M. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. *Asian J. Psychiatr.* Mar. 2009; 2(1): 25–28
157. London B., Downey G., Bonica C., Paltin I. Social Causes and Consequences of Rejection Sensitivity. *J. Res. Adolesc.* Sep. 2007; 17(3): 481–506

158. Boyce P., Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. Sep. 1989; 23(3): 341–51
159. Erozkın A. The relationship between attachment styles and social anxiety: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2009; 37(6): 835-844
160. öldür E.Ö., Öztekin S., Aydemir Ö., DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu. DSM-5 İkinci Düzey Öfke Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017; 18(2): 85-91
161. Averill J. R. Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *Am. Psychol*. 1983; 38(11): 1145–1160
162. Stoner S. B., Spencer W. B. Age and Gender Differences with the Anger Expression Scale. *Educ. Psychol. Meas.* Jun. 1987; 47(2): 487–492
163. Siegel J. M. The Multidimensional Anger Inventory. *J. Pers. Soc. Psychol.* Jul. 1986; 51(1): 191–200
164. Kaymak Özmen S. Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2004; 37(2): 27-39
165. Anooshian L. J. Violence and aggression in the lives of homeless children: A review. *Aggress. Violent Behav.* Jan. 2005; 10(2): 129–152
166. Kaya A. Kişilerarası ilişkiler etkili iletişim. 10.Baskı. Ankara:Pegem Akaedemi. 2017
167. Sayar K., Guzelhan Y., Solmaz M., Ozer O.A., Ozturk M., Acar B., Arikan M. Anger attacks in depressed Turkish outpatients. *Ann. Clin. Psychiatry*. Dec. 2000; 12(4): 213–8
168. Koh K. B., Kim D. K., Kim S. Y., Park J. K. The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *J. Clin. Psychiatry*. Apr. 2005; 66(4): 485–91
169. Moscovitch D. A., McCabe R. E., Antony M. M., Rocca L., Swinson R. P. Anger experience and expression across the anxiety disorders. 2008; 25(2): 107-13
170. Savrun M. Hezeyanlı Bozukluk.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. No:62. Mart 2008; s:111-116

171. Hoccoğlu . Paranoid Semptomlar ve Sendromlar. Psikiyatri Dđnyası. 2001; 5(3): 97-104
172. Altinel T. Edirne Şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği AD. 2008, Edirne
173. Mezzich E. J., Lin K.M. Acute and transient psychotic disorders and culture-bound syndromes. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. Baskı. Baltimore: Williams and Wilkins. 1995; s.1050-1059.
174. Erben G. Hezeyanlı bozuklukta hezeyan profili ve bağlantılı parametreler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Birimi.2008, İstanbul
175. Johns L. C., Van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. Clin. Psychol. Rev. Nov. 2001; 21(8): 1125–41
176. Buchanan R.W., Freedman R., Javitt D.C., Abi-Dargham A., Lieberman J.A. Recent Advances in the Development of Novel Pharmacological Agents for the Treatment of Cognitive Impairments in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33(5): 1120–1130
177. Van Os J., Hanssen M., Bijl R. V., Vollebergh W. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms. Arch. Gen. Psychiatry. Jul. 2001; 58(7): 663
178. Binbay İ. T. Toplumsal eŐitsizlikler ile psikoz-benzeri yaŐantılar, psikotik belirtiler ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Psikiyatri AD. 2009, İzmir
179. Zammit S., Allebeck P., David A.S., Dalman C., Hemmingsson T., Lundberg I., Lewis G. A Longitudinal Study of Premorbid IQ Score and Risk of Developing Schizophrenia, Bipolar Disorder, Severe Depression, and Other Nonaffective Psychoses. Arch. Gen. Psychiatry. Apr. 2004; 61(4): 354
180. Teicher M. H., Samson J. A., Polcari A., McGreenery C. E. Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of

- Childhood Maltreatment. *Am. J. Psychiatry.* Jun. 2006; 163(6): 993–1000
181. Schäfer I., Fisher H. L. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues Clin. Neurosci.* 2011; 13(3): 360–5
182. Wolke D., Dantchev S., Zammit S. Sibling bullying in middle childhood and psychotic disorder at 18 years: a prospective cohort study. *Psychol Med.* Oct. 2018; 48(14): 2321-2328
183. Kelleher I., Harley M., Lynch F., Arseneault L., Fitzpatrick C., Cannon M. Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J Psychiatry.* Nov. 2008; 193(5): 378-82
184. Shevlin M., Dorahy M. J., Adamson G. Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatry.* Jan. 2007; 164(1): 166–169
185. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002; 13(2): 143-151
186. Bloch S., Hafner J., Harari E. *The Family in Clinical Psychiatry.* New York, Oxford University Press Inc. 1994; s.109-131.

