

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

**ESKİŞEHİR İLİNDE RUHSAL HASTALIKLARIN SIKLIĞI
VE
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ahmet KESKİN

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ESKİŞEHİR

2008

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

**ESKİŞEHİR İLİNDE RUHSAL HASTALIKLARIN SIKLIĞI
VE
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ahmet KESKİN

**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. Ahmet Keskin'e ait "Eskişehir İlinde Ruhsal Hastalıkların 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. Uğur BİLGE' ye,

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

Keskin, A. Eskişehir İlinde Ruhsal Hastalıkların Sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008. Ruhsal hastalıklar toplumda sık karşılaşılan sağlık problemlerinden biri olması nedeniyle aile hekimliği açısından, ele alınması gereken önemli bir sorundur. Ülkemizde çeşitli çalışmalarda tanı konulabilecek düzeyde ruhsal hastalık sıklığının % 20.0' yi geçtiği vurgulanmaktadır. Bu hastalıklar sık ve yaygın görülmelerine rağmen, genellikle fark edilemediklerinden dolayı, hastalar gerekli tedaviyi alamamaktadırlar, bu da ruhsal hastalıkların topluma olan maliyetini artırmaktadır ve önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Eğitim, gelir düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve yaş gibi sosyodemografik özellikler ve bedensel hastalık varlığı, ruhsal bozuklukların toplumdaki yaygınlıklarını etkilemektedir. Bu çalışmada Eskişehir ilinin ruhsal hastalıklar profilinin çıkartılması ve ruhsal bozuklukların sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla, Eskişehir ilinde yer alan sağlık ocaklarının bakmakla yükümlü olduğu mahallelerden rastlantısal olarak seçilen 1475 kişiye PRIME MD ölçeği ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Mevcut çalışma, bu kapsamdaki en geniş çalışma özelliğini taşımaktadır. Çalışmamızın sonucunda ruhsal hastalıklar % 43.0 oranında bulunmuştur. Kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ve özellikle bedensel hastalığı olanlarda ruhsal hastalıkların anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda ruhsal hastalıkların beklenenden çok daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Gerek başvurularda yaşanan yetersizlikler gerekse tanısal sorunlar nedeniyle bu hastalara yeterince tanı konulamadığı ve yeterince tedavi edilemediği sonucuna varılmıştır. Bu bilimsel sonuçlar aile hekimliği açısından, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin özendirilmesi ve riskli gruplara yönelik yaklaşımın belirlenmesi gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Ruhsal hastalıklar, sosyodemografik faktörler, PRIME MD ölçeği

ABSTRACT

Keskin, A. Incidence of psychiatric disorders in Eskisehir city and its relationship with sociodemographic variables. Eskisehir Osmangazi University Medicine Faculty, Department of Family Medicine Speciality thesis, Eskisehir, 2008. Psychiatric disorders, as they are one of the common health problems, are important issues that should be considered in terms of family practice. It is emphasized that in our country, the prevalence of psychiatric disorders that can be diagnosed with several methods is over 20.0%. Despite the frequency and prevalence of these disorders, the patients could not receive the appropriate treatment, because they generally remain unrecognized. This condition increases the cost of psychiatric disorders to the public and constitutes an important public health issue. Sociodemographic(ographic olmalı) features, such as education, level of income, sex, marital status and age, and the presence of physical illnesses affect the prevalence of psychiatric disorders. In this study, for the purpose of revealing the psychiatric disorder profile of Eskisehir city and evaluating the psychiatric disorders with regard to sociodemographic variables, we applied PRIME MD scale and sociodemographic data sheet to 1475 persons who were randomly selected from the settlementt that are bound to primary care centers in Eskisehir. Present study is the largest one in this scope. In the conclusion of our study the prevalence of psychiatric disorders was found to be 43.0%. Women, people with low socioeconomic level and people with physical illnesses had significantly more psychiatric disorders. In the conclusion of study it is found that psychiatric disorders are more common than expected. It is concluded that these patients are not adequately diagnosed and treated because of inadequate submitting or diagnostic problems. In terms of Family Medicine these scientific conclusions are revealing again that preventive psychiatric health services must be encouraged and an approach directed towards risky groups must be determined.

