

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**BAZI KRONİK HASTALIKLARDA RUHSAL BOZUKLUKLARIN
SIKLIĞI
ve
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Uğur BİLGE

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2008**

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**BAZİ KRONİK HASTALIKLARDA RUHSAL BOZUKLUKLARIN SIKLIĞI
ve
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. UĞur BİLGE

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU**

**ESKİŞEHİR
2008**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr. Uğur Bilge'ye ait “**Bazı Kronik Hastalıklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi**” adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:
15 Ocak 2008

Jüri Başkanı	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç. Dr. Alaettin ÜNSAL Halk Sağlığı Anabilim Dalı	İmza
Üye	Yrd. Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun
.....tarih vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ

Dekan

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yönlendirmeleri ile destek veren, yapıcı eleştirileriyle yol gösteren, yazdığım cümleleri sabırla okuyup düzelten danışmanım ve sayın hocam Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU' na teşekkürü bir borç biliyorum.

Tez konumun belirlenmesinde bana yardımcı olan ve her zaman destekleriyle yanımda olan Yrd. Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ'e,

Uzman Dr. Umut KARASU'ya, Araştırma Görevlisi H. Eray ÇELİK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan çok büyük zevk aldığım mesai arkadaşım Dr. Ahmet KESKİN' e,

Tezimin düzeltmeleri konusunda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Murat ÜNALACAK'a,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanları ve Check Up Polikliniği çalışanlarına,

Asistanlığım süresince bana emek veren tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunmaktan mutluyum.

ÖZET

Bilge, U. Bazı Kronik Hastalıklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008.

Kronik hastalıklar ve ruhsal hastalıklar toplumda sık karşılaşılan sağlık problemlerinden biridir. Her iki kronik süreçinde birlikte olabilmesi nedeniyle aile hekimliği açısından, ele alınması gereken önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalarda diyabet, romatoid artrit, kronik renal yetmezlik vb. kronik hastalığa sahip olanlarda ruhsal hastalıkların normal popülasyona göre daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Ruhsal hastalıklar sık ve yaygın görülmelerine rağmen, genellikle fark edilemedikleri gibi var olan kronik hastalığa ait semptomlar ve yakınmalar bu tür hastalıkların tanınmasını zorlaştırabilir. Kronik hastalık varlığı yanında cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, ve yaş gibi sosyodemografik özellikler de ruhsal hastalıkların toplumdaki sıklığını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada hipertansiyon, romatoid artrit, hemodiyaliz tedavisi alan kronik renal yetmezlik, diyabet ve kemoterapi alan kanser vakalarının değerlendirilmesi ve bu vakalardaki ruhsal hastalıkların profilinin çıkartılması ve ruhsal bozuklukların sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla rastlantısal olarak seçilen 424 kişiye PRIME MD ölçeği ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Kronik hastalığı olanlarda, kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ruhsal hastalıkların anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda kronik hastalıklar ile ruhsal hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bilimsel sonuçlar, kronik hastalığı olan vakaların mevcut fiziksel durumlarının değerlendirilirken ruhsal durum muayenelerinin de yapılması gerektiği sonucu nedeniyle önemlidir.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalıklar, ruhsal hastalıklar, sosyodemografik faktörler, PRIME MD ölçeği

ABSTRACT

Bilge, U. Frequency of psychiatric disorders in several chronic diseases and their relationships with sociodemographic variables. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Family Medicine Speciality Thesis, Eskisehir, 2008. Chronic diseases and psychiatric disorders are common health problems faced in public. Association of these two chronic processes is an important issue that should be considered in view of family medicine. It has emphasized that in patients with chronic diseases, such as diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, chronic renal failure, have more common psychiatric disorders than general population. Despite frequency and prevalence of psychiatric disorders, they usually unrecognized and the symptoms and complaints of chronic disorders can make it difficult to diagnose such disorders in these patients. Besides the presence of chronic diseases, sociodemographic features such as gender, marital status, education, income level and age can also affect the frequency of psychiatric disorders in public. In this study for the purpose of evaluating the cases with hypertension, rheumatoid arthritis, chronic renal failure with hemodialysis treatment, diabetes mellitus and cancer delivering chemotherapy and profiling the psychiatric disorders in these cases and evaluating psychiatric disorders in view of sociodemographic variables, PRIME MD scale and sociodemographic data sheet were applied to randomly selected 424 persons. Psychiatric disorders found to be more common in women with chronic diseases and persons with lower socioeconomic level. In conclusion of the study a statistically significant association was found between chronic diseases and psychiatric disorders. According to PRIME MD results, of the 424 persons who have physical disease 165 (%41.3) was diagnosed with a PRIME MD diagnose (emotional disorder, probable alcohol abuse, anxiety disorder, somatization disorder). In ki square test, a significant association was found between chronic diseases and emotional disorder, alcohol abuse and somatization disorder diagnoses. There was no significant association between chronic diseases and anxiety disorder. Psychiatric examinations should also be done in cases with chronic diseases when their physical examination was performed.

Key words: Chronic diseases, psychiatric disorders, sociodemographic factors, PRIME MD scale.

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Sıklık ve Yaygınlık Çalışmaları.....	6
2.1.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Dünyadaki Çalışmalar.....	6
2.1.2. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Türkiye’deki Çalışmalar.....	9
2.2. Ruhsal Hastalıklar İle İlişkili Sosyodemografik Faktörler.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Evren.....	17
3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması.....	17
3.3. Örneklem.....	17
3.4. Çalışma Gereçleri.....	18
3.5. Primary Care Evaluation of Mental Disorders- PRIME - MD.....	18
3.6. Araştırmanın Aşamaları.....	18
3.7. Uygulama.....	19
3.8. İstatistiki Değerlendirme.....	19
4. BULGULAR.....	20

5.TARTIŞMA	40
6. SONUÇ.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	59

KISALTMALAR DİZİNİ

BBSK	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları
BTAAB	Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu
BTASB	Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk
ETF	Ev Halkı Tespit Fişi
Hipo	Hipokondriazis
KAB	Kronik Ağrı Bozukluğu
MDB	Majör Depresif Bozukluk
MDB-KR	Majör Depresif Bozukluk- Kısmi Remisyonu –Rekürrensi
Min-DB	Minör Depresif Bozukluk
MSB	Multisomatoform Bozukluk
OAKK	Olası Alkol Kötüye Kullanımı
PB	Panik Bozukluk
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	21
Tablo 2.	PRIME MD Tanılarının Hastalıklara Göre Dağılımı	22
Tablo 3.	PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı ...	24
Tablo 4.	PRIME MD ile Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) Tanısı....	24
Tablo 5.	PRIME MD ile Konulan Anksiyete Bozukluk Tanılarının Dağılımı.....	25
Tablo 6.	PRIME MD ile Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı.....	25
Tablo 7.	PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 8.	PRIME MD Anksiyete Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı.....	27
Tablo 9.	PRIME MD Duygudurum Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı.....	28
Tablo 10.	PRIME MD Somatoform Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı.....	29
Tablo 11.	PRIME MD OAKK Tanısının Yaşa Göre Dağılımı.....	30
Tablo 12.	PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 13.	PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 14.	PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	35
Tablo 15.	PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı...	37

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar genellikle, etyolojileri çok belirgin olmayan çok çeşitli risk faktörleri tarafından etkilenen ve çok uzun latent dönemleri yanında uzamış süreçleri olan hastalıklardır (Örn: Diabetes mellitus, hipertansiyon, kanser). Genellikle orta yaşta başlarlar ve ömür boyu sürerler. Zaman zaman iyileşme dönemine girseler de; remisyon dönemi sonrası tekrar alevlenmeler, hastalığı daha kötü duruma sokar. Kronik hastalıklar genellikle kalıcı bir sakatlık bırakırlar (1).

Kronik hastalıkların yaklaşık olarak yarısı 45 yaşın altında baslar. Hastalar, hastane ve toplum bakımına gereksinime duyarlar. Çoğu kez fizik, sosyal ve psikiyatrik rehabilitasyon servisleri gerekir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, Türkiye'de yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altındadır ve en sık ölümlere neden olan hastalık olarak da diyabet vurgulanmaktadır. Aynı rapora göre kronik hastalıkların sayısında da bir artış vardır (2).

Yine aynı raporda; Türkiye'de yaklaşık 15 milyon kişinin yüksek tansiyon, 4 milyon kişinin de şeker hastası olduğu belirtilerek, yaklaşık 3 milyon KOAH ve 2 milyon koroner kalp hastasının olduğu ifade edilmektedir (2).

Kronik hastalık tanısı konulan kişiler, hastalıklarına ve tedavi programlarına göre yaşamlarını tekrar düzenlemek zorunda kalmaktadırlar. Hastalıkları, bağımsızlıklarını, yaşam biçimlerini, kendilerini ve diğer insanları algılayışlarını etkileyebilmektedir. Kronik hastalıklar bazı kişilerde depresyona ve anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Kronik hastalıklarla bağlantılı olan fiziksel değişimler depresyonu ve diğer ruhsal bozuklukları tetikleyebileceği gibi, bireyler hastalığın beraberinde getirdiği zorluklara karşı psikolojik olarak tepki veriyor da olabilirler (3-6).

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülen, ancak tanı ve tedavisi çeşitli nedenlerle yeterince yapılamayan hastalıklardandır. Ruhsal bozukluklar kronik hastalıklarla komorbidite gösterebilirler ve bu hem tanılarını zorlaştırır hem de hastaların yaşam kalitesini etkiler (3-6).

Araştırmacılar, kronik tıbbi hastalıklara sahip hastalarda, ruhsal bozuklukların sürece eşlik etme olasılığına dikkat çekmişlerdir. Depresyonu olan hastaların % 69.5'inde en az bir kronik hastalık bulunurken, olmayanlarda bu oran %

52.9'dur. Kronik bedensel hastalığı olanların % 22.9'unda, olmayanların % 12.1'inde bir ruhsal hastalığa rastlanmıştır (7).

ABD'de yapılan bir çalışmada temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluk sıklığının kadınlarda % 43, erkeklerde % 33 olduğu, en çok görülen ruhsal bozuklukların kadın ve erkeklerde sırasıyla duygudurum bozukluğu (%19-31), anksiyete bozukluğu (%13-22) ve somatoform bozukluk (% 9-18) olduğu bildirilmiştir (8). Dönmez ve arkadaşlarının (ark.) araştırmasında da en sık görülen rahatsızlıklar; duygudurum bozukluğu (% 30.2), anksiyete bozuklukları (% 25.2) ve somatoform-somatizasyon (% 18.8) olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada, kadınlarda erkeklere göre duygudurum bozukluğu 2.07 kat, anksiyete bozukluğu 3.56 kat, somatoform bozukluk 1.9 kat daha fazla saptanmıştır (9). Küey ve ark., çeşitli düzeyde depresif belirtilerin % 20, klinik düzeyde depresyonun ise %10 sıklıkta olduğunu bildirmişlerdir (7,10).

Yapılan çalışmalarda, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin, ruhsal bozuklukların prediktörlerinden olduğu belirtilmektedir. Bunların bir kısmı "cinsiyet" gibi değiştirilemez nitelikte iken; bazı değişkenler uygun önlemlerle ortadan kaldırılabılır niteliktedir (9,11, 12).

Belçika'da 2316 hastayla yapılan bir çalışmada; erkeklerin yüzde 40.8'inde, kadınların ise yüzde 43.8'inde ruhsal bozukluk olduğu bulunmuştur ve bu çalışmada ölçek olarak PRIME MD kullanılmıştır. En sık konulan tanılar ise; depresyon (%13.9), distimi (%12.6), multisomatoform bozukluk (%12.7), yaygın anksiyete bozukluğu (%10.3) ve alkol sorunlarıdır (%10.1). Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları belirgin bir farkla kadınlarda daha sık görülürken, alkol problemlerine erkeklerde daha sık rastlanmıştır (11).

Yapılan çalışmalarda diyabet ve depresyon komorbiditesine dikkat çekilmiş, mevcut komorbiditenin araştırılması ile diyabetli hastalarda minor ve major depresyonun artmış mortalite ile güçlü bir ilişkide olduğu sonucuna varılmıştır (13-16).

Benzer şekilde romatoid artrit ve osteoartrit tanısı almış kişilerde yapılan bir çalışmada, romatoid artrit hastalarında depresif belirtilerin daha sık olduğu ve romatoid artritli hastalarda depresyon düzeyinin yeti yitimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada romatoid artrit hastalarının psikiyatrik açıdan

değerlendirilmesi ve bozuklukların erken dönemde saptanmasının tedaviye uyumu ve prognozu olumlu yönde etkileyeceği belirtilmiştir (17).

Hemodiyaliz tedavisi alan kronik renal yetmezlikli hastalarda yapılan bir çalışmada; son dönem renal yetmezliği olan hastalarda depresyonun yaygın ve artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. DSM-III-R'ye göre ruhsal bozukluk tanı konma oranlarının hemodiyaliz grubunda belirgin olarak yükseldiği (%55), en sık konan tanılarının da %35 ile majör depresif nöbet ve %20 ile yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, diğer yandan da ruhsal morbidite ile ilişkili tek değişkenin eğitim düzeyi olduğu ve eğitim düzeyindeki düşmeyle ruhsal bozuklukların arttığı belirlenmiştir (18).

Kronik tıbbi hastalıkları olanlarda ruhsal bozukluklar sık görülmektedir. 1996'da Sherbourne ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik tıbbi hastalıkları olanlarda anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir (22). Diyabet hastaları ile yapılmış çalışmalarda anksiyete ve depresyonun sıklıkla diyabetle ilişkili olduğu bulunmuştur (13,15,16). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada başvuran tüm hastalarda psikiyatrik bozukluğa rastlanma oranı % 42.5 olarak bulunmuştur (23).

Toplumumuzda kronik hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Özellikle hipertansiyon ve diyabetin sık görülmesi, aynı zamanda ruhsal hastalığı olanlarda bu bozukluklara daha sık rastlanması, kronik hastalıklarla ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Bu hastalıklarda duygusal tepkiler ve uyum güçlüklerinin en sık karşılaşılan sorunlar olduğu belirtilmektedir. Geleceğe yönelik endişeler, yeterliliğin kaybedilebileceği ve başkalarına bağımlı hale gelenebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına ait endişeler, hastanın fiziksel bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkilemektedir. Bu şekilde, ortaya çıkan ruhsal hastalık da kronik hastalığın seyrini olumsuz olarak değiştirmektedir.

Toplumda kronik hastalıkların ruhsal hastalıklarla ilişkisini belirlemek, hastalığa ilişkin önlemlerin alınmasını kolaylaştıracak ve hastalığın seyrini olumlu yönde değiştirebilecektir. Toplumda ruhsal hastalıklar yaygın olarak görüldüğü halde, hastalıkları olanların büyük bir kısmının yardım aramadığı, yardım arayanlardan ise; birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların büyük bir

çoğunluğuna tanı konulamadığı, kronik hastalığı olanlarda ise komorbidite nedeniyle tanının atlanabileceği bildirilmektedir. Eskişehir ilinde yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardaki olası/kesin ruhsal hastalık ve tedavisinin çok düşük oranda yapıldığı belirlenmiş ve birinci basamak hekimlerinin birinci basamak kurumlarına başvuran hastalardaki mental semptomların yeterince farkına varamamalarının nedeninin; ruhsal hastalıkların fiziksel bir hastalığa eşlik etmesi ve de sosyoekonomik durumla ilişki olması düşünülmüştür (19-21).

Ruhsal hastalıklar sık görülmelerine ek olarak işlevsellikte de bozulmalara yol açabilirler. Romatoid artritli hastalarda depresyon düzeyinin yeti yitimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (17).

Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran hastalarda yapılan ruhsal sorunlarla ilgili araştırmada; ruhsal hastalıkların en az bedensel hastalıklar kadar insanların işlerini ve günlük yaşantılarını etkilediği ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresyonlu hastalara sıklıkla tanı konamadığı bulunmuştur (19,20)

Toplumda bu kadar yaygın olarak görülen ve bu denli yıkıma yol açabilen ruhsal hastalıkların ortaya çıkarılması, gerekli sağlık hizmetlerinin planlanmasının, ruhsal hastalıklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi ise; bu konuda koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının önünü açabilecektir. Bizim çalışmamızda da ruhsal hastalık sıklığı belirlenmeye çalışılmış ve çözüme yönelik tedavi stratejileri gözden geçirilmiştir.

Çalışmamızın amacı, Eskişehir il merkezinde yer alan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi dahiliye anabilim dalı servis ve polikliniklerine başvuran hastalarda PRIME MD ölçeği ve hazırladığımız sosyodemografik veri formunu kullanarak, diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit, hemodiyaliz tedavisi alan renal yetmezlik ve kanser tanısı olan hastalarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile bu yaygınlığı etkileyebilecek sosyodemografik değişkenleri araştırmaktır.

Çalışmanın hipotezleri:

- 1- Kronik hastalığı olan kişilerde; ruhsal bozukluklar daha sık görülür.
- 2- Kronik hastalığı olan ve herhangi bir ruhsal hastalığın eşlik ettiği (komorbid) kişilerde; sosyodemografik değişkenler hastalığın şiddeti ve görülme sıklığında etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Sıklık ve Yaygınlık Çalışmaları

2.1.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Dünyada yapılan çalışmalar

Penayo ve ark. tarafından yapılan ve “Kendi Kendini Değerlendirme Anketi” (The Self Report Questionnaire-SRQ 20) kullanılan bir çalışmada; Nikaragua’da genel nüfusla, birinci basamak sağlık kuruluşlarına (BBSK) başvuranlarda ruhsal bozukluk sıklığını karşılaştırılmaya çalışılmış ve genel nüfusta % 23, BBSK’larda ise % 47 oranında ruhsal bozukluk saptanmıştır (24). Lübetkin ve ark. ise; PRIME MD ölçeği kullandıkları çalışmalarında; 523 kişinin 32’sinin (% 6.10) major depresyon kriterlerini, 26’sının (% 5) diğer depresif bozukluk kriterlerini, 24’ünün (% 4.60) ise anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir (25). Harding ve ark. geliştirmekte olan 4 ülkede BBSK’lara başvuran 1624 hastada yaptıkları çalışmada, 225 kişide (% 13.9) ruhsal bozukluk saptamışlardır. Araştırmacılar, olguların büyük bir çoğunluğunun nevrotik bozukluklara sahip olduğunu ve çoğunun sağlık merkezlerine baş ağrısı, karın ağrısı, öksürük, halsizlik gibi fiziksel belirtilerle müracaat ettiğini bildirmişlerdir (26).