EK 1: Yapılandırılmış Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

Yaş :

Cinsiyet: **A)ERKEK** **B)KADIN**

Medeni Hal: **A)Bekar** **B)Evli** **C)Boşanmış**

Çocuğunuz var mı? **A)Evet** (ise sayısını belirtiniz:.....) **B)Hayır**

Çalışma Durumu: **A)Çalışan** **B)Emekli** **C)Çalışmıyor** **D)Öğrenci**(Eğitimi devam ediyor.)

Meslek: İşçi Memur Esnaf Emekli Çiftçi Ev Hanımı
 Sanayici, İşadamı Üst düzey yönetici Öğretmen
 Serbest meslek Profesyonel (avukat, doktor, mimar, mühendis)
 İşsiz Asker, subay, polis, Güvenlik görevlisi Öğrenci
 Diğer.....

Eğitim durumunuz:

Okur Yazar değil

İlkokul Ortaokul Lise Yüksek okul

Fakülte Doktora

Maddi Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz? **A)Yeterli** **B)Orta** **C)Yetersiz**

Aileniz ya da siz daha önce göç ettiniz mi?

Evet ,memuriyet tayini yada üniversite eğitimi gibi GÖNÜLLÜ GÖÇ

Evet ,savaş,kıtlık vb. durumlar gibi GÖNÜLSÜZ GÖÇ

Hayır

ALIŞKANLIKLAR

1. Sigara Kullanımı: Hiç içmemiş

Bırakmış.....yıldır içmiyor,yıl boyunca.....paket/gün
içmiş

İçiyor.....yıl boyunca.....paket/gün

2. Alkollü içki ne sıklıkta alıyorsunuz: Asla

Ayda bir yada az

Ayda 2 -4 kez

Haftada 2 - 3 kez

Haftada 4 yada daha çok kez

3.İçtiğiniz zaman ,tipik bir günde alkol içeren kaç tane içki alıyorsunuz?

1 – 2

3 – 4

5 – 6

7 – 9

10 ve üzeri

4- Fiziksel egzersiz yapıyor mu?

Hayır

Evet Cevabınız evet ise;

Egzersiz tipi (Yürüyüş, Yüzme, Futbol vb. lütfen belirtin)

Sıklık (Hergün, Haftada iki gün vb. lütfen belirtin)

Süre (Kaç saat, kaç dakika lütfen belirtin)

Cevabınız evet ise toplamda Haftada 3 gün en az 30 dakika veya üzerinde fiziksel egzersiz yapmış oluyor musunuz? Evet Hayır

5-Aşağıdakilerden hangisini günlük ne kadar tüketirsiniz?

Çay:.....bardak/gün

Kahve:.....fincan/gün

Kola:.....bardak/gün

ÖZGEÇMİŞ-SOYGEÇMİŞ

Devamlı ilaç kullanmanızı gerektiren kronik hastalıklarınız var mı?

Hipertansiyon

Diabetes mellitus(Şeker hastalığı)

Hiperlipidemi(Kolesterol hastalığı)

Hipotroidi(Troidlerin az çalışması)

Hipertroidi/Graves(Troidlerin çok çalışması)

Kardiyavasküler hastalıklar

Benign prostat hiperplazisi

Akciğer hastalıkları(Astım,KOAH,vb.)

Diğer

.....
.....

Kullandığınız düzenli ilaçlarınız nelerdir?

.....
.....
.....

Reçeteli ilaç:

Reçetesiz ilaç:

Bitkisel ilaç/ürünler :

Toplam ilaç:adet/gün

Hastalıklarınız nedeniyle uymanız gereken özel bir diyetiniz var mı?

A)Hayır

B)Evet

Herhangi bir hastalıktan dolayı bugüne kadar ameliyat/operasyon geçirdiniz mi?

()Evet (Evet ise belirtiniz).....

()Hayır

Doktorunuzun önerdiği ilaçlar dışında alternatif olarak başka hangi uygulamaları kullandınız?

() Alternatif tıp tedavi yöntemlerini uygulamadım.

() Akupunktur Yoga Hipnoterapi

() Bitkisel tedaviler

() Reçetesiz ilaçlar

() Özel diyet

() Probiyotikler

() Psikoterapiler

() Dua, Muska vb spiritüel yöntemler

() Hacamat

() Bardak çekme

Herhangi bir bedensel engeliniz var mı?

() Var (Var ise belirtiniz?)

() Yok

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı? (anne, baba, kardeşler, dayı, hala, teyze, amca, kuzenler)

Evet (Evet ise Kim/Kimler?)