Key words: 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
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ruhsal Bozukluklarla İlgili Sıklık ve Yaygınlık Çalışmaları.....	4
2.1.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Dünyadaki Çalışmalar.....	4
2.1.2. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Türkiye’deki Çalışmalar.....	5
2.2. Ruhsal Bozukluklarla İlişkili Demografik Değişkenler.....	7
2.3. Ruhsal Hastalıkların Fiziksel Hastalıklarla İlişkisi.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Evren.....	13
3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması.....	13
3.3. Örneklem.....	13
3.4. Çalışma Gereçleri.....	16
3.5. Primary Care Evaluation of Mental Disorders- PRIME - MD.....	16
3.6. Araştırmanın Aşamaları.....	16
3.7. Uygulama.....	17

3.8. İstatistiki Değerlendirme.....	17
4. BULGULAR.....	18
5.TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR.....	55
7. KAYNAKLAR.....	57
8. EKLER.....	68

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	Hipokondriasis
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

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. PRIME- MD Modüllerine Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması.....	22
Şekil 4.2. Duygudurum Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler...	39
Şekil 4.3. OAKK Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler.....	40
Şekil 4.4. Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler.....	41
Şekil 4.5. Somatoform Bozukluk Tanısını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler....	42

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. 1000 Bireyin Yaş Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi.....	14
Tablo 3.2. 1000 Bireyin Cinsiyet Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi.....	14
Tablo 3.3. 1000 Bireyin Sağlık Ocaklarına Kayıtlı Birey Sayısı ve Yaş Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi.....	15
Tablo 4.1. PRIME MD Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	19
Tablo 4.2. PRIME MD ile Konulan Anksiyete Bozukluğu Tanılarının Dağılımı.....	20
Tablo 4.3. PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı....	20
Tablo 4.4. PRIME MD ile Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı.....	21
Tablo 4.5. PRIME MD ile Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) Tanısı...	21
Tablo 4.6. PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile Anksiyete Bozukluklarının Birlikteliği.....	22
Tablo 4.7. PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği.....	23
Tablo 4.8. PRIME MD ile Tanı Konulan Somatoform Bozukluklar ile Duygudurum Bozukluklarının Birlikteliği.....	23
Tablo 4.9. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile Somatoform Bozuklukların Birlikteliği.....	24
Tablo 4.10. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği.....	24
Tablo 4.11. PRIME MD ile Tanı Konulan Somatoform Bozukluklar ile OAKK Birlikteliği.....	25
Tablo 4.12. PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.13. PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.14. PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.15. PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.16. PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.17. PRIME MD Tanılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	36
Tablo 4.18. Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Fiziksel Hastalıkların Dağılımı.....	37

Tablo 4.19. PRIME MD Tanılarının Fiziksel Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.20. Psikiyatriste Gitme Durumunun, Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması İle İlişkisi.....	43
Tablo 4.21. Psikiyatrik Destek Almak İsteğinin Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması ile İlişkisi.....	43
Tablo 4.22. PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı...	44
Tablo 4.23.1. PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.23.2. PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı.....	45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıklar toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarından (1–3). Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık ocaklarına başvuranlarda ve genel toplumda ruhsal hastalıkların sıklığının % 11.0 ile 79.0 arasında değiştiği vurgulanmaktadır (4–8).

Ülkemizde de son yıllarda ruhsal hastalıklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. Bu çalışmalarda tanı koydurucu ölçeklerin kullanımıyla ülkemizde tanı konulabilecek düzeyde ruhsal hastalık sıklığının yüzde 20.0'yi geçtiği vurgulanmaktadır (4,5,9). Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde gerçekleştirilen “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda tanı koyacak düzeyde ruhsal bozukluk sıklığının yüzde 17.2 olduğu bildirilmiştir (10).