Wells ve ark. ECA çalışmasında; kronik bedensel hastalığı olanlarda yüksek oranda ruhsal bozukluk tespit etmişlerdir. Bu çalışmada, 2554 kişi taranmış; bir ya da birden fazla kronik bedensel hastalığı olanlarda son 6 ay içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluk yaygınlığı % 24.7 bulunmuştur. Aynı çalışmada ruhsal bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise; % 42.2 bulunmuştur. Bedensel hastalığı olmayanlarda ise; son 6 ay içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluk yaygınlığı % 17.5, ruhsal bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 33.0 bulunmuştur. Böylece bedensel hastalığı olan kimselerin ruhsal bozukluğa yakalanma riski, bedensel hastalığı olmayanlara göre 1.4 kat daha fazla olarak saptanmıştır. Nörolojik hastalığı bulunan bireylerde % 37.5, kalp hastalığı olanlarda % 34.6 ve kronik akciğer hastalığı olanlarda % 30.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır (27).

Swartling ve ark. da, ruhsal sorunları, batın ve göğüs hastalıkları ile komorbid olarak yaygın bir şekilde gözlemlemişlerdir. Araştırmacılar, çalışmalarında; hastanın ruhsal bozukluğunun olduğunun farkında olmamasının ve ruhsal soruna eşlik eden bedensel hastalık bulunmasının hem tanıyı zorlaştırdığını, hem de tedavide önemli

sıkıntılara yol açtığını bildirmişlerdir (28). İspanya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da; bedensel bir hastalığı olmayan erkeklerde % 5.2, kadınlarda % 10.5 oranında ruhsal bozukluk saptanırken; bu oranlar, bedensel hastalığı olan erkekler için % 17.5, kadınlar için % 37.3 olarak bulunmuştur (29).

Son dönem böbrek yetmezliğine ait psikolojik sorunların incelendiği çalışmalarda; depresyon ve inkarın sürekli hemodiyaliz alan hastalarda strese karşı ana cevaplar olduğu bulunmuştur. Shea ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyaliz tedavisi alan hastaların diyaliz stresini kompanse edemedikleri ve yoğun psikoterapiye ihtiyaç duydukları gösterilmiştir. Abraham ve arkadaşlarının 1971 yılında yaptıkları bir çalışmada ise; aynı grup hastalarda yüksek intihar insidansı, tedaviyi kesme ve tedaviye fatal uyumsuzluk gözlenmiştir. Depresyon, üremi gibi tıbbi komplikasyonlara bağlı olarak ve diyalizin sürmesi nedeniyle uzayabilir (30).

Depresyon, adaptasyon sürecinde normal bir basamak olabilir ve zamanla iyileşebilir. Bazı hastalarda depresyon renal yetmezlik ile başlamaz, fakat premorbid öykünün bir parçasıdır ve psikoterapi ve antidepresanlarla tedavi edilebilir (30).

Kritik stresler, diyaliz tedavisinin kendisinden çok, zorlanmış iş değişimleri, evlilikle ilgili olan problemler gibi sosyal durumla ilgili problemlerin herhangi birinden kaynaklanabilir. Otuzbeş vakalık bir survey çalışmasında, sıvı kısıtlamasının en büyük psikososyal stres kaynağı olduğu bulunmuştur (30).

Hemodiyaliz hastalarında Craven ve ark. tarafından Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory-BDI) kullanılarak yapılan bir araştırmada; depresyon prevalansının %25 olduğu bulunmuştur (31). Zung Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada (Kutner ve ark. 1985) %50’ye varan oranlarda klinik önemi olan depresyon belirtileri varlığı gözlenmiştir (32).

Lee M. Ritterband ve Charles D. Spielberger tarafından kanser hastalarında yapılan bir çalışmada kanser hastalarındaki depresyon ve depresyonun bileşenleri araştırılmış ve bunlar sağlıklı kontrol vakaları ve psikiyatrik diğer hastalarla karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 54 kanser hastası (göğüs kanserli 28 kadın ve prostat kanserli 26 erkek hasta), 59 kişilik sağlıklı kontrol ve 75 psikiyatrik hasta (27 kadın ve 48 erkek) alınmış ve BDI ve Kişilik Özelliği Durumu Envanteri (State-Trait Personality Inventory –STPI) kullanılmıştır. Kanser hastalarının BDI ile ölçülen depresyon skalaları, sağlıklı vakalardan yüksek bulunmuştur (33).

Kanser hastalarında intihar eğilimi ile ilişkili klinik faktörlerin değerlendirilmeye çalışıldığı bir çalışmada; performans durumunun bozulmasının, ağrının, ileri evre kanser hastalığının ve majör depresyonun intihar eğilimi ile ilişkili faktörler olduğu bildirilmiştir (34).

Romatoid artrit (RA) çeşitli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği uzun zamandır bilinmektedir. Murphy ve ark.nın 62 RA hastasında yaptıkları çalışmada, depresyon oranı % 17 bulunmuş ve deprese hastaların depresyonu olmayan hastalardan daha fazla yeti yitimine sahip oldukları, hastalıkları ile ilgili daha fazla olumsuz düşünceye sahip oldukları belirlenmiştir (35). Creed, RA hastalarında depresyonun genel nüfusa göre yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğünü ileri sürmüş ve depresyonun ve sosyal stresin, söz konusu hastaları romatologlara ağrıları hakkında aşırı şikayette bulunmaya ve sık klinik başvuruya yönlendirdiğini belirtmiştir. Creed, uygun psikososyal tedavilerin bu davranışı azaltabileceğini vurgulamıştır (36).

Hawley ve Wolf, 400 RA hastasını inceledikleri serilerinde, ağrı ile ruhsal değişkenler arasında ilişki bulunduğunu tespit etmişlerdir (37). Benzer şekilde Hagglund ve Affleck, ağrı ile anksiyete arasında yüksek korelasyon saptamışlardır (38). Matussek ve Raspe ise; 346 vakalılık örneklem grubunda belirgin yüksek korelasyon saptamışlardır (39). Smetstad ve ark. aldıkları 238 kişilik örneklem grubunda anksiyete ve depresyonun her ikisi ile hem ölçülen ağrı hem de hastaların ağrı algısı arasında yüksek pozitif korelasyon saptamışlardır (40).

Diyabetle ilgili derleme makalesinde Lloyd CE, diyabetes mellitusa en sık eşlik eden psikiyatrik durumların anksiyete ve depresyon olduğunu belirtmiş ve depresyonun kadın diyabetli hastalarda erkeklerden daha fazla oranda görüldüğünü vurgulamıştır. Uygun tarama testlerinin varlığına rağmen; depresyonlu hastaların yarısından azı tanınmakta ve tedavi almaktadır. Buna rağmen; bu vakalar çeşitli tedaviler aldığı anda başarı elde edilmektedir (41).

Tip 1 ve tip 2 diyabetteki depresyonun sosyodemografik, yaşam tarzı ve klinik faktörlerle ilişkisinin araştırıldığı geniş popülasyonlu bir çalışmada nondiyabetik popülasyonla karşılaştırma yapılmış ve sonuçta tip 1 ve tip 2 diyabet için birkaç korele faktör bulunmuş, fakat bunların nondiyabetik popülasyondan farklı olmadığı gösterilmiştir. Komorbid kronik somatik hastalıkların tip 2 diyabetteki depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (16).

Ryan J ve ark.'nın yazdığı bir metaanalizdeki kontrollü çalışmalarda; diyabetik grupta, nondiyabetik grupla karşılaştırıldığında, 2 kat daha fazla depresyon olasılığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kadın diyabetiklerde komorbid depresyon, erkeklerden belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (42).

Hafif derecede hipertansiyonu (HT) olan ve normotansif olan 30-60 yaş grubu 383 erkek hastada tip A davranış paternine göre yapılan çalışmada; kızgınlık, anksiyete ve psikolojik stres açısından fark gözlenmemiştir. Başka bir çalışmada, normotansiflerle karşılaştırıldığında; HT'ü olanlarda aşırı panik atak bulunmuştur (43).

Onbeş prospektif longitudinal çalışmanın incelendiği bir derlemede; minimum 1 yıllık takip yapılan vakalarda hipertansiyon gelişimindeki psikolojik faktörler araştırılmıştır. Öfke, anksiyete ve depresyonun, hipertansiyon üzerinde belirgin fakat orta derecede etkileri olduğu bulunmuştur (43).

Polonya'da yapılan bir çalışmada; birinci basamak hastalarında depresif bozuklukların prevalansına bakılmış ve psikiyatrik değerlendirmede depresif bozukluk tanısı alan hastalarda daha sık ve belirgin olarak hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, anemi, inme ve hipotroidizm olduğu belirlenmiştir (6).

Johns Hopkins Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada; yüksek kan basıncına sahip zenci erkekler değerlendirilmiş ve bu hastalarda stresli hayatın mental sağlık üstüne olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur (18). Bir başka çalışmada da; HT'un farkında olma ve tedavisi ile mental bozukluklar arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmış ve genel bir ilişki bulunamamıştır (44).

2.1.2. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Türkiye'deki Çalışmalar

Sağduyu ve ark.'nın yaptığı, hemodiyalize giren ve böbrek nakli ameliyatı yapılan hastalarda ruhsal morbidite ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, beş yıl ya da daha uzun süredir hemodiyaliz programında olan 34, böbrek nakli yapılmış olan 30 hastaya, geriye doğru dosya tarama yöntemiyle ulaşılmış ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Kısa Form-36, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ), Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası ve Sosyodemografik ve Sağlık Bilgi Formu uygulanmıştır. Depresyon alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı, hemodiyaliz grubunda % 41.2, böbrek nakli grubunda % 36.7,

anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı, hemodiyaliz grubunda % 11.8, böbrek nakli grubunda %20 olarak bulunmuştur. HAD depresyon alt ölçeğinde eşik değeri geçme üzerinde, sosyodemografik özellikler, böbrek yetmezliği süresi, hasta grubu (hemodiyaliz, nakil), başka kronik hastalık, RİDKOÖ puanı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yorumlayıcı özelliği olan tek değişkenin, eğitim süresi olduğu ve eğitim görülen yıl sayısının azalmasının depresyon alt ölçeği eşiğini geçmeyi öngördüğü belirlenmiştir. Anksiyete alt ölçeğine ait eşik üzerinde ise etkisi olan bir değişken bulunmamıştır (18).

Köroğlu ve ark.'nın yaptığı, kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sitalopram tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, kronik böbrek yetmezliğinin hastalarda ruhsal sorunlara yol açtığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmış ve hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 78 hasta değerlendirilmiştir. Bu çalışmada; hastaların 22' sinde (% 28.2) depresyon olduğu belirlenmiş ve bu hastalara sekiz hafta süre ile, günde ortalama 20 ila 40 mg sitalopram tedavisi verildikten sonra Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının 45.2'den 35.3'e, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puan ortalamalarının 21.2'den 13.5'e gerilediği bildirilmiştir. Sonuç olarak, kronik böbrek yetmezlikli hastalarda depresyonun yaygın olarak geliştiği, ancak hastaların psikiyatriste başvurmadığı görülmüştür. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamaları çerçevesinde, konsültasyona çağrılmayı beklemeden bu hastalara ulaşmaya gerek olduğu sonucuna varılmıştır (45).

Ateşçi ve ark.'nın kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenleri değerlendirdikleri çalışmada; onkoloji, dahiliye, kadın doğum ve genel cerrahi bölümlerinde tedavi gören 150 kanser hastası çalışmaya alınmış ve bu hastaların % 28.7'si DSM-IV Eksen I tanısı almıştır. Yine bu grup hastada uyum bozukluğu % 14, ve major depresif bozukluk % 11.3 ile en sık karşılaşılan tanılar olarak belirlenmiştir (46).

Arıkan K.'nin "Kanser Hastalarında Psikolojik Destek" isimli makalesinde kanser hastalarında % 25-40 oranında depresyona, % 15-75 oranında ise deliryuma rastlandığı, bunların yanında akut stres bozukluğunun, tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğunun, postravmatik stres bozukluğunun, panik bozukluğun da sıkça rapor edildiği belirtilmiştir (4).

Böncü ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada ise; akciğer kanseri olan olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti değerlendirilmiş ve 35 kanser hastasının % 12'sinde anksiyete ve % 26'sında depresyon gözlenmiştir (47).

Soygür ve ark.'nın yaptığı "Onkoloji Hekimlerinin Gözünden Psiko-onkoloji:"Birim Kurulurken ve İki Yıl Sonra" -Bir Anket Çalışması" başlıklı çalışmada kliniklerdeki, konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) ve psiko-onkoloji (PO) hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunması ve bu kavramların, onkoloji hastanesinde çalışan hekimlerin gözünden nasıl görüldüğünün, ve kliniğin kuruluşunun başlangıcında ve iki yıl sonra ne gibi değişiklikler içerdiğinin araştırılması planlanmıştır. Bu çalışmanın sonunda sonuç olarak iki yıl içinde hastanede çalışan hekimlerin hastalarının ruhsal yakınmalarını daha çok sorguladıkları ve psikiyatri konsültasyonu isteme sıklıklarının arttığı, en önemlisi de ruh sağlığı çalışanlarının onkoloji ekibinin içinde olmaları gereğine daha çok inandıkları belirtilmiştir (48).

Romatoid artrit (RA) ve osteoartrit (OA) olan bir grup hastada yapılan bir çalışmada; 32'si RA, 43'ü OA olan 75 hastalık bir grup alınmış ve Sağlık Değerlendirme Ölçeği (SDÖ) ile günlük yaşam aktiviteleri ve yeti yitimi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ) ile depresyon düzeyi, Kısa Form-36 (Short Form-36-SF-36) ile yaşam kalitesi, Görsel Analog Skala (GAS) ile ağrı şiddeti değerlendirilmiştir. RA'te depresif belirtilerin OA'ten daha yüksek olduğu, ayrıca RA hastalarında depresyon düzeyinin yeti yitimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra, RA hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve bozuklukların erken dönemde saptanmasının tedaviye uyumu ve prognozu olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmıştır (17).

Sayın ve ark.'nın "Romatoid artritli hastalarda ruhsal değişkenlerin hastalık aktivasyon parametreleri ile ilişkisi" başlıklı çalışmada, RA'li hastaların depresyon ve sürekli anksiyete açısından belirgin bozukluk göstermedikleri, bununla birlikte hastaların anlık anksiyeteleri ile eklem hassasiyeti, şişliği ve subjektif ağrı algısının karşılıklı olarak birbirlerini etkiledikleri sonucuna varılmış ve bu nedenle hastaların takibinde fiziksel parametrelerin yanında ruhsal parametrelerin de göz önünde bulundurulmasının tedavinin başarısını olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (49).

Diyabetli hastalarda yapılan “Tip II Diyabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi” başlıklı bir çalışmada, major depresif bozukluk, kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetik hastalarda, kan şekeri kontrolü iyi olanlardan daha sık bulunmuş ve HbA1c seviyesi ile depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri arasında güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (50).

Bahar ve ark.’nın yaptığı, diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise; HAD kullanılmış ve HAD-A ölçeği ile cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, ekonomik durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış, komplikasyon durumu ve hastalığa yönelik bilgi arasında; HAD-D ölçeği ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış ve hastalığa yönelik bilgi arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir (51).

2.2. Ruhsal Hastalıklar ile İlişkili Etkileyen Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet

Gerek ülkemizde, gerekse dünyada yapılan çeşitli çalışmaların çoğunluğunda, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yaygın görüldüğü ortaya konulmuştur (8, 9,11,12).

Ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla major depresif bozukluk görülür. Yine kadınlarda (yaşam boyu prevalansı % 30.5), erkeklere göre (yaşam boyu prevalansı %19.2) daha fazla anksiyete bozukluğu görülür (52).

Literatürde geçen çalışmalara uygun olarak, ülkemizde yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasında Kılıç ve ark., kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranını ve sağlık ocaklarına bu nedenle başvuru oranını erkeklerin iki katı daha fazla bulmuşlardır (53). Dönmez ve ark. (9) ise; çalışmalarında cinsiyetin kadın olmasının, duygudurum bozukluğu riskini 2.07 kat, anksiyete bozuklukları riskini 3.56 kat ve somatoform bozuklukları riskini 1.9 kat artırdığını bildirmişlerdir. Sağduyu ve ark. (54) “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon” isimli çalışmalarına; 1997 hastanın 465’ine (% 23.2) depresyon tanısı konulduğunu, kadınların %26.2’sinde, erkeklerin ise %17.7’sinde depresyon tanısı saptandığını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarında da; depresyon benzer oranlarda gözlenirken,

depresyon için; kadın cinsiyetin risk faktörü olduğu bildirilmiştir (9, 19, 54).

Somatizasyon bozukluğu olan kadınların sayıca erkeklerden 5-20 kat fazla olmasına rağmen; bu durumun erkek hastalarda somatizasyon bozukluğu tanısının erken olarak konulamamasından kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür. Kadın-erkek oranının 5'e 1 olmasına rağmen, genel nüfus içinde nadir bir hastalık olmayıp, kadınlar arasında somatizasyon bozukluğu yaşam boyu prevalansı %1-2 olabilir (52). Sağduyu'nun yaptığı, "Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon" adlı çalışmada da; somatik belirtilerin yine kadınlarda, erkeklere göre daha sık olduğu bulunmuştur (55). Özmen ve ark., 1997 hastayla yaptıkları "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk" adlı çalışmada, sağlık ocağı hastalarında % 3.5 oranında distimik bozukluk tanısı saptamış, distimik bozukluğu olan hastaların % 34.8'inin erkek, % 65.2'sinin de kadın olduğunu bildirmişlerdir (5). Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da, Belek, erkeklerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu bulmuştur. Belek, çalışmasında ruhsal sağlığı belirleyen değişkenlerin, sınıfsal konum, eğitim, cinsiyet ve medeni durum olduğunu bildirmiştir (56).

Medeni Durum

Özellikle major depresif bozukluk, en sıklıkla yakın kişilerarası ilişkisi olmayan insanlarda, ya da boşanmış veya ayrılmış insanlarda ortaya çıkmaktadır. İki uçlu I bozukluk boşanmış ve yalnız yaşayan insanlarda evli insanlara kıyasla daha sık görülmektedir. Distimik bozukluk da yine evlenmemiş gençlerde daha sık bulunur (52).