Hayır

FİZİK MUAYENE

Boy-Kilo:

Kan basıncı:

SOSYAL

Birlikte yaşadığınız biri var mı?

Hayır, Tek başıma yaşıyorum

Evet

Kiminle yaşıyorsunuz?

Tek başıma yaşıyorum

Kendi ailemle (Ka rım/kocam/çocuklar)

Ailemle (Anne/Baba/Kardeşler)
(Eş/çocuklar/anne/baba/diğer akraba)

Geniş aile

Arkadaşlarımla birlikte yaşıyorum

Diğer. Belirtiniz.....

Acil durumlarda size yardımcı olabilecek kimse var mı?

Evet

Hayır

Sağlık problemleriniz konusunda ihtiyaç duyduğunuzda size rehberlik edebilecek biri var mı?

Hayır

Evet(Evet ise belirtiniz / çocuk, bakıcı, eş)

Sağlık Problemleriniz için sıklıkla hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

Aile Sağlığı Merkezi

Devlet Hastanesi

Üniversite Hastanesi

Evde Sağlık Hizmetleri

Son 3 ay içerisinde sağlık kuruluşlarına kaç kez başvurduunuz?

.....

Ailenizle ve eşinizle olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- Sürekli çatışırız, hiç anlaşamayız. 1
 Sürekli çatışırız ama birbirimizden kopmayız.2
 Ciddi anlaşmazlıklarımızı beraber çözeriz.3
 Genel olarak uyumlu bir ilişkimiz var.4

Çocukluk döneminizde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

- Evet Hayır

Evlilik hayatınız boyunca eşinizden fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

- Evet Hayır

Geçmişte ya da şimdi bir kez bile olsa çocuklarınıza karşı şiddet uyguladınız mı?

- Evet Hayır

SCL 90-R PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA TESTİ

1. Baş ağrısı

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

2. Sinirlilik ya da içinin titremesi

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

3.Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

4.Baygınlık ya da baş dönmesi

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

5.Cinsel arzu ve ilginin kaybı

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

6.Başkaları tarafından eleştirilme duygusu

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

7.Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

8.Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

9.Olayları anımsamada güçlük

- Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

10.Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

11.Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

12.Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

13.Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

14.Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

15.Yaşamınızın sonlanması düşünceleri

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

16.Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

17.Titreme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

18.Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

19.İştah azalması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

20.Kolayca ağlama

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

21.Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

22.Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

23.Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

24.Kontrol edilemeyen öfke patlamaları

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

25.Evden dışarı yalnız çıkma korkusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

26.Olanlar için kendisini suçlama

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

27.Belin alt kısmında ağrılar

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

28.İşlerin yapılmasında erteleme duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

29.Yalnızlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

30.Karamsarlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

31.Her şey için çok fazla endişe duyma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

32.Her şeye karşı ilgisizlik hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

33.Korku hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

34.Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

35.Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

36.Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

37.Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

38.İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

39.Kalbin çok hızlı çarpması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

40.Bulantı ve midede rahatsızlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

41.Kendini başkalarından aşağı görme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

42.Adale (kas) ağrıları

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

43.Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

44.Uykuya dalmada güçlük

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

45.Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

46.Karar vermede güçlük

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

47.Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

48.Nefes almada güçlük

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

49.Soğuk veya sıcak basması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

50.Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

51.Hiç bir şey düşünmeme hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

52.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

53.Boğazınıza bir yumru takınmış hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

54.Gelecek konusunda ümitsizlik

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

55.Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

56.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

57.Gerginlik veya coşku hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

59.Ölüm ya da ölme düşünceleri

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

60.Aşırı yemek yeme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

61.İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

62.Size ait olmayan düşüncelere sahip olma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

63.Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

64.Sabahın erken saatlerinde uyanma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

65.Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

66.Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

67.Bazı şeyleri kırıp dökme hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

68.Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

69.Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

70.Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

71.Her şeyin bir yük gibi görünmesi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

72.Dehşet ve panik nöbetleri

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

73.Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

74.Sık sık tartışmaya girme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

75.Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

76.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

77.Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

78.Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

79.Değersizlik duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

80. Size kötü bir şey olacakmış hissi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

89. Suçluluk duygusu

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Hiç Çok az Orta Derece Oldukça fazla İleri derece

EK 2: Etik Kurul Onayı



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.120376
Konu : Başvuru İncelemesi

13.10.2017


Sayın Doç.Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Ruhsal Belirtilerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.110910 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 11/10/2017 tarih ve 16-06 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi : 11.10.2017 14:00
Karar No : 2017-16

Karar-06)2011-KAEK-27/2017-E.110910 no'lu Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'in araştırması Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiş olup; raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. Hakkı Engin AKSULU
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Faize OTURAN
Sekreter