Ruhsal hastalıkların sık ve yaygın görülmesinin yanı sıra genellikle fark edilememesi ve bu nedenle yeterince tedavi edilememesi bu hastalıkların maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır (1,11–13). Tedavi edilemeyen ruhsal hastalıkların maliyetini toplum, hastalıkların sıkıntısını da aileleri ve sağlık personeli üstlenmektedir (7,12).

Son zamanlarda gerçekleştirilen çalışmalar ruhsal hastalıkların, hastaların mesleki ve sosyal fonksiyonlarında azalmaya ve özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere bilişsel yetersizliklere neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalara göre ruhsal hastalık tanısı alan hastalarda daha fazla sosyal ve bedensel yeti yitimi olmakta ve bu hastalar günlük işlerini daha sık aksatmakta ve daha fazla günlerini yatakta geçirmektedirler (14–16).

Bazı çalışmalarda ruhsal hastalıklara sahip olanların yaşam kalitesinde de belirgin bozulmalar olduğu vurgulanmakta ve bu durumun düzeltilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (17).

Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını, seyrini ve sonlanışını etkileyen pek çok sosyodemografik etkenden bahsedilmektedir. Çalışmalar genellikle ruhsal hastalıklar açısından kadın olmanın, fiziksel bir hastalığa sahip olmanın, dul olmanın, ileri yaşta olmanın daha fazla risk taşıdığını iddia etmektedir (17–22). Ayrıca işsizlik, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, eğitimin az olması da ruhsal hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (9,19,23–25). Ancak gerek ülkemizde; gerekse dünyada

gerçekleştirilen çalışmalarda risk gruplarıyla ilgili çelişkili sonuçlar elde edilmektedir (9–10, 26–28).

Ülkemizde artan epidemiyolojik çalışmalara karşın ruhsal hastalıkların sıklığı, yaygınlığı ve risk faktörlerine ilişkin bilgimiz yine de sınırlıdır (1,4,5,7,10). Ruhsal bozuklukların sıklığının, yaygınlığının ve bu durumla ilgili risk faktörü olabilecek sosyodemografik faktörlerin bilinmesi, ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından önemli görünmektedir.

Gerek toplumda gerekse sağlık ocaklarında sık görülen ruhsal hastalıkların saptanabilmesi amacıyla birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler arasında en çok kullanılanlardan biri olan “Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu” (Primary Care Evaluation of Mental Disorders -PRIME MD) da Spitzer ve arkadaşları (30) tarafından geliştirilen bir ölçek olup gerek ülkemizde, gerekse dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (5, 7, 17, 31). Dört modülden oluşan ölçekle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, olası alkol kötüye kullanımı ve somatoform bozukluk tanıları konulabilmektedir.

Bu çalışmada Eskişehir ilinde yer alan 24 sağlık ocağına bağlı mahallelerde kota örnekleme yoluyla ve PRIME MD ölçeği kullanılarak ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve bu hastalıklarla ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu çalışma aşağıda belirtilen 3 hipotez ele alınmış ve ayrıntılarıyla incelenmiştir;

Çalışmanın hipotezleri;

- 1) Tanı konulabilecek düzeyde ruhsal bozukluk yaygınlığı toplumun yüzde 20.0’ sinden daha fazlasında görülmektedir.
- 2) Olası alkol kötüye kullanımı dışındaki tüm ruhsal hastalıklar kadınlarda daha yaygın görülürler.
- 3) Cinsiyet dışında, eğitim düzeyinin düşük olması, fiziksel bir hastalığın bulunması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, dul ya da ayrılmış olmak, ileri yaşta olmak ve işsiz olmak gibi faktörler de ruhsal bozuklukların görülmesiyle yakından ilişkilidir.