Erol ve ark. (29), yaptıkları çalışmada, medeni durumun ruhsal bozukluk sıklığını etkilediğini saptamışlardır. Dönmez ve ark. (9) ise; Antalya ilinde gerçekleştirdikleri ve sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozuklukları inceledikleri çalışmada böyle bir ilişkinin saptanamadığını bildirmişlerdir. Sağduyu ve ark. (54) ise; çalışmalarında birinci basamak sağlık hizmetlerinde saptanan depresif bozukluğun, ayrı yaşayan ya da boşanmışlarda, evli ya da hiç evlenmemişlere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Rezaki'nin (19) çalışmasında ise; medeni durumla depresyon tanısı arasında ilişki bulunamamıştır. Sağduyu'nun (55) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında, somatizasyonun evli ya da dul olanlarda hiç evlenmemişlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Antalya ilinde Belek (54) tarafından yapılan alan araştırmasında da,

evlilerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur. Doğan ve ark.'nın (57) Sivas il merkezinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise; medeni durumla anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Eğitim

Ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmaların çoğunluğunda eğitim düzeyinin düşük olması, ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak bildirilmiş olsa da; (8,9,19,53,60), bazı çalışmalarda bu ilişki ortaya konulamamıştır (54,57). Dönmez ve ark. (9) düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve somatoform bozukluklar yönünden risk faktörü olarak görüldüğünü ortaya koyarlarken, Erol ve ark. (53), eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmişlerdir. Rezaki'nin (19) çalışmasında, eğitim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmamasına rağmen, Sağduyu ve ark.'nın (54) "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon" çalışmalarında, eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir.

Somatizasyon bozukluğunun en sık olarak düşük eğitim seviyesindeki ve düşük ekonomik seviyedeki insanlarda ortaya çıktığı kabul edilmektedir (57). Sağduyu'nun "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında somatizasyon, 5 yıl ve altında eğitim alanlarda, lise ve daha yüksek düzeyde eğitim alanlara göre daha sık bulunmuştur (55).

Dünyadaki çalışmaların büyük bir kısmında da eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluk yaygınlığını arttırdığı ortaya konulmuştur (8, 58, 59). Blacker ve Clare (60), eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon riskini arttırdığını belirtirken, Almeida ve ark. da (62) Brezilya'daki çalışmalarında, eğitim alınan yıl sayısının artmasıyla ruhsal bozukluk yaygınlığının azaldığını ve daha az eğitim alanlarda ruhsal bozuklukların daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmaların büyük bir bölümünde eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu ileri sürülse de; Coryell ve ark. bu çalışmaların aksini savunmuşlar ve 965 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada yüksek eğitim düzeyini depresyon açısından daha riskli olarak bildirmişlerdir (61). Rotschild ise; eğitim düzeyi ile duygudurum bozukluklarının yaygınlığı arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüştür (63).

Yaş

Ruhsal bozuklukların yaşla ilişkisini konu alan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda özellikle ileri yaş grubunda ruhsal bozukluk tanısına sık rastlandığı bildirilmiş (64-66), ancak diğer bazı çalışmalar bu veriyi desteklememiştir (9,54).

Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı tüm hastaların %50'sinde 20 ve 50 yaş arası olmakla birlikte, yaklaşık 40'tır. Major depresif bozukluk aynı zamanda çocuklukta ya da ileri yaşlarda da başlayabilmektedir. Yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında major depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini düşündürmektedir (52). Ülkemizde depresyonun araştırıldığı çalışmaların bazılarında, 40 yaş üzerinde olmanın risk faktörü olduğu bildirilmiş, ancak; bazı çalışmalarda bu ilişki anlamlı bulunmamıştır (19,54). Dönmez ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, yaşın ruhsal bozukluklara etkisinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir (9). Özmen ve ark.'nın 1997 hastayla gerçekleştirdikleri "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk" çalışmasında; cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, en az bir kronik bedensel hastalık bulunma değişkenleri arasında, distimik bozukluk tanısını, en az bir kronik bedensel hastalık bulunma ve yaş değişkenlerinin yorumlandığı; yaş arttıkça distimi oranının azaldığı, en az bir kronik bedensel hastalık bulunmasıyla distimi oranının arttığı gösterilmiştir (5).

Vazquez-Barquero ve ark. ruhsal bozuklukların, yaşın psikiyatrik morbidite üzerinde bağımsız bir etkisi olduğunu bildirmişlerdir (29). Patel ve ark. da, BBSK'lara başvuran kişiler arasında ruhsal bozuklukları ileri yaşta daha sık bulmuşlardır (64). Toft ve ark.'nın gerçekleştirdikleri çalışmada da; 40 yaş üzerindeki bireylerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve alkol bağımlılığı sıklığının 40 yaş altındakilere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (23).

Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik durum ve major depresif bozukluk arasında ilişki bulunmamıştır. Üst sosyoekonomik gruplarda ortalamadan daha yüksek bir sıklık bulunmuştur. Depresyon, kırsal alanlarda kentsel alanlardan daha siktir (52).

Somatoform bozukluk sosyal durum ile ters ilişkilidir, en sık olarak eğitim ve ekonomik seviyesi düşük insanlar arasında ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, anksiyete bozukluğunun prevalansı, sosyoekonomik durumun iyileşmesi ile düşer (52).

Sosyoekonomik durumu farklı topluluklarla yapılan çalışmalarda, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir (12, 64, 67-69). Gelişmekte olan ülkelerin kırsal kesimlerinde ve sosyoekonomik durumu düşük olan insanlarda, ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları bazı çalışmalarda daha düşük bulunurken (67,68); bazı çalışmalarda farklılık saptanmamış (71-73) ya da daha yüksek oranlar (69,70,74) bulunmuştur. Endüstriyel batı toplumlarında yapılan çalışmalarda da sonuçlar farklılık göstermiştir (69, 75, 76).

Ayrancı ve Yenilmez'in Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında gerçekleştirdikleri retrospektif çalışmada, sosyoekonomik durumu yüksek olarak kabul edilen mahallelerin sağlık ocaklarında ruhsal bozukluk tanılarının konulma sıklığı daha yüksek bulunmuştur (21). Depresyona yönelik çalışmaların bazılarında düşük sosyoekonomik düzeyin depresyon riskini arttırdığı ortaya konulmuştur (54,77). Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek, aylık geliri yüksek olanların ve geliri giderinden daha fazla olanların daha sağlıklı olduğunu ortaya koymuştur (56).

Çalışma Durumu

Ülkemizdeki birçok çalışmada çalışma durumu ile ruhsal bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken (5, 19, 54), bazı araştırmacılar, ekonomik sorunlar ve eğitimin yanında işsizliğin de özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu iddia etmişlerdir (78,79).

Dünyada yapılmış çalışmalar, işsizliğin ruhsal bozuklukların yaygınlığında artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (80-83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren

Bu çalışmada evren, Eskişehir İli merkezinde fiziksel hastalığı olan (hipertansiyon, hemodiyaliz alan kronik renal yetmezlik, kemoterapi alan kanser hastaları, romatoid artrit, diyabet) 18-65 yaş aralığındaki bireylerin tamamıdır.

3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı servis ve polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Örneklem

PRIME MD ile herhangi bir fiziksel hastalığı olan bireylerde tanı konma yüzdeleri ayrıntılı bir literatür taraması ile gerçekleştirilmiştir. Literatür taraması sonucunda PRIME MD ile genel tıp pratiğinde major depresyon sıklığının %13.9, yaygın anksiyete bozukluğunun %10.3, somatoform bozukluğunun %18.0, olası alkol kötüye kullanımı/bağımlılığının %10.1 olduğu görülmüştür (11). Bu bilgilerin ışığında % 95 güven düzeyinde, hata yapma düzeyi % 5 olduğu kabul edildiğinde yeterli örneklem hacmi, sırasıyla diyabet hastaları için minimum 50, hipertansiyon hastaları için minimum 50, kanser hastaları için minimum 50, romatoid artrit hastaları için minimum 50, hemodiyaliz hastaları için minimum 50 vakadır.

Araştırmanın özellikleri, araştırmada kullanılan değişken sayısı, işi tamamlama oranı ve kaynak sınırlamaları göz önünde bulundurulduğunda, örneklem hacmi maksimum düzeyde tutulmaya çalışılmış ve örnekleme planında belirlenen fiziksel hastalıklar için 50'şer denek sayısı olanaklar çerçevesinde maksimum tutulmuştur. Bu çalışmada örneklem, ESOGÜ Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı servis ve polikliniklerine 15 Eylül 2006 ve 15 Eylül 2007 arasında gelen hastalardan rastlantısal olarak seçilen toplam 424 vakadan oluşmuştur.

Çalışma 24.08.06 tarihli toplantısındaki 2006/502 sayılı karar ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İlgili poliklinik ve servislerde görüşülen hastalar rastlantısal olarak seçilmiştir.

3.4. Çalışma Gereçleri

- A) Psikiyatrik tanıların saptanabilmesi için kullanılan PRIME MD anketi,
- B) ESOGÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından hazırlanan sosyo-demografik veri formu,
- C) Çalışmaya katılanlardan izin almak için hazırlanan onay formu.

3.5. Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu (Primary Care Evaluation of Mental Disorders- Prime MD)

PRIME MD, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve olası alkol kötüye kullanımı gibi, BBSK'larda en yaygın görülen ruhsal bozuklukların birinci basamak hekimlerince kısa sürede ve doğru olarak teşhisi için tasarlanmış, tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (84).

Ölçek Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, birinci basamakta çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluk tanısı koyabilmeleri için tasarlanmış ilk görüşme ölçeğidir (8). Türkiye'de geçerlik-güvenirlilik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır (8,9,12,71,85).

Kolay ve çabuk uygulanabilmesi gibi olumlu yanları olmakla birlikte, eşik altı belirtileri de hastalık olarak tanıyabilmesi ve bu nedenle ruhsal bozukluk sıklığının bir miktar yüksek çıkmasına yol açabilmesi, ölçeğin kısıtlılığını göstermektedir (9,86).

3.6. Araştırmanın Aşamaları

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ilgili poliklinik ve servislerinden uygulama için izin alınmıştır. Uygulamada öncesinde katılımcılara çalışmanın kapsamı ve amaçları anlatılmış, sonrasında hazırlanan onay formları imzalatılmıştır. Çalışmaya katılanların ad ve soyadlarının baş harflerini kendi el yazılarıyla yazmaları imza olarak kabul edilmiş ve katılımcılara verilerin kullanım amacı açıklanmıştır. Çalışmaya katılanların öncelikle demografik verileri kaydedilmiş, daha sonra da katılımcılara PRIME MD ölçeği uygulanmıştır.

3.7. Uygulama

Uygulama, 3 Aile hekimliği asistanı tarafından gerçekleştirilmiştir. Uygulama, ilgili iç hastalıkları servis ve polikliniklerinde 26 iş gününde gerçekleştirilmiş, ilgili servislerde her iş haftasının Salı ve Cuma günleri, polikliniklerde sabah 09:00 ile 16:00 arasında, servislerde ise 16:00 ile 19:00 saatleri arasında yapılmıştır. Her katılımcıya PRIME MD uygulaması sonrasında ruhsal bozukluklar hakkında bilgi veren el broşürleri verilmiş, ruhsal bozukluklar ve tedavi olanakları konusunda kısa bilgilendirme konuşmaları yapılmıştır. Uygulama sırasında önemli bir sorunla karşılaşılmamış, ancak anketin uzun olması nedeniyle uygulamayı kabul etmeyenler olmuş, çalışmayı tamamlayamayan ya da verileri eksik olduğu için çalışma dışında bırakılan 20 katılımcı yerine aynı servis ve polikliniklerden yeni denekler eklenmiştir.

3.8. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, SPSS 11.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilmesinde ilk olarak tanımlayıcı analiz kullanılmıştır. Tanımlayıcı analiz; istatistiksel analizlere başlamadan önce, değerkenlerin genel yapısı ve özellikleri hakkında bilgi edinmeye yaramaktadır. Ayrıca, toplanan bilgilerin sağlığı konusunda da bilgi verebilmektedir. Tanımlayıcı analizlerden sonra, sonuç çıkarıcı analizler kullanılmıştır. Sonuç ıkarıcı analizler neticesinde, evren hakkında genelleme yapma imknı olmaktadır. Bu aşamalarda özetle; betimleyici istatistikler, ki-kare analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 424 kişinin 254'ü (% 59.9) kadın, 170'i (% 40.1) erkekti. Çalışmaya katılan vakaların 55'i (%13.0) DM, 115'i (%27.1) HT, 82'si (%19.3) RA, 96'sı (%22.6) kanser, 76'sı (%18.0) hemodiyaliz (HD) hastasıydı. Vakaların 341'i (% 80.4) evli iken, 30'u (% 7.1) bekar, 53'ü de (% 12.5) dul olarak tespit edildi. Çalışmaya katılanların 23'ünün (% 5.4) okuma yazma bilmediği tespit edilmiş iken, en sık gözlenen eğitim düzeyinin 274 kişi (% 64.6) ile ilköğretim olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerin 206'sının (% 48.6) ev hanımlarından olduğu gözlenmiş, ayrıca en sık gelir düzeyi grubunun 278 kişi (% 65.6) ile 400-999 YTL arası gelir grubu olduğu görülmüştür.

Polikliniklere başvuran ve çalışmaya dahil olan 424 vakanın 175'ine (% 41.3) en az bir PRIME MD tanısı konulmuş iken, % 58.7'sinde herhangi bir tanı bulunmamıştır. Çalışmaya katılan 174 erkeğin 54'ünde (%31.8) en az bir ruhsal bozukluk tanısına rastlanmış, 116'sı (% 68.2) ise tanı almamıştır. Ayrıca çalışmaya dahil olan 254 kadın vakanın 121'inde (% 52.4) tanı konulurken, geriye kalan 133'ünde (% 47.6) tanı bulunmamıştır.

PRIME MD ile konulan tanıları ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Buradaki sonuçlara göre, 424 kişinin 283'ünde (% 66.7) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken, geriye kalan 141 (% 33.3) kişide duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur.

Yine Tablo 1'e göre, çalışmaya dahil olan 424 kişinin 312'inde anksiyete bozukluğu tanısı bulunmazken, geriye kalan 103 kişide en az bir anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmiştir. En fazla, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (BTAAB) tanısı konmuş olup, bu tanı 50 (% 11.8) kişide gözlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 35 (% 8.3) kişide görülmüş iken, bu kişilerden 14'ünde (tüm YAB'luların % 40'ı, tüm vakaların % 3.3'ü), panik bozukluk (PB) ile eşanlı olarak bulunmuştur. Panik bozukluk ise eşanlı durumlar da dahil 18 (% 4.2) kişide bulunmuştur.

Tablo 1.PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Modül	PRMD Tanıları		Erkek	Kadın	Toplam
Duygudurum	<i>Tanı Yok</i>	n	128	155	283
		% ¹	75.3	61.0	66.7
	<i>Major Depresif Bozukluk</i>	n	22	65	87
		%	12.9	25.6	20.5
	<i>Minor Depresif Bozukluk</i>	n	15	18	33
		%	8.8	7.1	6.7
	<i>Distimi</i>	n	3	10	13
		%	1.8	3.9	3.1
	<i>MDP KR</i>	n	1	4	5
		%	.6	1.6	1.2
	<i>Bipolar</i>	n	0	2	2
		%	0	.8	.5
	<i>OHTKBDB</i>	n	1	0	1
		%	.6	0	.2
	<i>Toplam</i>	n	170	254	424
Alkol	<i>Tanı Yok</i>	n	159	252	411
		%	93.5	99.2	96.9
	<i>Olası Alkol Kötüye Kullanımı</i>	n	11	2	13
		%	6.5	.8	3.1
	<i>Toplam</i>	n	170	254	424
Anksiyete	<i>Tanı Yok</i>	n	145	176	321
		%	85.3	69.3	75.7
	<i>BTA Anksiyete</i>	n	13	37	50
		%	7.6	14.6	11.8
	<i>Yaygın Anksiyete</i>	n	9	26	35
		%	5.3	10.2	8.3
	<i>Panik Bozukluk (PB)</i>	n	0	4	4
	%	0	1.6	.9	
	<i>PB&YAB</i>	n	3	11	14
		%	1.8	4.3	3.3
	<i>Toplam</i>	n	170	254	424
Somatoform	<i>Tanı Yok</i>	n	153	198	351
		%	90.0	78.0	82.8
	<i>BTA Somatoform</i>	n	3	23	26
		%	1.8	9.1	6.1
	<i>Kronik Ağrı Bozukluğu</i>	n	9	14	23
		%	5.3	5.5	5.4
	<i>Multisomatoform Bozukluk</i>	n	2	10	12
		%	1.2	3.9	2.8
	<i>Hipokondriazis</i>	n	1	1	2
		%	.6	.4	.5
	<i>Diğer</i>	n	2	8	10
		%	1.2	3.1	2.4
	<i>Toplam</i>	n	170	254	424

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 2. PRIME MD Tanılarının Hastalıklara Göre Dağılımı

Modül	PRMD Tanıları		DM	HT	RA	Kanser	HD
Duygudurum*	Tanı Yok	n	39	74	45	79	46
		% ¹	70.9	64.3	54.9	82.3	60.5
	Major Depresif Bozukluk	n	12	21	25	12	17
		%	21.8	18.3	30.5	12.5	22.4
	Minor Depresif Bozukluk	n	2	13	7	3	8
		%	3.6	11.3	8.5	3.1	10.5
	Distimi	n	1	6	3	1	2
		%	1.8	5.2	3.7	1.0	2.6
	MDP KR	n	0	0	2	0	3
		%	0	0	2.4	0	3.9
	Bipolar	n	1	1	0	0	0
		%	1.8	.9	0	0	0
	OHTKBDB	n	0	0	0	1	0
		%	0	0	0	1.0	0
Toplam		n	55	115	82	96	76
Alkol*	Tanı Yok	n	53	107	82	95	74
		%	96.4	93.0	100.0	99.0	97.4
	Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	2	8	0	1	2
		%	3.6	7.0	0	1.0	2.6
Toplam		n	55	115	82	96	76
Anksiyete	Tanı Yok	n	45	84	52	84	56
		%	81.8	73.0	63.4	87.5	73.7
	BTA Anksiyete	n	6	14	15	7	8
		%	10.9	12.2	18.3	7.3	10.5
	Yaygın Anksiyete	n	2	11	12	2	8
		%	3.6	9.6	14.6	2.1	10.5
	Panik Bozukluk	n	0	2	0	0	2
		%	0	1.7	0	0	2.6
	PB&YAB	n	2	4	3	3	2
		%	3.6	3.5	3.7	3.1	2.6
Toplam		n	55	115	82	96	76
Somatoform**	Tanı Yok	n	44	88	62	95	62
		%	80.0	76.5	75.6	99.0	81.6
	BTA Somatoform	n	6	7	5	0	8
		%	10.9	6.1	6.1	0	10.5
	Kronik Ağrı Bozukluğu	n	1	13	5	0	4
		%	1.8	11.3	6.1	0	5.3
	Multisomatoform Bozukluk	n	3	3	4	1	1
		%	5.5	2.6	4.9	1.0	1.3
	Hipokondriazis	n	0	1	1	0	0
		%	0	.9	1.2	0	0
Diğer	n	1	3	5	0	1	
	%	1.8	2.6	6.1	0	1.3	
Toplam		n	55	115	82	96	76

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

** p< 0.01; * p< 0.05

Çalışma kapsamında PRIME MD uygulanan 424 hastanın 254'ü kadın, 170'i erkektir. PRIME MD'den elde edilen sonuçlara göre (Tablo 2) fiziksel hastalığa sahip bu 424 bireyden 165'i herhangi bir PRIME MD tanısı (duygudurum bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu) almıştır. Ruhsal bozukluk tanısı alan bu 165 kişiden 54'ü erkek, 121'i kadın vakalardır. Ruhsal bozukluk tanısına sahip kadınlar arasında en fazla görülen fiziksel hastalık, 39 hasta ile HT'dir (% 32), bunu 35 kişi ile RA takip etmektedir. HT olan 74 kadından % 52.7' sinde herhangi bir PRIME MD tanısına rastlanırken, kanserli kadın hastaların sadece % 26.5'inde herhangi bir PRIME MD tanısının olması dikkat çekicidir. Bu çerçevede erkek hastalar değerlendirildiğinde, %31.8' inde (54 kişi) herhangi bir PRIME MD tanısı görülmüştür. Kadın hastaların almış olduğu PRIME MD tanılarına paralel biçimde erkek hastalarda da en fazla HT hastası olanlara ruhsal bozukluk tanısı konmuştur. Erkek hastalarda bunu 13 kişi ile (% 24) HD hastaları takip etmektedir. Yine kadın kanser hastalarında benzer biçimde kanserli erkek hastalarıyla birlikte diğer fiziksel hastalığa sahip bireylere göre daha az ruhsal bozukluk görülmüştür. Kronik hastalıklar ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanıları ile kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi_h^2 = 39.577, sd. = 24, p < 0.05$), ($\chi_h^2 = 9.883, sd. = 4, p < 0.05$), ($\chi_h^2 = 42.685, sd. = 20, p < 0.01$). Anksiyete bozukluğu tanıları ile kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi_h^2 = 24.61, sd. = 16, p > 0.01$).

Cinsiyet ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu tanıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi_h^2 = 15.301, sd. = 4, p < 0.001$), ($\chi_h^2 = 11.07, sd. = 1, p < 0.01$). Somatizasyon bozukluğu tanıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi_h^2 = 15.126, sd. = 5, p > 0.01$). Duygudurum bozukluğu tanıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi_h^2 = 16.684, sd. = 6, p > 0.01$).

PRIME MD tanıları modüllerine göre değerlendirildiğinde; Duygudurum modülü tanılarına göre kanser vakalarının %82.3'ünde herhangi bir duygudurum tanısı gözlenmezken, RA'lı hastaların %54.9'unda herhangi bir duygudurum tanısına rastlanmamıştır. Major depresif bozukluk, duygudurum tanıları içinde en sık konulan tanıdır, toplam 87 kişi (%20.5) bu tanıyı almıştır (Tablo 3). Major depresif bozukluk %30.5 ile en sık RA'lı vakalarda görülürken, en düşük olarak %12.5 ile kanser vakalarında görülmüştür. Bu sonuçlara göre en sık konulan ikinci duygudurum tanısı olan minor depresif bozukluk tanısı (%7.8) ise %11.5 ile en sık HT vakalarında görülmüştür.

Tablo 3. PRIME MD İle Konan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Duygudurum	n	%
Majör Depresif Bozukluk	87	20.5
MDBKR Kısmi Remisyonu / Rekürrensi	5	1.2
Minör Depresif Bozukluk	33	7.8
Distimi	13	3.1
Bipolar Bozukluk	2	0.5
OHTKBDB	1	0.2
Duygudurum Tanısı Yok	283	66.7
Toplam	424	100.0

Alkol kötüye kullanımı açısından vakalar değerlendirildiğinde RA'lı vakalarda bu tanı hiç konamazken, HT vakalarında % 7.0, DM vakalarında % 3.6, HD vakalarında % 2.6 olası alkol kötüye kullanımı tanısı konmuştur. Alkol kullanım bozukluğu tanısı dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. PRIME MD İle Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı Tanısı Dağılımı

Alkol	n	%
Tanı Yok	411	96.9
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	13	3.1
Toplam	424	100.0

Tablo 5. PRIME MD İle Konulan Anksiyete Bozukluk Tanılarının Dağılımı

Anksiyete	n	%
Panik Bozukluk	4	0.9
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	35	8.3
BTA Anksiyete Bozukluğu	50	11.8
Komorbid (PB&YAB)	14	3.3
Anksiyete Tanısı Yok	321	75.7
Toplam	424	100.0

Tablo 6. PRIME MD İle Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı

Somatoform	N	%
BTA Somatoform Bozukluk (BTASB)	26	6.1
Kronik Ağrı Bozukluğu (KAB)	23	5.4
Multi Somatoform Bozukluk (MSB)	12	2.8
Hipokondriazis (Hipo)	2	0.5
Diğer	10	2.4
Somatoform Tanısı Yok	351	82.8
Toplam	424	100.0

PRIME MD'deki anksiyete modülüne göre tanılar değerlendirildiğinde ise (Tablo 5) vakaların 321'inde (% 75.7) herhangi bir tanı konmazken, BTA anksiyete bozukluğu % 11.8 ile en sık konulan tanı olmuştur. Bu modülde herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı en fazla % 36.6 ile RA vakalarında konulmuştur. RA vakalarında gözlenen en sık tanı, BTA anksiyete bozukluğu (% 18.3) olmuştur. BTA anksiyete bozukluğuna DM vakalarında % 10.9, HT vakalarında % 12.2, kanser vakalarında % 7.3 ve HD vakalarında % 10.5 olarak rastlanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı %14.6 ile en sık RA vakalarında konulurken, bu tanıya en az % 2.1 ile kanser vakalarında rastlanmıştır. Panik bozukluk tanısına DM, RA, kanser hastası vakalarında rastlanmazken, HT ve HD vakalarında sırasıyla % 1.7, % 2.6 olarak panik bozukluk tanısı konmuştur.

Somatoform bozukluk tanıları karşılaştırıldığında (Tablo 6) ise 424 vakanın 351'inde (% 82.8) herhangi bir somatoform tanısı konmamıştır. somatoform hastalık tanısı en sık olarak RA vaka grubunda konmuştur. Konulan tanılar içinde en sık

karşılaşılan tanı, % 6.1 ile BTA somatoform bozukluk olup, bu tanıya en sık %10.9 ile DM vakalarında ve sonrasında % 10.5 ile HD vakalarında rastlanmıştır. Kronik ağrı bozukluğu tanılarında en sık olarak sırasıyla % 11.3 ve % 6.1 ile HT ve RA vakalarında rastlanmıştır. Kanser vakalarının 95'inden sadece 1 tanesinde (%1.0) somatoform tanılarında multisomatoform bozukluk tanısı konulmuştur.

Tablo 7. PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

PRIME- MD	Yaş						Toplam	
	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-+		
Tanı Var	n	5	15	36	45	42	32	175
	%¹	71.40	46.90	58.10	45.00	34.40	31.70	41.30
Tanı Yok	n	2	17	26	55	80	69	249
	%	28.60	53.10	41.90	55.00	65.60	68.30	58.70
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

PRIME MD tanıları yaşa göre değerlendirildiğinde (Tablo 7) en fazla tanı 18-19 yaş grubunda (% 71.40) ve sonrasında ise 30-39 yaş grubunda (% 58.10) görülmüştür.

Tablo 8. PRIME MD Anksiyete Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı

Anksiyete Bozukluğu*		Yaş						Toplam
		18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60- +	
YOK	n	3	24	36	74	100	84	321
	% ¹	42.90	75.00	58.10	74.00	82.00	83.20	75.70
PB	n	0	1	2	1	0	0	4
	%	0	3.10	3.20	1.00	0	0	0.90
YAB	n	1	4	8	8	8	6	35
	%	14.30	12.50	12.90	8.00	6.60	5.90	8.30
BTA	n	3	1	13	13	12	8	50
	%	42.90	3.10	21.00	13.00	9.80	7.90	11.80
PB&YAB	n	0	2	3	4	2	3	14
	%	0	6.30	4.80	4.00	1.60	3.00	3.30
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

* p< 0.05

Anksiyete bozukluğu yaşa göre sonuçları Tablo 8'de değerlendirildiğinde; çalışmamızda en sık konulan anksiyete bozukluğu tanısı olan BTA anksiyete bozukluğunun (Tablo 8) en sık 18-19 yaş vaka topluluğunda olduğu (%42.90), sonrasında ise sıklıkla 40-49 yaş grubunda (% 13.00) olduğu görülmüştür. PB tanısına 18-19, 50-59 ve 60-+ yaş gruplarında rastlanmamıştır.

Tablo 9. PRIME MD Duygudurum Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı

Duygudurum Bozukluğu**		Yaş						Toplam
		18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
Tanı Yok	n	3	20	29	62	89	80	283
	% ¹	42.90	62.50	46.80	62.00	73.00	79.20	66.70
Majör Depresif Bozukluk	n	3	7	16	28	20	13	87
	%	42.90	21.90	25.80	28.00	16.40	12.90	20.50
MDP KR	n	0	0	4	0	1	0	5
	%	0	0	6.50	0	0.80	0	1.20
Distimi	n	0	0	4	4	2	3	13
	%	0	0	6.50	4.00	1.60	3.00	3.10
Minor Depresif Bozukluk	n	1	4	9	6	10	3	33
	%	14.30	12.50	14.50	6.00	8.20	3.00	7.80
Bipolar	n	0	1	0	0	0	1	2
	%	0	3.10	0	0	0	1.00	0.50
OHTKBDB	n	0	0	0	0	0	1	1
	%	0	0	0	0	0	1.00	0.20
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

** p<0.01

Yaşa göre duygudurum tanıları değerlendirildiğinde (Tablo 9) ise en sık konulan PRIME MD tanısı olan majör depresif bozukluk, en sık olarak 18-19 yaş grubunda (% 42.90) görülmekle birlikte, 40-49 yaş grubunda da % 28 sıklıkla belirlenmiştir. Distimik bozukluğa 18-19 ve 20-29 yaş grubunda rastlanmamıştır.

Tablo 10. PRIME MD Somatoform Modülü Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı

Somatoform Bozukluk		Yaş						Toplam
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
Yok	n	6	27	45	82	103	88	351
	% ¹	85.70	84.40	72.60	82.00	84.40	87.10	82.80
Multisomatoform	n	0	2	4	1	3	2	12
	%	0	6.30	6.50	1.00	2.50	2.00	2.80
BTA Somatoform	n	0	2	9	9	5	1	26
	%	0	6.30	14.50	9.00	4.10	1.00	6.10
KAB	n	0	1	2	4	8	8	23
	%	0	3.10	3.20	4.00	6.60	7.90	5.40
Hipokondriazis	n	0	0	0	1	1	0	2
	%	0	0	0	1.00	0.80	0	0.50
Diğer	n	1	0	2	3	2	2	10
	%	14.30	0	3.20	3.00	1.60	2.00	2.40
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Yüzdeler, sütun yüzdelerini göstermektedir.

Yaşa göre konulan PRIME MD somatoform modül tanıları değerlendirildiğinde (Tablo 10) ise en sık konulan somatoform tanısı olan BTA somatoform bozukluk tanısı, % 14.50 sıklıkla 30-39 yaş grubunda konmuştur. Multisomatoform bozukluk, BTA somatoform bozukluk, KAB, Hipokondriazis tanıları 18-19 yaş grubunda belirlenmemiştir. Ayrıca hipokondriazis tanısına 20-29 ve 30-39 yaş grubunda hiç rastlanmamıştır.

Tablo 11. PRIME MD OAKK Tanılarının Yaşa Göre Dağılımı

OAKK		Yaş						Toplam
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
Tanı Yok	n	7	31	62	97	117	97	411
	%	100.00	96.90	100.00	97.00	95.90	96.00	96.90
OAKK	n	0	1	0	3	5	4	13
	%	0	3.10	0	3.00	4.10	4.00	3.10
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Olası alkol kötüye kullanım bozukluğu tanısı ise çalışmamızda (Tablo 11) en sık olarak sırasıyla 50-59 ve 60-+ yaş grubunda konulmuştur (%4.10 ve % 4.00).

Yaş ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum tanıları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 57.435$, $sd. = 30$, $p < 0.01$). Anksiyete bozukluğu tanıları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 32.608$, $sd. = 20$, $p < 0.05$). Alkol kötüye kullanımı tanıları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.5$, $sd. = 3$, $p > 0.01$). Somatizasyon bozukluğu tanıları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 31.627$, $sd. = 25$, $p > 0.01$).

Tablo 12: PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları		400YTL Altında	400 – 1000YTL	1001 – 2500YTL	>2500YTL	Toplam
Duygudurum	<i>Tanı Yok</i>	n	47	187	41	8	283
		%*	61.0	67.3	69.5	80.0	66.7
	<i>Major Depresif Bozukluk</i>	n	20	55	11	1	87
		%	26.0	19.8	18.6	10.0	20.5
	<i>Minor Depresif Bozukluk</i>	n	7	20	5	1	33
		%	9.1	7.2	8.5	10.0	7.8
	<i>Distimi</i>	n	2	10	1	0	13
		%	2.6	3.6	1.7	0	3.1
	<i>MDP KR</i>	n	1	4	0	0	5
		%	1.3	1.4	0	0	1.2
	<i>Bipolar</i>	n	0	1	1	0	2
		%	0	.4	1.7	0	.5
	<i>OHTKBDB</i>	n	0	1	0	0	1
		%	0	.4	0	0	.2
	<i>Toplam</i>	n	77	278	59	10	424
Alkol	<i>Tanı Yok</i>	n	76	270	56	9	411
		%	98.7	97.1	94.9	90.0	96.9
	<i>OA KK</i>	n	1	8	3	1	13
		%	1.3	2.9	5.1	10.0	3.1
	<i>Toplam</i>	n	77	278	59	10	424
Anksiyete	<i>Tanı Yok</i>	n	55	212	46	8	321
		%	71.4	76.3	78.0	80.0	75.7
	<i>BTA Anksiyete</i>	n	12	33	4	1	50
		%	15.6	11.9	6.8	10.0	11.8
	<i>Yaygın Anksiyete</i>	n	8	20	7	0	35
		%	10.4	7.2	11.9	0	8.3
	<i>Panik Bozukluk</i>	n	0	2	1	1	4
		%	0	.7	1.7	10.0	.9
<i>PB&YAB</i>	n	2	11	1	0	14	
	%	2.6	4.0	1.7	0	3.3	
	<i>Toplam</i>	n	77	278	59	10	424
Somatoform	<i>Tanı Yok</i>	n	58	229	54	10	351
		%	75.3	82.4	91.5	100.0	82.8
	<i>BTA Somatoform</i>	n	5	19	2	0	26
		%	6.5	6.8	3.4	0	6.1
	<i>Kronik Ağrı Bozukluğu</i>	n	6	16	1	0	23
		%	7.8	5.8	1.7	0	5.4
	<i>Multisomatoform</i>	n	3	7	2	0	12
		%	3.9	2.5	3.4	0	2.8
	<i>Hipokondriazis</i>	n	1	1	0	0	2
	%	1.3	.4	0	0	.5	
<i>Diğer</i>	n	4	6	0	0	10	
	%	5.2	2.2	0	0	2.4	
	<i>Toplam</i>	n	77	278	59	10	424

¹ Yüzdeler, sütin yüzdelerini göstermektedir.

Çalışmamızda konulan PRIME MD tanılarının gelir düzeylerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 12), en sık 400 YTL ve altı grubunda (%39) PRIME MD tanısına rastlanmıştır. Bu grupta en sık konulan duygudurum modülü tanısı major depresif bozukluk (%26.00) , anksiyete modülü tanısı; BTA anksiyete bozukluğu (%15.60) , somatoform modülü tanısı ise BTA somatoform bozukluğu (%6.5) olmuştur. Dörtüüz YTL ve altı gelir grubunda PB tanısına rastlanmamıştır. En az PRIME MD tanısı ise 2500 YTL ve üzeri (%20) gelir grubunda konulmuştur, fakat bu grupta olası alkol kötüye kullanımı %10 sıklıkla diğer gelir gruplarından daha fazla görülmüştür. Yine 2500 YTL ve üzeri gelir grubunda distimik bozukluk, MDPKR ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılarına rastlanmamakla birlikte, PRIME MD somatoform modülünden herhangi bir tanı gözlenmemiştir.