Bu alışmada PRIME MD leği kullanılarak ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve bu hastalıklarla ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Girişten sonra çalışmanın ikinci bölümünde; ruhsal hastalıklara ilişkin genel bilgiler, ruhsal hastalıklarla ilgili sıklık ve yaygınlık çalışmaları ve ruhsal bozukluklarını görülmesini etkileyen sosyodemografik faktörler, nc bölümünde; gereç ve yöntemden bahsedilmiştir. Dördüncü bölümde bulgulara, beşinci bölümde tartışmaya yer verilmiştir. Son olarakta altıncı bölümde sonuçlar ve öneriler açıklanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Sıklık-Yaygınlık Çalışmaları

2.1.1. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Dünyadaki Çalışmalar

Dünyada gerçekleştirilmiş çalışmalar ruhsal hastalıkların toplumun yaklaşık % 25.0'inde görüldüğünü ortaya koymuştur (1, 32,33). Ruhsal hastalıkların sıklığı ve yaygınlığı ülkeler arasında da büyük değişiklikler göstermektedir. Örneğin, Goldberg ve Gater'in 15 ülkeyi kapsayan araştırmasında ruhsal hastalıkların ortalama sıklığı % 24.0 olarak bulunmuştur (34). Aynı çalışmada en yüksek ruhsal hastalık sıklığı % 53.5 ile Santiago'da saptanırken, Shanghai'de bu oran % 9.7 olarak bulunmuştur.

Dünyadaki en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" tarafından gerçekleştirilen "Epidemiyolojik Alan Çalışması"nda (Epidemiologic Catchment Area-ECA) en az bir ruhsal hastalığın toplumdaki bir aylık yaygınlığının % 15.4 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun % 7.3 ünde görüldüğü bildirilmiştir. Cinsiyetlere göre incelendiğinde ise, kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerde alkol ve madde kullanımının en yaygın tanılar olduğu saptanmıştır (35). ECA çalışmasından farklı olarak dünyadaki çalışmaların büyük bir kısmı en yaygın görülen ruhsal hastalıkların duygudurum bozuklukları olduğunu ve özellikle depresyonun toplumda çok yaygın olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin, Olfson ve arkadaşları (36) kırsal kesimde gerçekleştirdikleri çalışmada ruhsal hastalıklardan en yaygın olarak major depresyon tanısı koyduklarını ve major depresyonun % 18.9 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir. Katon da (37) birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık rastlanan tanının major depresyon olduğunu ve bu hastaların genellikle bedensel belirtiler ile hekime müracaat ettikleri için depresyon tablolarının gözden kaçtığını ileri sürmüştür.

ABD'de gerçekleştirilen ve CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ölçeğinin kullanıldığı "Ulusal Komorbidite Çalışması"nda (National Comorbidity Survey) ise major depresyonun yaygınlığı % 17.0 olarak bulunmuştur (38).

Annseau ve arkadaşları da (31) Belçika’da 2316 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada PRIME MD ölçeği kullanarak ruhsal hastalıkları çalışmaya katılanların % 42.5’inde saptamışlar ve bu çalışmada en sık tespit edilen tanının duygudurum bozukluğu tanısı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada duygudurum bozuklukları % 31.0 (% 13.9 majör depresyon, % 12.6 distimi) anksiyete bozuklukları % 19.0, somatoform bozukluklar % 18 ve olası alkol kötüye kullanımı ise % 10.1 oranında saptanmıştır. Leon ve arkadaşları (39) ise DSM III-R için yapılandırılmış “Klinik Görüşme Ölçeği” kullanarak 388 kişiyi taramışlar ve bu kişilerin % 22’sinde en az bir ruhsal hastalık saptamışlardır. En sık rastlanan ruhsal hastalık tanısı % 14.1 ile majör depresif bozukluk olurken, panik bozukluk % 6.2, olası alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığı % 3.2, yaygın anksiyete bozukluğu % 2.8 oranında saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarının yaygınlığını bildiren çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan birinde Nisenson ve arkadaşları (40) herhangi bir anksiyete bozukluğu için nokta ve yaşam boyu yaygınlık oranlarını sırasıyla % 14.6 ve % 23.9 olarak bildirmişlerdir. Toft ve arkadaşlarının (8) 701 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete bozuklukları % 16.4 olarak tespit edilmiş ancak aynı çalışmada dünyadaki birçok çalışmada sık görülen yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlığı sadece % 0.1 olarak bulunmuştur. Klerman ve arkadaşları (41) birinci basamakta panik bozukluğun % 8.0 – 11.0 oranında görüldüğünü ve genellikle depresyon ile hipertansiyona eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