Gelir düzeyi ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk tanıları ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

$$(\chi_h^2 = 3.269, sd. = 3, p > 0.01), (\chi_h^2 = 7.782, sd. = 18, p > 0.01),$$

$$(\chi_h^2 = 16.237, sd. = 12, p > 0.01), (\chi_h^2 = 12.480, sd. = 15, p > 0.01).$$

Tablo 13. PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	PRMD Tanıları		Okur Yazar Değil	İlköğretim	Lise	Y.Okul- Üniversite	Toplam
Duygudurum	<i>Tanı Yok</i>	n	16	185	37	45	283
		% ¹	69.6	67.5	53.6	77.6	66.7
	<i>Major Depresif Bozukluk</i>	n	5	54	22	6	87
		%	21.7	19.7	31.9	10.3	20.5
	<i>Minor Depresif Bozukluk</i>	n	0	22	5	6	33
		%	0	8.0	7.2	10.3	7.8
	<i>Distimi</i>	n	2	9	2	0	13
		%	8.7	3.3	2.9	0	3.1
	<i>MDP KR</i>	n	0	2	3	0	5
		%	0	.7	4.3	0	1.2
<i>Bipolar</i>	n	0	1	0	1	2	
	%	0	.4	0	1.7	.5	
<i>OHTKBDB</i>	n	0	1	0	0	1	
	%	0	.4	0	0	.2	
Toplam		n	23	274	69	58	424
Alkol	<i>Tanı Yok</i>	n	22	269	64	56	411
		%	95.7	98.2	92.8	96.6	96.9
	<i>OAKK</i>	n	1	5	5	2	13
	%	4.3	1.8	7.2	3.4	3.1	
Toplam		n	23	274	69	58	424
Anksiyete**	<i>Tanı Yok</i>	n	16	216	38	51	321
		%	69.6	78.8	55.1	87.9	75.7
	<i>BTA Anksiyete</i>	n	4	29	14	3	50
		%	17.4	10.6	20.3	5.2	11.8
	<i>Yaygın Anksiyete</i>	n	1	21	10	3	35
		%	4.3	7.7	14.5	5.2	8.3
	<i>Panik Bozukluk</i>	n	0	2	2	0	4
		%	0	.7	2.9	0	.9
	<i>PB&YAB</i>	n	2	6	5	1	14
		%	8.7	2.2	7.2	1.7	3.3
Toplam		n	23	274	69	58	424
Somatoform	<i>Tanı Yok</i>	n	18	227	53	53	351
		%	78.3	82.8	76.8	91.4	82.8
	<i>BTA Somatoform</i>	n	2	17	5	2	26
		%	8.7	6.2	7.2	3.4	6.1
	<i>Kronik Ağrı Bozukluğu</i>	n	1	16	5	1	23
		%	4.3	5.8	7.2	1.7	5.4
	<i>Multisomatoform</i>	n	1	4	5	2	12
		%	4.3	1.5	7.2	3.4	2.8
	<i>Hipokondriazis</i>	n	0	2	0	0	2
		%	0	.7	0	0	.5
<i>Diğer</i>	n	1	8	1	0	10	
	%	4.3	2.9	1.4	0	2.4	
Toplam		n	23	274	69	58	424

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

** p<0.01

Eğitim durumlarına göre PRIME MD tanılarına bakıldığında (Tablo 13) en sık PRIME MD duygudurum modül tanısı lise eğitimi alan grupta (% 46.4) konmuştur. Lise eğitimi almış olan grupta en sık gözlenen PRIME MD duygudurum modül tanısı % 31.9 ile major depresif bozukluktur. Distimik bozukluk tanısına okur yazar olmayan vaka grubunda ve yüksek okul- niversite mezunu grupta rastlanmamıştır. Olası alkol kötüye kullanımına en sık lise eğitimi almış grupta rastlanmıştır. Anksiyete modülü incelendiğinde ise en fazla tanı yine % 44.9 ile lise eğitimi almış grupta konmuştur ve bu gruptaki en sık tanı BTA anksiyete tanısı olmuştur. Anksiyete modülünde en az tanı %12.1 ile yüksek okul-niversite mezunu (YO-NV) grupta grlmştir. YO-NV ve okur yazar olmayan gruplarda PB tanısına rastlanmamıştır. PRIME MD somatoform modül tanıları karşılaştırıldığında ise en sık tanı alan grup % 23.2 ile lise eğitimi alan gruptur ve bu gruptaki en sık somatoform modül tanısı BTA somatoform bozukluktur (%8.7). Anksiyete modülünde en az tanı alan vaka grubu (YO-NV) eğitimi alan gruptur (%47). Hipokondriazis tanısına sadece ilköğretim eğitimi alan grupta rastlanmıştır (%0.70). Eğitim düzeyi ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 27.720, sd. = 12, p < 0.01$). Diğer modüllerde eğitim düzeyi ile ruhsal bozukluk tanıları (duygudurum bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı, somatizasyon bozukluğu) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Duygudurum tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 27.033, sd. = 18, p > 0.01$). Alkol kötüye kullanımı tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 5,633, sd. = 3, p > 0.01$). Somatizasyon tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 14.259, sd. = 15, p > 0.01$).

Tablo 14. PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Modül	PRMD Tanıları		Bekar	Evli	Dul	Toplam
Duygudurum	<i>Tanı Yok</i>	n	17	229	37	283
		% ¹	56.7	67.2	69.8	66.7
	<i>Major Depresif Bozukluk</i>	n	6	69	12	87
		%	20.0	20.2	22.6	20.5
	<i>Minor Depresif Bozukluk</i>	n	5	26	2	33
		%	16.7	7.6	3.8	7.8
	<i>Distimi</i>	n	0	12	1	13
		%	0	3.5	1.9	3.1
	<i>MDP KR</i>	n	1	4	0	5
		%	3.3	1.2	0	1.2
	<i>Bipolar</i>	n	1	0	1	2
		%	3.3	0	1.9	.5
	<i>OHTKBDB</i>	n	0	1	0	1
		%	0	.3	0	.2
Toplam		n	30	341	53	424
Alkol	<i>Tanı Yok</i>	n	28	331	52	411
		%	93.3	97.1	98.1	96.9
	<i>OAKK</i>	n	2	10	1	13
		%	6.7	2.9	1.9	3.1
Toplam		n	30	341	53	424
Anksiyete	<i>Tanı Yok</i>	n	22	257	42	321
		%	73.3	75.4	79.2	75.7
	<i>BTA Anksiyete</i>	n	4	42	4	50
		%	13.3	12.3	7.5	11.8
	<i>Yaygın Anksiyete</i>	n	2	27	6	35
		%	6.7	7.9	11.3	8.3
	<i>Panik Bozukluk</i>	n	0	4	0	4
		%	0	1.2	0	.9
	<i>PB&YAB</i>	n	2	11	1	14
		%	6.7	3.2	1.9	3.3
Toplam		n	30	341	53	42
Somatoform	<i>Tanı Yok</i>	n	24	285	42	351
		%	80.0	83.6	79.2	82.8
	<i>BTA Somatoform</i>	n	1	22	3	26
		%	3.3	6.5	5.7	6.1
	<i>Kronik Ağrı Bozukluğu</i>	n	2	16	5	23
		%	6.7	4.7	9.4	5.4
	<i>Multisomatoform</i>	n	2	7	3	12
		%	6.7	2.1	5.7	2.8
	<i>Hipokondriazis</i>	n	0	2	0	2
		%	0	.6	0	.5
	<i>Diğer</i>	n	1	9	0	10
		%	3.3	2.6	0	2.4
Toplam		n	30	341	53	424

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

** p< 0.01

Medeni durum ile PRIME MD tanılarını karşılaştırdığımızda (Tablo 14), duygudurum modülünde en sık duygudurum bozukluğu tanısı alan grup % 43.30 ile bekar vaka grubudur. Bu grupta en sık rastlanan duygudurum bozukluk tanısı ise major depresif bozukluk tanısı (% 20.00) olmuştur. En sık major depresif bozukluk tanısı ise evli vaka grubunda (% 20.20) konmuştur. Alkol kötüye kullanımı açısından olası alkol kötüye kullanımı tanısı en sık olarak bekar vaka grubunda (% 6.70) konmuştur. PRIME MD anksiyete modülü tanıları değerlendirildiğinde, en fazla anksiyete bozukluğu tanısı bekar vakalarda konulmuş olup (% 26.70), en sık tanı BTA anksiyete tanısı (% 13.30) olmuştur. Anksiyete modülünde en az tanı alan grup, dul vaka grubudur (% 20.80). PB tanısına evli ve dul vaka grubunda rastlanmamıştır. PRIME MD somatoform tanıları değerlendirildiğinde, en fazla tanı dul vaka grubunda (% 20.80) konulmuş olup, bu gruptaki en sık somatoform bozukluk tanısı KAB (% 9.40) olmuştur. Hipokondriazis tanısına bekar ve dul vakalarda rastlanmamıştır.

Medeni durum ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk tanıları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

$$\left(\chi_h^2 = 17.325, sd. = 12, p > 0.01\right), \left(\chi_h^2 = 1.577, sd. = 2, p > 0.01\right),$$

$$\left(\chi_h^2 = 4.137, sd. = 8, p > 0.01\right), \left(\chi_h^2 = 8.347, sd. = 10, p > 0.01\right).$$

Tablo 15. PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı

Modül	PRMD Tanıları		Evet	Hayır	Toplam
Duygudurum**	<i>Tanı Yok</i>	n	50	233	283
		% ¹	45.9	74.0	66.7
	<i>Major Depresif Bozukluk</i>	n	43	44	87
		%	39.4	14.0	20.5
	<i>Minor Depresif Bozukluk</i>	n	9	24	33
		%	8.3	7.6	7.8
	<i>Distimi</i>	n	3	10	13
		%	2.8	3.2	3.1
	<i>MDP KR</i>	n	1	4	5
		%	.9	1.3	1.2
<i>Bipolar</i>	n	2	0	2	
	%	1.8	0	.5	
<i>OHTKBDB</i>	n	1	0	1	
	%	.9	0	.2	
Toplam		n	109	315	424
Alkol	<i>Tanı Yok</i>	n	104	307	411
		%	95.4	97.5	96.9
	<i>OAKK</i>	n	5	8	13
		%	4.6	2.5	3.1
Toplam		n	109	315	424
Anksiyete**	<i>Tanı Yok</i>	n	58	263	321
		%	53.2	83.5	75.7
	<i>BTA Anksiyete</i>	n	22	28	50
		%	20.2	8.9	11.8
	<i>Yaygın Anksiyete</i>	n	16	19	35
		%	14.7	6.0	8.3
	<i>Panik Bozukluk</i>	n	2	2	4
		%	1.8	.6	.9
	<i>PB&YAB</i>	n	11	3	14
		%	10.1	1.0	3.3
Toplam		n	109	315	424
Somatoform**	<i>Tanı Yok</i>	n	79	272	351
		%	72.5	86.3	82.8
	<i>BTA Somatoform</i>	n	11	15	26
		%	10.1	4.8	6.1
	<i>Kronik Ağrı Bozukluğu</i>	n	5	18	23
		%	4.6	5.7	5.4
	<i>Multisomatoform</i>	n	9	3	12
		%	8.3	1.0	2.8
	<i>Hipokondriazis</i>	n	0	2	2
		%	0	.6	.5
<i>Diğer</i>	n	5	5	10	
	%	4.6	1.6	2.4	
Toplam		n	109	315	424

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

**p < 0.01

Vakalar daha önce psikiyatriste gidip gitmediğine göre değerlendirildi. Çalışmada yer alan 424 vakadan 109'u daha önce psikiyatriste gittiğini ve destek aldığını belirtmiştir (Tablo 15). Psikiyatriste daha önce gittiğini belirten 109 vaka PRIME MD duygudurum tanıları açısından değerlendirildiğinde, 50'sinin (%45.9) tanı almadığı, kalan 59 hastada ise (% 54.1) duygudurum bozukluğu tanısı olduğu belirlendi. En sık konulan duygudurum bozukluğu tanısı ise 109 vakanın 43'ünde (% 39.4) görülen majör depresif bozukluk tanısıdır. En az sıklıkla konulan tanılar ise MDP KR ve OHTKBDB (% 0.90, % 0.90) tanılarıdır. Psikiyatrik destek almadığını söyleyen 315 kişide ise en sık gözlenen duygudurum bozukluğu tanısı, 44 kişide (% 14.00) görülen majör depresif bozukluktur. Olası alkol kötüye kullanımı tanısı ise psikiyatrik destek alan gruptaki 109 kişinin 5'inde (% 4.60), psikiyatrik destek almayan vaka grubundaki 315 kişiden 8'inde (%2.50) görülmüştür. psikiyatrik destek alanlar arasında anksiyete modülü tanılarında en sık görüleni ise 109 kişinin 22'sinde görülen (% 20.20) BTA anksiyete tanısıdır. Psikiyatrik destek almayan 315 kişilik grupta ise gözlenen en sık anksiyete bozukluğu tanısı, 28 vakada görülen BTA anksiyete bozukluğu tanısıdır. PRIME MD somatoform modülü tanıları incelendiğinde, psikiyatrik destek aldığını belirten vaka grubundaki 109 kişide en sık konulan tanı, 11 kişi ile (% 10.10) BTA somatoform bozukluğu tanısıdır. Bu grupta hipokondriazis tanısı ise konmamıştır. Daha önce psikiyatrik destek almayan gruptaki anksiyete modülü tanıları incelendiğinde, en sık konulan tanı, 315 vakanın 28'inde (% 8.90) konulan BTA anksiyete tanısıdır. PRIME MD somatoform modül grubu incelendiğinde ise psikiyatrik destek alan grupta 11 vakada (% 10.1) BTA somatoform bozukluğu en sık rastlanılan tanı olmuştur. Bu grupta hipokondriazis tanısına ise hiç rastlanmamıştır. Psikiyatrik destek almadığını belirten vaka grubunda konulan en sık anksiyete bozukluğu tanısı ise 18 vakada (% 5.70) görülen kronik ağrı bozukluğu olmuştur.

Psikiyatriste gitme ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanıları ile psikiyatriste gitme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 44.047$, $sd. = 6$, $p < 0.01$), ($\chi^2 = 47.624$, $sd. = 4$, $p < 0.01$),

($\chi^2 = 24.872$, $sd. = 15$, $p < 0.01$). Alkol kötüye kullanımı tanıları ile psikiyatriste gitme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (($\chi^2 = 1.142$, $sd. = 1$, $p > 0.01$)).

5.TARTIŞMA

Çalışma kapsamında PRIME MD uygulanan 424 hastanın 254'ü kadın, 170'i erkektir. PRIME MD'den elde edilen sonuçlara göre; fiziksel hastalığı bulunan bu 424 bireyden 165'i (% 41.3) herhangi bir PRIME MD tanısı (Duygudurum bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu) almıştır. Belçika'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında PRIME MD ile yapılan bir çalışmada 2316 kişinin % 42.5'inde psikiyatrik rahatsızlık belirlenmiştir (11). Bizim çalışmamızda; duygudurum bozukluğu tanısı vakaların % 33.3'ünde, OAKK % 3.3'ünde, anksiyete bozukluğu % 24.3'ünde ve somatoform bozukluk tanısı % 17.2'sinde bulunmuştur. Belçika'da yapılan çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda tanı alanların %31.0'inde duygudurum bozukluğu, % 10.1'inde OAKK , % 19.0'unda anksiyete bozukluğu ve %18.0'inde somatoform bozukluk olarak saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızdaki sonuçlarla karşılaştırıldığında, bizim vakalarımızda anksiyete bozukluğu oranı daha yüksektir ve bu yükseklik vakalarımızdaki kronik hastalık süreci nedeniyle oluşan yeti yitimi, sürekli tedavi alma zorunluluğu gibi stresörlere bağlı olabilir.

Çalışmamızda kadınlarda daha fazla PRIME MD tanısı konmuştur. Çalışmaya katılan 174 erkeğin 54'ünde (% 31.8) en az bir ruhsal bozukluk tanısına rastlanmış iken; çalışmaya dahil olan 254 kadın vakanın 121'inde (% 52.4) tanı konulmuştur. Cinsiyet ve PRIME MD tanılarının istatistiksel değerlendirmesi yapıldığında, cinsiyet ve bu tanıları arasında belirgin istatistiksel anlamlılık saptanmış ve kadın cinsiyette olmanın da risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda ortaya çıkan, kadınlarda ruhsal bozuklukların erkeklere göre daha fazla görüldüğü bulgusu, literatür ile uyumludur (8,11,87).

PRIME MD tanıları yaşa göre değerlendirildiğinde, en fazla tanı 18-19 yaş grubunda (% 71.4) ve sonrasında ise 30-39 yaş grubunda (% 58.1) görülmüştür. Bu sonuç literatür ile değerlendirildiğinde; major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı, tüm hastaların % 50' sinde 20 ve 50 yaş arası olmakla birlikte, yaklaşık 40'tır. Major depresif bozukluk, aynı zamanda çocuklukta ya da ileri yaşlarda da başlayabilmektedir. Yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında major depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini

düşündürmektedir (52). Çalışmamızda major depresyon ile yaş arasındaki bağlantı literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğunun yaşa göre sonuçları değerlendirildiğinde; çalışmamızda 18-19 yaş vaka topluluğunda herhangi bir PRIME MD anksiyete modülü tanısı sıklığı % 57.10 olarak bulunmuştur. Bu bilgi, literatüre göre daha yüksek bir orandır (91). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve post-travmatik stres bozukluk için başlangıç yaşı 25-53 yaş olarak verilmiştir (91). Bunun sebebi 18-19 yaş gurubunda sadece 7 vakanın bulunması ve bu vakaların komorbid fiziksel hastalık tanılarının olmasından kaynaklanabilir.

PRIME MD tanısı olan major depresif bozukluk, en sık olarak 18-19 yaş grubunda (% 42.90) bulunmuştur. Bu bulgu, yine bu yaş grubu için literatüre göre daha yüksek bir orandır. Bunun sebebi, 8-19 yaş gurubundaki vaka sayısının yetersizliği (7 vaka) ve bu vakaların komorbid fiziksel hastalık tanılarının olmasından kaynaklanabilir (91,92) . Sosyal stresörlerin genç yaş grubunda daha etkili olması ve yaşlıların sosyal stresörlere daha dirençli olabilecek olması, ruhsal bozuklukların yaşlılarda daha az görülmesini açıklayabilecek bir veri olarak ileri sürülmektedir (11).

Yaşa göre konulan PRIME MD somatoform modül tanıları değerlendirildiğinde; en sık konulan somatoform tanısı olan BTA somatoform bozukluk tanısı, % 14.50 sıklıkla 30-39 yaş grubunda konmuştur. Bu bilgi, somatoform bozukluğunun 30 yaşından önce ve çoğunlukla da ergenlik döneminde başladığı bilgisiyle çelişmektedir (52). Bu çelişki, vakalardaki komorbid kronik fiziksel hastalık varlığına bağlı olabilir.

Olası alkol kötüye kullanım bozukluğu tanısı ise; çalışmamızda en sık olarak sırasıyla 50-59 ve 60-+ yaş grubunda konulmuştur (% 4.10 ve % 4.00). Bu bulgu, aktif alkol kullanımının en yaygın olduğu yaş grubunun 20-35 yaş grubu olması ve 35 yaşında en üst noktaya ulaşması, ilerleyen yaşlarda ise giderek azalması bilgisi ile çelişkilidir (93). Bu sonucun çelişkili olmasının nedeni, çalışma popülasyonunun dar olması ve her yaş grubunda yeterli sayıda vakanın bulunmaması ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒi saptanmiŒtır. Ülkemizde ve dünyada yapilmifŒ çalıŒmaların çoğunluğunda eğitim düzeyinin dufŒuk olması, ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak bildirilmiŒ olsa da (9,19, 53, 58); bazı çalıŒmalarda bu iliŒi ortaya konulamamifŒtır (54,57). Dönmez ve ark. (9) dufŒuk eğitim düzeyinin anksiyete ve somatoform bozukluklar yönünden risk faktörü olarak görüldüğünü ortaya koyarlarken, Erol ve ark. (53), eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmifŒlerdir. Bizim çalıŒmamızdaki bulgular, eğitim ile ruhsal hastalıklar arasındaki iliŒkiyi destekler niteliktedir.

Gelir düzeyi ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk tanıları ile gelir düzeyi arasında anlamli bir iliŒi saptanmamifŒtır. Sosyoekonomik durumu farklı topluluklarla yapılan çalıŒmalarda, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiŒtir (64,67-70,75,88). GeliŒmekte olan ülkelerin kırsal kesimlerinde ve sosyoekonomik durumu dufŒuk olan insanlarda, ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları bazı çalıŒmalarda daha dufŒuk bulunurken (67,68) bazı çalıŒmalarda farklılık saptanmamifŒ (71-73) ya da daha yüksek oranlar (69,70) bulunmuŒtur. Endüstriyel batı toplumlarında yapılan çalıŒmalarda da sonuçlar farklılık göstermiŒtir (69,75,76). Bizim çalıŒmamızda da gelir düzeyi ve ruhsal hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒi saptanmamifŒtır.

ÇalıŒmamızda anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamli bir iliŒi saptanmifŒtır. Omurga cerrahisi sonrası hastalarda yapılan bir çalıŒmada, anksiyete ile eğitim durumu arasında anlamli bir iliŒi saptanmifŒtır (89). Avrupa'da yapılan bir baŒka çalıŒmada da yine duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile dufŒuk eğitim düzeyi arasında iliŒi bulunmuŒtur (90).

Medeni durum ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde, duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk tanıları ile medeni durum arasında anlamli bir iliŒi saptanmamifŒtır. Avrupa'da yapılan bir baŒka çalıŒmada ise; duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile bir partnerle birlikte yaŒamama arasında iliŒi bulunmuŒtur (90). Ruhsal bozukluklar ile boşanma arasında da

istatistiksel anlamlılık görünen çalışmalar bulunmaktadır (92,94). Bizim çalışmamızda böyle bir ilişki gösterilememiştir. İlişki gösterilememesinin nedeni boşanmış kişilerin sayısının az olması olabilir.

Kronik hastalıklar; ömür boyu sürerler, genellikle kalıcı sakatlık bırakırlar. Bu hastalıklar zaman zaman iyileşirler ve arkasından yinelerler. Kronik hastalığa sahip olanlar, hastane ve toplum bakımına gerek duyarlar. Çoğu kez fizik, sosyal ve psikiyatrik rehabilitasyon servisleri gerekir (1).

Yapılan çeşitli çalışmalarda da kronik hastalıklar ile ruhsal bozukluk komorbiditesine dikkat çekilmiş ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur (14,17,18,95,96)

Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanıları ile kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanıları ile kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hipertansiyon

Çalışmamızda, hipertansiyon vakalarında duygudurum tanılarına bakıldığında, majör depresif bozukluk % 18.3 ve distimik bozukluk % 5.2 oranında bulunmuştur. Anksiyete tanılarına bakıldığında, hipertansiyon vakalarında % 12.2 oranında başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ve % 9.6 oranında yaygın anksiyete bozukluğuna rastlanmıştır. PRIME MD somatoform modül tanılarına bakıldığında ise; hipertansiyon vakalarında BTA somatoform tanısı %6.1 ve kronik ağrı bozukluğu tanısı % 11.3 oranında bulunmuştur. Kaplan ve ark.'nın yaptığı çalışmada, psikososyal faktörlerin hipertansiyon patogenezinde rol oynadığı sonucuna varılmıştır (97). Bir başka çalışma da ise; hipertansiyon ve yaygın anksiyete bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (94). Bunun yanı sıra, distimi ile hipertansiyon ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada ise; distimik bozukluk ile hipertansiyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (5). Depresif bozukluğu olanlarda daha sık hipertansiyon olduğu da bulunmuştur (6). Hipertansiyon ve ruhsal hastalık sıklığı ilişkisi hakkında literatürde yeterli veri yoktur; ancak, araştırmalardan elde edilen sonuçlar daha çok depresyonun, hipertansiyonun etyopatogenezinde rol oynadığı şeklindedir (6, 97).

Diyabet

Çalışmamızda, diyabetik vaka grubunda en sık rastlanılan tanılar, PRIME MD duygudurum modülünde; major depresif bozukluk (% 21.8), anksiyete modülünde; BTA anksiyete (% 10.9) tanılarıdır. Yapılan çalışmalarda diyabet vakalarında anksiyete bozukluğu oranı % 22.7-30.8 ve depresyon oranı % 47.7- 51.1 olarak bulunmuştur (51,98). Ayrıca major depresif bozukluğun kan şekeri kontrolü kötü olan diyabet hastalarında kan şekeri kontrolü iyi olan hastalardan daha sık olduğu bildirilmiştir (13). Bir başka çalışmada ise; başka kronik hastalığı olmayan diyabetik hastalarda depresyon riskinin artmadığı gösterilmiştir (16). Diyabetik hastalar, bütüncül olarak ele alınmalı ve hastalığın metabolik kontrolü yanında, hastaların ruhsal durum muayenelerine de önem verilmelidir. Şu da açıktır ki; diyabetik vakalarda ruhsal bozukluğa neden olabilecek fizyolojik ve davranışsal etkiler ve risk gruplarının ortaya çıkarılması için kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Hemodiyaliz vakaları

Çalışmamızda hemodiyaliz tedavisi alan kronik renal yetmezliği hastalarında major depresif bozukluk % 22.4, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun her üçü de % 10.5 oranında bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yeti yitimi ile depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında yüksek korelasyon bulunmuştur (99). Diyaliz hastalarında depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ve major depresyon, akut dönemden sonra görülen en yaygın bozukluktur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini bağımsızlıklarını, çalışabilme yeteneklerini kaybedebilecekleri endişesi, depresyon gelişimindeki en önemli unsurlardır. Diyaliz hastalarında kaygı, en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum ile aile düzenlerindeki bozulmalar, bu kaygıyı artırır. Hemodiyaliz hastalarında depresyon prevalansının % 25-50 olduğu bildirilmiştir (100). Kronik hemodiyaliz tedavisi alan hastaların somatik şikayetlerinin büyük ölçüde depresyona ve anksiyeteye bağlı olduğu gösterilmiştir (101). Ayrıca anksiyetenin daha çok somatik faktörlere bağlı olduğu da bildirilmiştir (102). Hemodiyaliz hastalarında bağımlı hale gelme, çalışabilme yeteneklerinin

kaybolabileceği endişesi, sürekli makinaya bağlı olma durumu nedeniyle, depresyon ve anksiyeteye yatkınlık söz konusudur. Bu hastaları takip eden hekimlerin rutin hastalık kontrolleri yaparken, hastanın ruhsal durumunu da gözden geçirmeleri ve gerekli gördüklerinde psikiyatrik konsültasyon istemeleri uygun olacaktır.

Romatoid Artrit

Romatoid artrit vakalarının PRIME MD modül tanıları incelendiğinde, en sık görülen tanıları; major depresif bozukluk (% 30.5) ve BTA anksiyete bozukluğu (% 18.3) olmuştur. Farklı çalışmalarda romatoid artrit ile birlikte depresyon görülme sıklığı % 14-46 olarak bildirilmiştir (103-105). Değerlendirmede farklı ölçeklerin kullanılması, kullanılan ölçeklerde kesme puanlarının farklı alınması, hastalık sürelerinin farklı olması, sonuçları etkilemektedir. Yapılan değişik çalışmalar, depresyonun inflamatuvar olmayan kronik romatizmal hastalıklarda da yüksek oranda görülebildiğini göstermiştir (17). İçinde romatoid artrit hastalarının da bulunduğu inflamatuvar romatolojik hastalığa sahip vakalarda yapılan bir çalışmada, herhangi bir depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğuna sahip olma oranı %24.3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada inflamatuvar romatolojik hasta grubunda psikiyatrik komorbiditesi olanların, daha yüksek oranda yeti yitimine sahip oldukları da ortaya konmuştur (106). RA hastalarında kas gücü kaybı, atrofi ve ağrıya bağlı kısıtlanma yanında, tedavide sık kullanılan kortikosteroidlere bağlı myopati ve nöropatide fonksiyonel kapasiteyi de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kortikosteroid tedavisi de bazı psikiyatrik bozukluklara yol açmaktadır (17). Klinisyenler tarafından takip edilen bu hastaların hastalık durumlarından bağımsız olarak yaşadıkları günlük kısıtlılıklar ve stresler yönünden de değerlendirilmelerinin bu hastaların gerekli ve uygun tedaviyi almalarına katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

Kanser Vakaları

Kanser vakalarının PRIME MD modüllerine göre tanıları değerlendirildiğinde, duygudurum modülünde % 29.1 tanı varken anksiyete modülünde % 18.2 oranında tanı bulunmuştur. Major depresif bozukluk % 12.5, BTA anksiyete % 7.3 olarak bulunmuştur. Somatoform bozukluk modül tanılarında ise sadece bir hastada (% 1.0) multisomatoform tanısı konmuştur. Bu tanıları, diğer

hastalık grubundaki tanılara göre daha düşük düzeydedir. Yapılan bir çalışmada, major depresif bozukluk (% 11.3) ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu (% 16) sık rastlanılan tanılar olmuştur. Somatoform bozukluk ise; bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak % 0.7 oranında konmuştur (46). Araştırmalar, kanser hastalarındaki depresif bozuklukların gerçek yüzdesinin değişken olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalarda, depresif bozukluk aralığı % 5 ile % 85 bulunmuştur (108). Yapılan çalışmalarda, kanserli hastalarda anksiyete bozukluğu oranı % 4 - % 19.1 arasında değişmektedir (47,95,107). Ölümcül sonuçları ile bilinen kanser hastalığı ile karşılaşan hastada ruhsal tepkiler, kabulü çok güç olan, yaşamı ve geleceğini tehdit eden böyle bir duruma uyum sağlamak ve başa çıkmak amaçlıdır. Ancak, bu aşamada uyuma yönelik tepkiler yanında, uyuma yaramayan davranışlar da ortaya çıkabilir. Hekim ve tedavi ekibinin her iki tepki türünü tanımaları ve tedavi için psikiyatri ile işbirliği yapmaları son derece önemlidir (95).

Kronik hastalıklar toplumda önemli bir sorundur. Tedavi gören hastaların psikiyatrik sorunlarının hastaların hastanede yatış sürelerini, tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkilediği bilindiği halde, psikiyatrik konsültasyon isteme oranları yeterli düzeyde değildir (109).

Çeşitli ruhsal bozuklukları tanıyabilecek, sevk ve tedavi edebilecek eğitilmiş pratisyen hekimler ve aile hekimleri ruhsal hastalıkların yaygınlığına karşı daha bilinçli olmalıdır. Kronik hastalığa sahip olduğu için polikliniklerde, yataklı servislerde takip edilen bu hastaların psikiyatrik destek almaya daha çok ihtiyaçları olduğu açıktır. Bu yüzden, hekim, zaten kronik hastalık yüzünden çeşitli streslere maruz kalan bu hastaları ruhsal durum açısından da değerlendirmeyi unutmamalıdır. Hastaların en azından rutin kontrolleri sırasında ruhsal durum muayenelerinin yapılması, bu hastaların erken tanınması ve uygun tedaviyi almaları yönünden önemlidir.

6. SONUÇLAR

- 1) Eskişehir il merkezinde kronik fiziksel hastalığı olanların takip edildiği polikliniklerde gerçekleştirilen bu alan çalışmasında kronik hastalığı olanlarda ruhsal hastalıklar, katılımcıların % 41.3'ünde saptanmıştır.
- 2) Çalışmamızda en yaygın olarak saptanan ruhsal hastalıklar, duygudurum bozuklukları olmuştur ve katılımcıların % 33.3'ünde saptanmıştır. Majör depresyon, en yaygın görülen ruhsal hastalık olmuş ve % 20.5 oranında saptanmıştır.
- 3) Anksiyete bozuklukları, katılanların % 24.3'ünde, somatoform bozukluklar % 17.2'sinde ve olası alkol kötüye kullanımı da % 3.1'inde saptanmıştır.
- 4) Duygudurum bozukluklarının görülmesi, yaş ve kronik hastalık varlığı ile ilişkili olarak bulunmuştur. Duygudurum bozuklukları kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuştur.
- 5) Anksiyete bozuklukları ileri yaşlarda, düşük eğitim düzeyi olanlarda ve kadınlarda daha yaygın olarak tespit edilmiştir.
- 6) Olası alkol kötüye kullanımı, erkek cinsiyetle ve kronik hastalık varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda, yaşamı boyunca hiç psikiyatrik destek almamış olanlarda bile başta depresyon olmak üzere ciddi oranda ruhsal hastalıkların görüldüğü saptanmıştır.
- 7) Ülkemizde kronik fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal hastalıkların yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmaların yetersiz olduğunu düşünüyoruz. Bu çalışmada kronik fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal hastalıkların yaygınlığına ve bu hastalıklarla ilgili koruyucu tedbirlerin uygulanması amacıyla ruhsal hastalıklarla ilişkili sosyodemografik faktörlere dikkat çekilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde bu tür çalışmaların yaygınlaştırılmasının kronik hastalığı olanların mevcut ruhsal hastalıklarının daha erken tanınması ve tedavisi için faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

- 1) Metintaş S. “Kronik Dejeneratif Hastalıkların Epidemiyolojisi”. ESOGÜ Tıp Fakültesi 3. sınıf Halk Sağlığı Ders Notu: 2007.
- 2) Kronik Hastalıklar Raporu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 16 Şubat 2006 .
- 3) Yazıcı O. “ Depresif Bozukluklarda Eşanı (Komorbidite)”. Psikiyatri Dünyası 2001;5:89-96.
- 4) Arıkan K. “Kanser hastalarında psikolojik destek”. Klinik Gelişim 2004; 17:77-86.
- 5) Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk”. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(1):23-32.
- 6) Drozd W, Wojnar M, Araszkievicz A, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbanski R, Cwiklinska-Jurkowska M, Rybakowski J. “The prevalance of depressive disorders in primary care in Poland”. Wiad Lek. 2007;60(3-4):109-13.
- 7) Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Ayrancı Ü. “temek sağlık hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler” 5US Yayınları; 2002.
- 8) Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, “Quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study”. Am J Med.1996;101(5):526-33.
- 9) Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. “Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar”. Türk Psikiyatri Dergisi.2000;11:198-203.
- 10) Küey L, Üstün TB, Güleç C. “Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi üzerine bir gözden geçirme çalışması”. Toplum ve Hekim 1987; 44:16-30.
- 11) Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, Smedt JD, Haute MVD, Mijnsbrugge DV. “High prevalance of mental disorders in primary care”. Journal of Affective Disorders 2004; 78:49-55.
- 12) Karasu U. “Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi” Psikiyatri anabilim dalı uzmanlık tezi: 2007.

- 13) Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. “Tip II diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi”. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3): 184-191.
- 14) Gülseren L, Gülseren Ş, Hekimsoy Z, Bodur Z, Kültür S. “Major depresif bozukluğu olan diabetes mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin depresyon-anksiyete, yaşam kalitesi, yeti yitimi ve metabolik kontrol üzerine etkisi: Tek-kör karşılaştırılmalı bir çalışma”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11(1): 1-10.
- 15) Anderson RJ, Clouse RE, Freedland KE, Lustman PJ. “ The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes”. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-1078.
- 16) Engum A, Holen A, Mykletun A, Dahl AA, Midthjell K. “ Depression and diabetes” *Diabetes Care* 2005; 28: 1904-1909.
- 17) Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N, Tabur H. “ Romatoid artrit ve osteoartrit hastalarında yetiyitimi ve depresyon”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2007;17: 24-29.
- 18) Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. “Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum”. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(1): 22-31.
- 19) Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1995;6(1):13-20.
- 20) Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ “Results from the Ankara centre in mental illness in general healthcare: An international study”. TB Üstün, N. Sartorius (ed) John Wiley&Sons Ltd; 1995: 39-55.
- 21) Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. “Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2): 87-98.
- 22) Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. “Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers”. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Oct;53(10):889-95

- 23) Toft T, Fink P, Ornbol E, Christensen KAS, Frosthholm 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.*2005; 8:1175-84.
- 24) Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand.*1990;82(1):82-5.
- 25) Lubetkin EI, Jia H, Gold MR. Depression, anxiety, and associated health status in low-income Chinese patients. *Am J Prev Med.*2003;24(4):34-60.
- 26) Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.*1980;10(2):231-41.
- 27) Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 1989;146:1440-1446.
- 28) Swartling PG, Kebbon L, Smedby B. Mental health problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care.* 1987;5(4):201-4.
- 29) Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G, Diez Manrique JF, Lequerica J, Guillen J. Psychiatric morbidity and physical illness in health centres. *Acta Psychiatr Scand.* 1990; 81(4):335-9.
- 30) Lundin AP, Weiner RB. Psychological aspects of treatment for renal failure. *Îç:Oxford Textbook of Clinical Nephrology Second Edition: Davison AM, Cameron JS, Grunfeld JP, Kerr DNS, Ritz E , Winearls CG. Oxford Medical Publications 1998 p:2113-2120.*
- 31) Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med.* 1988;18(4):365-74.