2.1.2. Ruhsal Hastalılarla İlgili Türkiye’deki Çalışmalar

Ülkemizde gerçekleştirilen en büyük epidemiyolojik çalışmalardan birisi olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Çalışması” nda (10) ruhsal hastalıklar toplumun % 17.2’sinde tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en sık rastlanan hastalıkların ağrı bozukluğu ve majör depresyon olduğu ve tanıların büyük çoğunluğunun anksiyete ve depresyon spektrumundaki hastalıklardan oluştuğu bildirilmiştir. Küey ve arkadaşları (4), “Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme” çalışmasında, toplum içinde tedaviyi gerektirecek ruhsal bozukluğu olanların oranının % 20.0 olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada; toplum içinde, nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik bozuklukların en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu, depresyon sıklığının % 10.0 olduğu ve toplumun

1/3'ünde uyku bozuklukları görüldüğü belirtilmiştir. Demiriz (43), yarı kırsal bir kesimde gerçekleştirdiği çalışmada depresyon prevalansını % 23.0 olarak bildirmiş iken; Küey ve Güleç (43) toplumda depresyon sıklığını % 10.0 olarak saptamışlardır. Ülkemizde depresyonun yıllık yaygınlığının araştırıldığı bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde Üstün ve arkadaşları (44) yarı kırsal bir kesimde depresyonu % 10.5 kırsal kesimde % 6.3 olarak bulmuş iken; diğer bir çalışmada Güleç (45) kırsal kesimde % 9.2 olarak tespit etmiştir. Doğan ise depresyonu araştırdığı çalışmada bir aylık depresyon yaygınlığını % 18.8 olarak bulduğunu bildirmiştir (27). Bu oran ülkemizde gerçekleştirilen birçok çalışmadaki oranlardan oldukça yüksektir.

Doğan ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde gerçekleştirdikleri çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlığı % 10.5 panik bozukluğun yaygınlığı ise % 3.4 olarak bulunmuştur (19).

Ülkemizde somatoform bozuklukların yaygınlığını araştıran az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan birinde, Doğan ve arkadaşları (19) Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını % 2.6 son bir yıldaki yaygınlığını ise % 2.9 oranında bulmuşlardır. Araştırmacılar yaşam boyu yaygınlık ile son bir yıldaki yaygınlık arasındaki farkın bir yıldan az süredir yakınmaları olan ve tanı ölçütlerini karşılayan genç yaştaki yeni olgulardan kaynaklandığını bildirmişlerdir. CIDI ölçeğinin kullanıldığı ve 7479 erişkinin tarandığı “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda da (10) somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı % 0.2 olarak bulunmuş iken erkeklerde somatizasyon bozukluğuna rastlanmamıştır. Kırpınar ve arkadaşlarının (46) Erzurum’da 17893 üniversite öğrencisini temsil eden 324 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri ve CIDI ölçeği kullandıkları çalışmada somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı % 1.54, bir yıllık yaygınlığı ise % 1.2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hipokondriazisin yaşam boyu yaygınlığının %1.5, 12 aylık yaygınlığının ise % 1.2 olduğu bildirilmiştir. “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması”nda (10) ise hipokondriazis % 0.6 oranında saptanmıştır.

Somatoform bozukluklar içerisinde en sık görülen durumlardan birisi de ağrı bozukluğudur ve az gelişmiş ülkelerde giderek artmakta olan bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Sağduyu ve arkadaşlarının (47) Ankara Gölbaşı’nda sağlık

ocaklarına başvuranlarda gerçekleştirdikleri çalışmada, ağrı bozukluğu yaygınlığı % 31.0 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasında da (10) en yüksek oranda saptanan ruhsal hastalık ağrı bozukluğu olmuş ve yaygınlığı % 8.4 olarak tespit edilmiştir.

Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili araştırmalar son derece azdır. Ankara'da yarı kentsel bir bölgede yapılan bir çalışmada, alkol bağımlılığı nokta yaygınlığı % 0.14 olarak bulunmuştur (48). 1979'da Ankara'da Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada yaşam boyu alkol bağımlılığı oranı % 0.85 bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol bağımlılığı erkeklerde % 0.93 ve kadınlarda % 0.08 olarak bildirilmiştir (51). "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında (10), ICD-10'a göre alkol bağımlılığı yaygınlığı, % 0.8, erkeklerde % 1.7 ve kadınlarda % 0.1 olarak bildirilmiştir.

2.2. Ruhsal Bozukluklarla İlişkili Demografik Değişkenler

Çalışmaların büyük bir kısmında, ruhsal bozuklukların, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve kadınlarda daha sık görüldüğü ortaya konmuş iken (5, 8, 17, 23, 24) diğer demografik değişkenlerin ruhsal hastalıklarla ilişkisine dair farklı sonuçlar bildirilmiştir (5,9,10). Sosyoekonomik durumla ilgili yapılan bazı çalışmalarda; gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse endüstriyel batı toplumlarında ruhsal bozuklukların sıklığı farklılık göstermektedir (29,33,50,51). 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 (52,53); bazı çalışmalarda farklılık saptanmamış (54,55) ya da daha yüksek oranlar bulunmuştur (56,57).

Ülkemizdeki birçok çalışmada çalışma durumu ile ruhsal bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış iken (19,58), bazı araştırmacılar, ekonomik sorunlar ve eğitimin yanında işsizliğin özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu iddia etmişlerdir (59,60).

Ruhsal bozuklukların yaş ile ilişkisini konu alan bazı çalışmalarda 60 yaş üzerinde ruhsal bozuklukların, özellikle depresyon yaygınlığının arttığı ve yine depresyon semptomlarının daha ağır seyrettiği bildirilmişken (21,61); diğer çalışmalarda ise; daha genç yaş grubunda ruhsal bozukluklara daha yaygın

rastlandığı bildirilmiştir (62,63).

Gerek ülkemizde, gerekse dünyada yapılan çalışmaların tamamına yakınında, olası alkol kötüye kullanımı dışında, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yaygın görüldüğü ortaya konulmuştur (5, 8, 64). Mumford ve arkadaşları (65), Pakistan’da kırsal alanda yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların kadınlarda 2.5 kat daha sık görüldüğünü bulmuşlardır. Vazquez-Barquero ve arkadaşları (66), İspanya’nın Cantabria bölgesinde yaptıkları çalışmada, ruhsal bozuklukları, erkeklerin % 12.4’ünde, kadınların ise % 23.8’inde saptamışlardır. Linzer ve arkadaşları (17), 1000 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise herhangi bir ruhsal bozukluk oranını kadınlarda % 43.0 olarak saptarlarken, bu oran erkekler için % 33.0’te kalmıştır. Aynı çalışmada duygudurum bozuklukları kadınlarda %31.0’e karşılık erkeklerde % 19.0, anksiyete bozuklukları kadınlarda % 22.0’ye karşılık erkeklerde %13.0, somatoform bozukluklar ise kadınlarda % 5.0’e karşılık erkeklerde % 2.0 oranında saptanmıştır. Erkeklerde daha yaygın görülen tek tanı OAKK olmuş ve erkeklerdeki % 10.0’ luk orana karşılık kadınlarda % 2.0 oranında saptanmıştır.