- 32) Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients *J Psychosom Res.* 1985;29(1):23-31.
- 33) Ritterband LM Spielberger CD Depression in a Cancer Patient Population *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* Volume 8, Number 2 / June, 2001 : 85-93.
- 34) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura H and Uchitomi Y. Clinical Factors Associated with Suicidality in Cancer Patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002;32(12)506–511.
- 35) Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. “Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis”. *J Psychosom Res* 1999; 46:155-164.
- 36) Creed F. “Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus”. *Ann Rheum Dis* 1990; 49:808-812.
- 37) Hawley DJ, Wolfe F. “Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients”. *J Rheumatol* 1988; 15:932-41.
- 38) Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P. “Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: a prospective daily study of rheumatoid arthritis patients”. *Health Psychol* 1991; 10: 419-26.
- 39) Mattusek S, Raspe HH. Arthritic pain and psychological distress in patients with chronic polyarthritis. *Z Rheumatol* 1989; 229-35.
- 40) Smedstad LM, Vaglum P, Kvien TK, Moum T. “The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid Arthritis”. *J Rheumatol* 1995; 22: 514-520.
- 41) Lloyd CE, Brown FJ. “Depression and diabetes”. *Curr Women’s Health Rep* 2002; 2:188-193.
- 42) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. “The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis.” *Diabetes Care* 2001; 24:1069-1078.
- 43) Sadock B, Sadock V, editör. Kaplan & Sadock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins: s.2113-20.

- 44) Schmitz N, Thefeld W, Kruse J. “Mental disorders and hypertension: factors associated with awareness and treatment of hypertension in the general population of Germany”. *Psychosom Med.* 2006;68(2):246-52.
- 45) Koroğlu G, Çorapçıoğlu A, Kalender B. “Kronik böbrek yetmezlikli depresif hastalarda sitalopram tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: Açık etiketli bir ön çalışma”. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:158-164.
- 46) Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. “Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler”. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2):145-52.
- 47) Böncü M, Özacar R, Halilçolar H, Aydemir Ö. “Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti”. *Akciğer Arşivi*: 2001;3: 123-26.
- 48) Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhan L, Karşıgil H, Özenci G. “Onkoloji hekimlerinin gözünden psiko-onkoloji: “Birim kurulurken ve iki yıl sonra” – Bir anket çalışması”. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8:67-73.
- 49) Sayın M, Eryılmaz M, samancı N, Tuncer T. “Romatoid artritli hastalarda ruhsal değişkenlerin hastalık aktivasyon parametreleri ile ilişkisi”. *Romatizma*: 2001;16(1): 11-15
- 50) Lecrubier Y. “The burden of depression and anxiety in general medicine”. *J Clin Psychiatry*: 2001;62 Suppl 8:4-9; discussion 10-1.
- 51) Bahar A, Sertbaş g, Sönmez A. “Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:18-26.
- 52) Aydın H, Bozkurt A. Kaplan and Sadock Klinik Psikiyatri İkinci Baskı ; Güneş Kitabevi 2005.
- 53) Erol N, Kılıç C, Ulusoy M: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.;1998.
- 54) Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2000;11(1):3-16.

- 55) Sağduyu A. Sağlık Ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1995;6(1):21-29.
- 56) Belek İ. Genel Sağlık Anketi ile ölçölen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya'da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1999;10(3):163-172.
- 57) Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas. Dilek matbaası;1995.
- 58) Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Higgins ES. The SDDS-PC: a diagnostic aid for multiple mental disorders in primary care. *Psychopharmacol Bull*.1995;31(2):415-20.
- 59) Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barrett JE, Blacklow RS. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract*.1995; 41(6): 543-550.
- 60) Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1987;150: 737-751.
- 61) Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry*.1992; 49(2):117-125.
- 62) Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, Faria MM, Lourenco CC, de Oliveira DA. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*.1997; 12(7):728-36.
- 63) Rothschild AJ. Mood disorders. In: Nicholi Jr AM, editor. *Harvard Guide to Psychiatry*. 3 th ed., Cambridge, Harvard University Press;1999.p.281-307.
- 64) Patel V, Todd C, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda W, Mann A. Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors. *Br J Psychiatry*.1997;171:60-4.

- 65) Clement JP, Preux PM, Fontanier D, Leger JM. Mini-GDS in elderly population administered by general practitioners. *Encephale*.2001;27(4):329-37.
- 66) Banerjee S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. *Br J Psychiatry*.1996;168: 750-756.
- 67) Üstün TB, Gater R. Integrating mental health into primary care. *Curr Opin Psychiatry*.1994; 7:173-180.
- 68) Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*.1994;109(2): 251–258.
- 69) Spinhoven P, Van Der Does AJ. Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric out-patients. *Psychol Med*.1999;29(1):213-20.
- 70) Paykel E, Abbott R, Jenkins R, Brugha T, Meltzer H. Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatry*.2003;15(1-2):97-107.
- 71) Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*.1996;11(1):9-15.
- 72) De Jong JT, de Klein GA, ten Horn SG. A baseline study on mental disorders in Guine-Bissau. *Br J Psychiatry*.1986;148:27-32.
- 73) Yuen EJ, Gerdes JL, Gonzales JJ. Patterns of rural mental health care. An exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry*.1996;18(1):14-21.
- 74) Goldsmith HF, Wagenfeld MO, Manderscheid RW, Stiles D. Speciality mental health services in metropolitan and nonmetropolitan areas: 1983 and 1990. *Adm Policy Ment Health*.1997;24(6):475-488.
- 75) Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Ann N Y Acad Sci*.1999;896:131-44.

- 76) Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*.1998;22(352):605-9.
- 77) Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clinical Neuropharmacology*.1989;12:(2):1-12.
- 78) Deveci A, Gürlek YE, Gökalp F, Aydemir Ö, İçelli İ. Yatarak tedavi gören majör depresif bozukluklu hastalarda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türkiye’de Psikiyatri*.2005;7(2):68-72.
- 79) Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2000;1(1):41-7.
- 80) Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge. 1992.
- 81) Meltzer H, Gill B, Petticrew M. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report No 1. The prevalence of psychiatric morbidity among adults aged 16-64 living in private households in Great Britain. London: HMSO. 1995.
- 82) Rodgers B. Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1991;26:104-114.
- 83) Warr P. Work, unemployment and mental health. Oxford: Oxford Science. 1987.
- 84) Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*.2004;78(1):49-55.
- 85) Abay E, Aklın T, Aydın H. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri uygulamasında Anksiyete Bozuklukları. *Anksiyetenin ABC’si*.1995;2: s-2.
- 86) Ayrancı Ü. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık tezi. Ankara, 2000.

- 87) Ayranıcı Ü, Yenilmez Ç. “Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi”. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(2):115-124.
- 88) Reijneveld SA, Schene AH. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage? *J Epidemiol and Community Health*. 2001;55(11):847.
- 89) Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, Piegza M, Rycerski W, Hese RT. “Sociodemographic data and their influence on anxiety and depression in patients after spine surgery”. *Przegl Lek*. 2005;62(12):1380-3.
- 90) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. “12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project”. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):28-37.
- 91) Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB “Age of onset of mental disorders: a review of recent literature”. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jul;20(4):359-64. Review.
- 92) de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, Mazzi F, Alonso J, Vilagut G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A, Warner R. “Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Nov;41(11):853-61. Epub 2006 Aug 16.

- 93) İnce A, Doğruer Z, Türkçapar MH. Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. Klinik psikiyatri 2002;5:82-91.
- 94) Lim L, Ng TP, Chua HC, Chiam PC, Won V, Lee T, Fones C, Kua EH. "Generalised anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk factors in a multi-ethnic population". Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Dec;40(12):972-9. Epub 2005 Oct 28.
- 95) Şenler FÇ. "Akciğer kanserinde psikososyal sorunlar ve tedavisi". Solunum 3 Özel Sayı 2001;2:223-25.
- 96) Rutledge T, Reis SE, Olson MB, Owens J, Kelsey SF, Pepine CJ, Mankad S, Rogers WJ, Merz CN, Sopko G, Cornell CE, Sharaf B, Matthews KA, Vaccarino V. "Depression symptom severity and reported treatment history in the prediction of cardiac risk in women with suspected myocardial ischemia: The NHLBI-sponsored WISE study". Arch Gen Psychiatry. 2006 Aug;63(8):874-80.
- 97) Kaplan MS, Nunes A. "The psychosocial determinants of hypertension". Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2003 Feb;13(1):52-9.
- 98) Gülseren Ş, Böncü B, Aydemir Ö, Kültür S. "Tip I ve Tip II diabetes mellituslu hastalarda anksiyete ve depresyon". 3P Dergisi 2002; 10:59-64.
- 99) Erengin N, Keçecioğlu N, Güven M, Sarıkaya M, Tuncer M, Özcan S, Süleymanlar G, Ersoy F, Yakupoğlu G. "Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması". Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1998;3: 137-140.
- 100) Küçük L. "Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar". Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2005;14(4): 166-170.
- 101) Alvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. "Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program". Nefrologia. 2001 Mar-Apr;21(2):191-9.

- 102) Tanaka K, Morimoto N, Tashiro N, Hori K, Katafuchi R, Fujimi S. The features of psychological problems and their significance in patients on hemodialysis-with reference to social and somatic factors. *Clin Nephrol* 1999;51(Suppl 3):161-176.
- 103) Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA. "Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants". *Br J Rheumatol* 1998; 37:391-397.
- 104) Altan L, Bingöl Ü, Saçarkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. "Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon". *Romatizma* 2004; 19:7-13
- 105) Dickens C, Jackson J, Tomenson B, Hay E, Creed F. "Association of depression and rheumatoid arthritis". *Psychosomatics*. 2003 May-Jun;44(3):209-15.
- 106) Löwe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, Fiehn C. "Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases". *Psychosom Med*. 2004 May-Jun;66(3):395-402.
- 107) Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Löwe B, Herfarth C, Lehnert T."Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach". *Ann Oncol*. 2004 Aug;15(8):1243-9.
- 108) Ritterband LM, Spielberger CD. "Depression in a Cancer Patient Population". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2004: november: 85-93.
- 109) Hocaoğlu Ç, Kaya A, Aksu G, Ayvaz S, Kandemir G, Özkorumak E. "Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi". *Psikiyatri*, 2005 ;17(4): 101-104.

8. EKLER

EK.1. Sosyodemografik Veri Formu

1.	Yaşınız:
2.	Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
3.	Medeni Durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul [<input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Eşini Kaybetmiş]
4.	Çocuk Sayınız: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4+
5.	Eğitim Durumunuz: <input type="checkbox"/> Okur – Yazar Değil <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul/Üniversite
6.	Aylık Ortalama Geliriniz: (Eve giren toplam gelir YTL cinsinden). <input type="checkbox"/> 400 YTL Altında <input type="checkbox"/> 400-1000 YTL Arası <input type="checkbox"/> 1000 – 2500 YTL Arası <input type="checkbox"/> 2500 YTL +
7.	Kiminle İkamet Ediyorsunuz: <input type="checkbox"/> Yalnız Eş ve/veya Çocuklar <input type="checkbox"/> Anne, Baba, Kardeşler <input type="checkbox"/> Arkadaşlar <input type="checkbox"/> Diğer
8.	Eskişehir’de İkamet Süreniz: <input type="checkbox"/> Yerlisi(ya da 5 yıldan fazla) <input type="checkbox"/> 1- 5 yıl arası <input type="checkbox"/> 1 yıldan az
9.	Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Bir Fiziksel Hastalığınız Var mı? <input type="checkbox"/> Şeker Hastası <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp-Damar Hastalığı <input type="checkbox"/> Romatizma <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Kemik Erimesi <input type="checkbox"/> Beyin Kanaması /Felci <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Diğer [.....]
10.	Günlük İşleri Yapma Konusunda Bir Zorluk Çekiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11.	Bir Özüünüz Var mı? <input type="checkbox"/> Ortopedik <input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> İşitme <input type="checkbox"/> Nörolojik <input type="checkbox"/> Zihinsel <input type="checkbox"/> Dil/konuşma
12.	Çalışma Durumunuz: <input type="checkbox"/> Halen Aktif Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Bazen Çalışıyor <input type="checkbox"/> Öğrenci
13.	Mesleği: <input type="checkbox"/> Devlet Memuru <input type="checkbox"/> KİT (Belediye,vs.) <input type="checkbox"/> Özel Sektör <input type="checkbox"/> Esnaf <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> Diğer
14.	Oturduğunuz Evin Durumu: <input type="checkbox"/> Kendinin <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Bir Yakınının Yanında
15.	Sağlık Güvenceniz: <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Yok
16.	Bu Güne Kadar Hiç Psikiyatriste Gittiniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17.	Psikiyatrik Destek Almak İster misiniz ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Hayır

EK.2. RIZA FORMU

Günümüzde ruhsal hastalık tanı ve tedavisinin önemi gittikçe artmaktadır. Çünkü ruhsal hastalıklar, kronik ve yaygın olmalarına rağmen güç fark edilmektedir. Tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması nedeniyle de ailevi, sosyal ve mesleki yönden ciddi kayıplara ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalara yol açmaktadır. Hatta çoğu kimse ruhsal hastalığa sahip olduklarının farkında değildirler.

Bu çalışmanın amacı Eskişehir ilindeki ruhsal hastalık sıklığını araştırmak ve çözüm önerileri sunmaktır. Gönüllü olarak bu çalışmaya katılacaklara teşekkür ederiz..

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum...

Ad-Soyad (Baş harfler)

EK.3. PRIME MD ÖLÇEĞİ

SON BİR AY İÇİNDE, SIKLIKLA Rahatsız Olduklarınızı İşaretleyiniz.

1.	<i>Karın Ağrısı:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
2.	<i>Sırt Ağrısı:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3.	<i>Kollarınızda, Bacaklarınızda Ya da Eklemlerinizde Ağrı</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4.	<i>Adet Ağrısı</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5.	<i>Cinsel İlişki Strasında Ağrı Ya da Sorunlar:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
6.	<i>Baş Ağrıları:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7.	<i>Göğüs Ağrısı :</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
8.	<i>Baş Dönmesi :</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
9.	<i>Bayılma Nöbetleri :</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10.	<i>Kalp Çarpıntısı Ya da Kalp Atışlarında Artma</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11.	<i>Nefes Darlığı:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12.	<i>Kabızlık Ya da İshal :</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
13.	<i>Bulantı,Gaz Ya da Hazımsızlık:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14.	<i>Kendini Yorgun Hissetme Ya da Bitkinlik:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
15.	<i>Uyuma Güçlüğü :</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16.	<i>Tanıtı Konmamış Ciddi Bir Hastalığınız Olduğu Düşüncesi:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
?	Dikkat !!! 1'den 16'ya Kadar Olan Sorulardan En Az 3'ü <u>Evet</u> İse Sayfa 7'ye Git.	Somatoform
17.	<i>Yaptığınız Şeylere Karşı Çok Az İlgi Duyma Ya da Bunlardan Artık Zevk Almama:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18.	<i>Kendini Çökkün, Kederli Ya da Umutsuz Hissetme:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
?	Dikkat !!! 17 Ya da 18 <u>Evet</u> İse Sayfa 1'e Git.	Duygudurum
20.	<i>Değişik Şeyler İçin Büyük Ölçüde Üzülme, Kaygılanma:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
21.	<i>Bir Sıkıntı Nöbetiniz Oldu Mu:</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
?	Dikkat !!! 19, 20 Ya Da 21den Biri <u>Evet</u> İse Sayfa 3'e Git.	Anksiyete
22.	<i>Alkol Alıyor Musunuz?</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
23.	<i>Alkolü Bırakmayı Düşünür Mü?</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
24.	<i>Herhangi Bir Kimse İçki İçiyor Olmanızdan Dolayı Ötürü Yakındı Mı?</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
25.	<i>İçmenizden Dolayı Suçluluk Ya Da Üzüntü Duydunuz Mu?</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
26.	<i>Beş Ya Da Daha Fazla Kadeh (Şarap, Rakı, Bira) İçtiğiniz Bir Gün Hiç Oldu Mu?</i>	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
?	Dikkat !!! 22'den 26'ya Kadar Olan Sorulardan En Az 1'i <u>Evet</u> İse Sayfa 5'e Git.	Alkol
<i>Genelde Sağlık Durumunuzun Nasıl Oduğunu Söyleyebilirsiniz:</i>		<input type="checkbox"/> Mükemmel <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü



KLİNİSYEN DEĞERLENDİRME KILAVUZU

YÖNERGELER

1. Sizin için olan yönergeler mavi basılmıştır. Hastaya sorduğunuz sorular ya da hastaya söyledikleriniz siyah basılmıştır.
2. Her modülde, bir soruyu atlamanız ya da modülden çıkmanız yönergesi bulunmadıkça bir sorudan, onu izleyen diğerine geçiniz. Unutmayınız: Başka bir yere geçmeniz yönergesi bulunmadıkça her zaman bir sonraki soruya geçiniz.
3. Tanılar kutu içine alınmıştır ve bu kutular kırmızıya boyanmıştır.
4. ÇIKINIZ, içinde bulunduğunuz modülden çıkma anlamına gelmektedir. Bundan sonra ya değerlendirilmesi gereken bir sonraki modüle ya da son sayfadaki Özet Sayfasına geçiniz.

HASTANIN ADI VE SOYADI _____

HASTAYA YAPILACAK GİRİŞ

Doldurduğunuz formda işaretlediğiniz yanıtlara bir bakalım. İşaretlediğiniz bazı belirtileri anlamama yardımcı olacak bazı sorular soracağım ve bazı notlar alacağım.

KLİNİSYEN DEĞERLENDİRME KILAVUZU (KDK) MODÜLÜNÜ GİRME

Hasta Soru Formundan sağlanan modülleri aşağıdaki gibi giriniz:

#1'den #16'ya
en az üçü
Somatoform, s. 7

#18 ya da #19
Duygudurum, s. 1

#20, #21 ya da #22
Anksiyete, s. 3

#22'den #26'ya
en az biri
Alkol, s. 5

İlgili modülde bir tanıdan kuşkulanan için başka nedenleriniz varsa Hasta Soru Formunun göndermediği herhangi bir modüle de girilebilir.

Modülleri Klinisyen Değerlendirme Kılavuzunda verildiği sırasıyla giriniz (ilk önce Duygudurum, ikinci olarak Anksiyete, en son Somatoform).

PRIME-MD, Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin deGruy III, MD, Steven R. Hahn, MD ve David Brody MD tarafından geliştirilmiştir.

PRIME-MD'nin Türkiye için uyarlaması Doç. Dr. Aytül Çorapçıoğlu, Prof. Dr. Ertuğrul Koroğlu, Doç. Dr. Birsen Ceyhun ve Prof. Dr. Orhan Doğan tarafından yapılmıştır.

Pfizer ilaçları A.Ş. tarafından sponsor edilmektedir.