Dünyada gerçekleştirilmiş birçok çalışmada dullarda-eşinden ayrılanlarda ruhsal bozukluk sıklıkları daha yüksek bulunmuş (67–70) iken; Rotschild ve arkadaşları (74), bekârlarda ruhsal bozuklukların diğer gruplara göre daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Charney ve arkadaşları da (72) evli olmayan erkeklerin ve evli kadınların ruhsal bozukluk açısından daha büyük risk altında olduğunu iddia etmişlerdir.

Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluk yaygınlığını arttırdığı ortaya konulmuştur. Blacker ve Clare (73), eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon riskini artırdığını belirtirken, Almeida ve arkadaşları da (62) Brezilya’daki çalışmalarında, eğitim alınan yıl sayısının artmasıyla ruhsal bozukluk yaygınlığının azaldığını bildirmişlerdir. Çalışmaların büyük bir bölümünde eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu ileri sürülse de; Coryell ve arkadaşları bu çalışmaların aksini savunmuşlar ve 965 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada yüksek eğitim düzeyini depresyon açısından daha riskli olarak tespit ettiklerini bildirmişlerdir (74).

Ruhsal bozuklukların yaşla ilişkisini konu alan çalışmaların sonuçları da çelişkilidir. Bazı çalışmalarda özellikle ileri yaş grubunda ruhsal bozukluk tanısına

sık rastlandığı bildirilmiş (21,61), ancak diğer bazı çalışmalar bu veriyi desteklememiştir (62,63). Tüm bu demografik etkenlerin yanında, ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmalar, işsizliğin ruhsal bozuklukların yaygınlığında artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (59,60,75,76).

Duygudurum Bozuklukları: Duygudurum bozukluklarının işsizler ve boşanmış veya ayrı yaşayanlar arasında daha sık olduğu bildirilmektedir (76–79). Ancak evli kadınlarda ve bekâr-boşanmış erkeklerde bu bozuklukların daha çok görüldüğüne ilişkin bir cinsiyet farklılaşması olduğu da belirtilmektedir(20). Bu bozuklukların düşük sosyoekonomik düzeye sahip kesimlerde ve kentsel alanlarda daha çok görüldüğü öne sürülmektedir (8,56,57). Depresif bozuklukların yaşla arttığına ilişkin yaygın kanıya rağmen (16,21,22,61), ECA çalışmasında (35) majör depresyonun en çok 18–44 yaş grubunda görüldüğü bulunmuştur.

Anksiyete Bozuklukları: Epidemiyolojik araştırma verilerine göre panik bozukluk kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir ve kabaca kadın-erkek oranı 2:1'dir (80). Panik bozukluk oranı 15–24 yaş grubunda kadınlarda % 2.5 erkeklerde % 1.3 iken, ileri yaşlarda cinsiyetler arasında fark artmakta, 35–44 yaş grubunda kadınlarda % 2.1 ve erkeklerde % 0.6 olmaktadır (80). Yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili yapılmış çalışmaların hemen tümünde kadın/erkek oranı 1'den büyük bulunmuştur ve hastalık genellikle kadınlarda erkeklerden 2 kat daha çoktur (81). Tüm çalışmalar gözden geçirildiğinde YAB ev kadınlarında, düşük gelir ve düşük öğretim düzeylerinde olanlarda, işsizlerde, kırsal kesimde yaşayanlarda, çocukluk kötüye kullanımı-ihmal öyküsü olanlarda, organik hastalığı olanlarda daha yüksek oranda görülmektedir (81–83).