DUYGUDURUM MODÜLÜ

MAJÖR DEPRESYON

Son 2 hafta boyunca hemen her gün biraz sonra sayacaklarım içinden bir sorunuz oldu mu?

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğüünüz ya da çok fazla uyuduğunuz? | Evet | Hayır |
| 2. Kendinizi yorgun hissettiğiniz ya da bitkin düştüğünüz? | Evet | Hayır |
| 3. İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz? | Evet | Hayır |
| 4. Yaptığınız şeylere karşı ilgisizlik ya da bunlardan zevk almadığınız? | Evet | Hayır |
| 5. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiğiniz? | Evet | Hayır |
| 6. Kendinizi kötü hissettiğiniz – ya da yetersiz hissettiğiniz – ya da hayal kırıklığına uğradığınız ya da ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınız? | Evet | Hayır |
| 7. Televizyon seyrederken, gazete okurken ya da bu gibi alanlarda dikkatinizi toplama güçlüğüünüz? | Evet | Hayır |
| 8. Yerinde duramayan ya da huzursuz biri gibi her zamankinden daha fazla dolanıp durduğunuz?
Yanıt Hayırsa: Ya da bunun tam tersi - başkaları farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ya da yavaş konuştuğunuz?
Sorulardan herhangi birine verilen yanıt Evetse ya da görüşme sırasında psikomotor ajitasyon ya da retardasyon varsa Evet olarak değerlendiriniz. | Evet | Hayır |
| 9. Son 2 hafta içinde "ölssem daha iyi" diye düşündüğünüz ya da bir şekilde kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz?
Yanıt Evetse: Bunu biraz daha açar mısınız? | Evet | Hayır |
| 10. #1'den #9'a kadar olan sorulardan beşinin ya da daha fazlasının yanıtı Evet mi? | Evet | Hayır |

Majör
Depresif
Bozukluk
#12'ye geçiniz

MAJÖR DEPRESYONUN KISMİ REMİSYONU YA DA REKÜRRENSİ

11. Çok daha çökkün, kederli ya da yaptığınız şeylere karşı daha az ilgili olduğunuz ya da bunlardan daha az zevk aldığınız bir dönem oldu mu?

Yanıt Evetse: O dönemde, uyuma güçlüğü, düşüncelerinizi belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü, kendinizi yorgun hissetme, iştahsızlık, her şeyle daha az ilgilenme gibi, biraz önce üzerinde konuştuğumuz sorunların birçoğu sizde var mıydı?

Geçmişte, #1'den #9'a kadar olan semptomlardan beşi hastada büyük bir olasılıkla görülmüşse; ayrıca hasta, o dönemde duygudurumunun bir parça kederli olduğunu ya da ilgilerinde azalma olduğunu ya da hiçbir şeyden zevk almadığını da kabul ediyorsa ancak o zaman Evet olarak değerlendiriniz.

Evet - **Majör Depresif Bozukluğun Kısmi Remisyonu ya da Rekürrensi** - Hayır

DİSTİMİ

12. Son 2 yıl boyunca kendinizi çoğu zaman çökkün, kederli ya da birşeyler yapmaya karşı çok az ilgili ya da birşeyler yapmaktan artık zevk almıyor olarak hissettiniz mi?

Aynı zamanda şu soruya da aldığınız yanıt Evetse, Evet olarak değerlendiriniz: Bu, son 2 yıl boyunca hemen her gün günün yarısından çoğunda olan bir durum muydu?

Evet - Hayır - #14'e geçiniz

13. Son 2 yıl boyunca bu yaşadıklarınız, işinizi yapmanızı, evde gerekenleri yapmanızı ya da başkalarıyla geçinmenizi çoğu zaman zorlaştırdı mı?

Evet - **Distimi** - Hayır
#16'ya geçiniz

MINÖR DEPRESYON

14. #10 ya da #11'de Majör Depresyon (burada kısmi remisyon ya da rekürrens de kapsanmalıdır) tanısı kondu mu?

Evet - #16'ya geçiniz - Hayır

15. #1'den #9'a kadar olan sorulardan ikisinin ya daha fazlasının yanıtı Evet mi?

Evet - **Minör Depresif Bozukluk** - Hayır - ÇIKINIZ

BİPOLAR

16. Daha önce bir doktor size manik-depresif olduğunuzu hiç söyledi mi ya da lityum verdi mi?

Evetse: Ne zaman? Neden olduğunu biliyor musunuz?

Evet - **Bipolar Bozukluğu dışlayınız notunu ekleyiniz** - Hayır

ORGANİK HASTALIĞA BAĞLI, TEDAVİ İÇİN KULLANILAN YA DA DİĞER İLAÇLARA BAĞLI DEPRESYON

17. O sıradaki depresif semptomlar, olasılıkla, organik bir hastalığın, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı?

Evet - **Organik Hastalığa, Tedavi için Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğu dışlayınız notunu ekleyiniz** - Hayır - ÇIKINIZ
Emin olunamıyor - ÇIKINIZ

ANKSİYETE MODÜLÜ

PANİK

Hasta Soru Formunda #21 (anksiyete atağı) Hayır olarak işaretlenmişse, #34'e geçiniz.

18. Bu ay içinde bir sıkıntı nöbetinizin (birden ortaya çıkan korku ya da panik) olduğunu belirtmişsiniz. Dört haftalık bir dönemde dört nöbet geçirdiğiniz hiç oldu mu?

Hayırsa: Başka bir nöbet geçirmekten korkuyor musunuz?

Yukarıdaki iki sorudan herhangi birine verilen yanıt

Evetse, Evet olarak değerlendiriniz.

Evet

Hayır

#34'e geçiniz

19. Bu nöbetlerin bazen birden geldiği oluyor mu?

Açık değilse: Sinirli ya da rahatsız olmadığınız durumlarda?

Evet

Hayır

#34'e geçiniz

Böyle bir nöbetin ortaya çıktığı, gerçekten kötü olan en son durumunuzu düşününüz.

Hastanın son atağı sırasında ortaya çıkan dört semptomu tarar taramaz #33'e geçiniz.

- | | | |
|--|---|---|
| 20. <input type="checkbox"/> Nefesiniz daraldı mı? | 25. <input type="checkbox"/> Ateş basmalarınız ya da ürpermeniz oldu mu? | 29. <input type="checkbox"/> Titrediğiniz ya da sarsıldığınız oldu mu? |
| 21. <input type="checkbox"/> Kalp atışlarınız hızlandı mı? çarpıntınız oldu mu? kalp atışlarınızda düzensizlikler oldu mu? | 26. <input type="checkbox"/> Bulantınız, karın ağrınız ya da ishaliniz olacaktı gibi bir duyguya kapıldınız mı? | 30. <input type="checkbox"/> Çevrenizdekiler sanki gerçek değilmiş gibi göründü mü? |
| 22. <input type="checkbox"/> Göğüs ağrınız ya da göğsünüzde sıkışma hissi oldu mu? | 27. <input type="checkbox"/> Baş dönmeniz oldu mu? düşecekti gibi oldunuz mu? bayıldınız mı? | 31. <input type="checkbox"/> Ölüyor olmaktan korktunuz mu? |
| 23. <input type="checkbox"/> Terlediniz mi? | 28. <input type="checkbox"/> Vücudunuzun bazı kısımlarında karıncalanma ya da uyuşukluk oldu mu? | 32. <input type="checkbox"/> Çıldırıyor olmaktan korktunuz mu? ya da bağırıp çağırmak, koşup kaçmak gibi kontrolünüzün dışında bir şey yapabileceğinizden korktunuz mu? |
| 24. <input type="checkbox"/> Boğuluyormuş gibi olduğunuz duygusuna kapıldınız mı? | | |

33. #20'den #32'ye kadar dört tanesi ya da daha fazlası işaretlendi mi?

Evet

Panik Bozukluğu

Hayır

BTA Anksiyete Bozukluğu

YAYGIN ANKSİYETE

34. Son bir ay içinde hemen her gün, günün yarısından çoğunda kendinizi sinirli, gergin ya da endişeli hissettiniz mi? Evet Hayır-#45'e geçiniz

Son bir ay içinde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi çoğu zaman rahatsız etti mi?

35. Sakin bir biçimde oturamayacak derecede kendinizi huzursuz hissettiğiniz?
 36. Çok kolay yorulduğunuz?
 37. Kas gerginliği, ağrı ya da sızılar?
 38. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğü?
 39. Dikkatinizi, televizyon seyretme kitap ya da gazete okuma gibi şey üzerine yoğunlaştırmada güçlük çektiğiniz?
 40. Kolaylıkla kızıp sinirlendiğiniz?

41. #35'ten #40'a kadar iki tanesi ya da daha fazlası işaretlendi mi? Evet Hayır-#45'e geçiniz

42. Bu sorunlarınız, son bir ay içinde, işinizi yapmanızı, evde gerekenleri yapmanızı ya da başkalarıyla geçinmenizi zorlaştırdı mı? Evet Hayır-#46'ya geçiniz

43. Son bir aydır, değişik alanlarda, büyük ölçüde üzüntü duyuyor musunuz?
Şu soruya verilen yanıt da Evetse, Evet olarak değerlendiriniz: Son bir ay içinde hemen her gün, günün yarısından çoğunda mı böyle bir üzüntü duyduunuz? Evet Hayır-#46'ya geçiniz

44. Kendinizi sinirli, gergin ya da endişeli hissetmek gibi ve (**#35'ten #40'a kadar işaretlenen sorunların**) hepsi 6 ay gibi bir süredir mi oluyor? Evet-#46'ya geçiniz Hayır-#46'ya geçiniz

45. **Panik Bozukluğu ya da BTA Anksiyete Bozukluğu tanısı** kondu mu? Evet Hayır-ÇIKINIZ

ORGANİK HASTALIĞA BAĞLI, TEDAVİ İÇİN KULLANILAN YA DA DİĞER İLAÇLARA BAĞLI ANKSİYETE

46. **O sıradaki anksiyete semptomları, olasılıkla, organik bir hastalığın, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı?** Evet-Organik Hastalığa, Tedavi İçin Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunu dışlayınız notunu ekleyiniz Hayır-ÇIKINIZ
 Emin Olunamıyor-ÇIKINIZ

ALKOL MODÜLÜ

ALKOL KÖTÜYEKULLANIMI/BAĞIMLILIĞI

Bölüm A

Size verilen formda...

Hasta Soru Formunda #23 Evet olarak işaretlenmişse:

...alkolü bırakmayı düşündüğünüzü söylemişsiniz. Neden?

Hasta Soru Formunda #24 Evet olarak işaretlenmişse:

...birinin içki içmenizden yakındığını söylemişsiniz. Kim? Neden?

Hasta Soru Formunda #25 Evet olarak işaretlenmişse:

...içmenizden ötürü suçluluk ya da üzüntü duyduğunuz söylemişsiniz. Neden?

Hasta Soru Formunda #26 Evet olarak işaretlenmişse:

...son bir ay içinde tek bir günde beş kadeh ya da daha fazla miktarda içki içtiğinizi söylemişsiniz. Son 6 ay içinde bu miktarda içkiyi hangi sıklıkta içtiniz? Böyle içki içiyor olmanız herhangi bir soruna yol açtı mı?

Bölüm B

#47'den #51'e dek olan soruları şunlardan birine göre değerlendiriniz: 1) her soruyu hastaya sorarak; 2) yukarıda verilen yanıtları göz önünde bulundurarak ya da 3) aile bireylerinden birinden elde edilen bilgiler gibi, hasta hakkında bilinen diğer bilgileri göz önünde bulundurarak.

47. Sağlığınızla ilgili bir sorundan ötürü bir doktor içkiyi bırakmanızı hiç önerdi mi?

Doktor içkiyi bırakmasını önerdikten sonra, hâlâ son 6 aydır içmeyi sürdürüyorsanız Evet olarak değerlendiriniz.

Evet

Hayır

Aşağıdakilerden herhangi biri son 6 ay içinde birden çok kez başınıza geldi mi?

48. İşinizde çalışırken, okuldayken ya da başka birtakım sorumluluklarınızı yerine getirirken içki içiyor muydunuz, alkol içmekten ötürü kendinizden geçmiş miydiniz ya da akşamdan kalma mıydınız?

Evet

Hayır

49. İçki içmekten ya da akşamdan kalmış olmaktan ötürü işinize, okula gidemediğiniz ya da geç gittiğiniz, diğer sorumluluklarınızı yerine getiremediğiniz ya da geç yerine getirdiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

50. İçki içmekten ötürü diğer insanlarla geçinmenizde bir sorun oluyor muydu?

Evet

Hayır

51. Birkaç kadeh içki içtikten ya da çok fazla içki içtikten sonra araba kullandığınız oluyor muydu?

Evet

Hayır

52. #47'den #51'e kadar olan sorulardan en az bir tanesine verilen yanıt Evet mi - YA DA - Bölüm A'da verilen yanıtlar son 6 ay içinde hastanın alkolle ilişkili önemli bir sorunun olduğunu olasılıkla gösteriyor mu?

Evet

Hayır

Olası Alkol
Kötüye Kullanımı/
Bağımlılığı
ÇIKINIZ

ÇIKINIZ

SOMATOFORM MODÜLÜ

Hasta Soru Formundaki maddelerden #1'den #15'e kadar olanlardan, işaretlenen her bir semptomu şu şekilde Evet olarak değerlendiriniz:

(Bu semptom) son bir ay içinde sizi çok rahatsız etti mi?

Hayır Evet

Klinik yargınıza dayanarak, bu semptomun şiddetini ve buna eşlik eden yetersizliği açıklamaya yetecek organik bir açıklamanın olduğu söylenebilir mi?

Evet Daha ileri bir semptom taraması Hayır

Somato- form değil	?	Somato- form	Hasta Soru Formu Maddesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#1 karın ağrısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#2 sırt ağrısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#3 kollarınızda, bacaklarınızda ya da eklemlerinizde ağrı (dizler, kalça vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#4 adet ağrısı ya da aybaşı sorunları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#5 cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#6 baş ağrıları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#7 göğüs ağrısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#8 baş dönmesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#9 bayılma nöbetleri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#10 kalp çarpıntısı ya da kalp atışlarında artma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#11 nefes darlığı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#12 kabızlık ya da ishal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#13 bulantı, gaz ya da hazımsızlık
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#14 kendini yorgun hissetme ya da bitkinlik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#15 uyuma güçlüğü

Bu semptom, sadece panik atakları sırasında ortaya çıkıyorsa "Somatoform Değil" olarak işaretleyiniz

Bu semptom, duygudurum ya da anksiyete bozukluğuna bağlı ise "Somatoform Değil" olarak işaretleyiniz

Hiçbir semptom "Somatoform" olarak işaretlenmemişse bir sonraki sayfadaki Hastalık Endişesi'ne geçiniz.

MULTISOMATOFORM

53. "Somatoform" olarak işaretlenmiş üç ya da daha fazla semptom var mı? Evet Hayır-#55'e geçiniz

54. Son birkaç yıldır doktorların tam bir açıklama getiremediği bu tür ya da başka belirtileriniz ya da yakınmalarınız oldu mu? **Getirilen açıklama "sinirlilikten ötürü ya da strese bağlı" biçiminde olmuşsa da Evet olarak değerlendiriniz.** Evet- Multisomatoform Bozukluk Hastalık Endişesi'ne geçiniz Hayır- BTA Somatoform Bozukluk Hastalık Endişesi'ne geçiniz

SOMATOFORM AĞRI

55. "Somatoform" olarak işaretlenen, ağrıyı kapsayan en az bir semptom (madde #1'den #7'ye kadar olan) var mı? Evet Hayır- Hastalık Endişesi'ne geçiniz

56. Son 6 ay içinde hemen her gün, günün yarısından çoğunda bu ağrı(lar) yaşamınızı ya da günlük etkinliklerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Evet- Kronik Ağrı Bozukluğu Hayır

HASTALIK ENDİŞESİ

Hastalıkla ilgili olarak bir endişesi yoksa burayı işaretleyiniz ve ÇIKINIZ (Hasta Soru Formundaki #16'nın yanıtı Hayırdır).

57. Ciddi bir hastalığınızın olabileceğine ilişkin düşünceler sizi bir süredir rahatsız ediyor. Neyiniz olabilir? **Hastalıkla ilgili endişe gerçekçiyse burayı işaretleyiniz ve ÇIKINIZ.**

58. Bu, sizin sürekli düşündüğünüz ve sizi çok rahatsız eden bir şey mi? Evet Hayır- ÇIKINIZ

59. Doktorlar bu sorunun nedenini size hiç açıkladılar mı ya da bununla ilgili olarak size güvence vermeye çalıştılar mı? Evet Hayır- ÇIKINIZ

60. Ne dediler size?

61. Hasta, doktorların güvence vermeye yönelik girişimlerinden sonra bile, ciddi organik bir hastalığı olduğuna ilişkin gerçekçi olmayan düşüncesiyle uğraşıp duruyor ve bundan sıkıntı duyuyor mu? **Hastanın endişesi uygun gibi ise ya da güvence verilmesine karşı olan tepkisi belirsizse Hayır olarak değerlendiriniz.** Evet Hayır- ÇIKINIZ

62. Bunun için yaklaşık 6 aydır kaygılanıyor musunuz? Evet- Hipokondriasis ÇIKINIZ Hayır- ÇIKINIZ

ÖZET SAYFASI

Hastanın Adı-Soyadı: _____

Kayıt Numarası: _____

Doktorun Adı-Soyadı: _____

Tarih: _____

Doktorun Bağlı Olduğu Kurum: _____

Şehir: _____

TANI ÖZETİ

Modüllerde yer almış olan bütün tanılara bakınız.

- Hiçbir modülde tanı yok

Duygudurum

- Majör Depresif Bozukluk
 Majör Depresif Bozukluğun Kısmi Remisyonu ya da Rekürrensi
 Distimi
 Minör Depresif Bozukluk
 Bipolar Bozukluğu Dışlayınız
 Organik Hastalığa, Tedavi İçin Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğu Dışlayınız

Anksiyete

- Panik Bozukluğu
 Yaygın Anksiyete Bozukluğu
 BTA Anksiyete Bozukluğu
 Organik Hastalığa, Tedavi İçin Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunu Dışlayınız

Alkol

- Olası Alkol Kötüye kullanımı/Bağımlılığı

Somatoform

- Multisomatoform Bozukluk
 BTA Somatoform Bozukluk
 Kronik Ağrı Bozukluğu
 Hipokondriasis