Somatoform Bozukluklar: Somatizasyon bozukluğunun cins, yaş, ırk, etnik yapı, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, yaşanan yer vb sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği bildirilmektedir (84). İncelenen tüm kaynaklar bedenselleştirmenin kadınlarda, düşük eğitilmiş ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip gruplarda, kırsal kesimlerde, bazı kültürlerde ve etnik gruplarda daha yaygın olduğunu göstermektedir (19,47,84,85). Somatizasyon bozukluğu, kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görülmektedir. Bazı araştırmalarda erkeklerde

somatizasyon bozukluğu saptanamamıştır (84). Genç nüfusta yapılan bir çalışmada ise erkeklerde, kadınlardan daha yüksek oranda somatizasyon bozukluğu bulunmuştur (84). Bu araştırmaların tümünde somatizasyon bozukluğunun sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (19,47,82,84,85).

Katon (37), bozukluğun tanımında 30 yaş öncesinde başlama zorunluluğuna karşın, daha çok 43 yaşında başladığını, ortalama başlama yaşının 15–45 yaş arasında olduğunu bildirmektedir. Bozukluğun 65 yaşın üzerindekilerde daha az, 25–44 yaş arasındakilerde daha sık olduğunu bildirmektedir. Genel kanı somatizasyon bozukluğu olan hastaların diğer psikiyatrik bozukluk tanısı alanlardan daha genç oldukları ve daha yüksek oranda yeti yitimine uğradıkları yönündedir. Aile tipi açısından bakıldığında somatizasyon bozukluğu boşanmış-dul olanlarda ve bekârlarda daha sık görülmektedir (84). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda hipokondriazis % 0.6 oranında saptanmıştır(10). Bu oran kadınlar için % 0.8, erkekler için % 0.3 bulunmuştur. Hipokondriazis olgularının yaşları ortalamadan daha yüksek bulunmuştur. Okula gitmemişlerde, dul ve boşanmışlarda daha sıktır.

Kronik Ağrı Bozukluğu'nun (KAB) oranını ölçen çalışmaların tamamına yakınında KAB kadınlarda daha sık olarak saptanmıştır (5,10,31). Bu çalışmalarda KAB özellikle ileri yaşlarda sık bulunmuştur. Çalışmalar gözden geçirildiğinde, ileri yaşta, fazla sayıda çocuğu olan kadınlarda KAB daha sık görülmüştür (5, 10, 31, 84).

Olası Alkol Kötüye Kullanımı: NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında (86), alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde % 12.5, kadınlarda % 6.4, alkol kötüye kullanımının son 12 aylık yaygınlığı erkeklerde % 3.4, kadınlarda % 1.6, alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde % 20.1, kadınlarda % 8.2, alkol bağımlılığının son 12 aylık yaygınlığı erkeklerde % 6.6, kadınlarda % 2.2 olarak bulunmuştur.

Lyness ve arkadaşları 60 yaş üzerindeki hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların % 31.7' sinin en azından bir psikiyatrik tanı aldığı, en yaygın hastalıkların da, majör depresyon (% 6.5), minör depresyon (% 5.2), demans (% 5), alkol kullanımı (% 2.3) ve psikotik hastalıklar olarak bulunmuş, distimik bozukluk, anksiyete ve somatoform bozuklukların daha az oranda olduğu görülmüş ve sıklıkla majör depresyonla komorbid olarak saptanmışlardır(12). Öte yandan OAKK ile

ilişkili demografik faktörler incelendiğinde, çalışmalarda en tutarlı bulgu OAKK' nin cinsiyetle yakından ilişkili olduğudur. OAKK tüm dünyada erkeklerde kadınlardan daha yaygın olarak görülmektedir (12,48,64). Medeni durum, yaş, çalışma durumu, eğitim ve gelir düzeyi gibi demografik değişkenler de OAKK ile ilişkili bulunmuş ancak bazı çalışmalarda elde edilen bulgular farklılık göstermiştir. Çalışmalarda genellikle eğitim ve gelir düzeyi arttıkça OAKK'nin daha yaygın görüldüğü bildirilmiş genç yaş grubunda OAKK'ye daha yaygın rastlanmış diğer değişkenlerle ilişki ise tutarlı bulunmamıştır (48,64,87,90).

2.3. Ruhsal Hastalıkların Fiziksel Hastalıklarla İlişkisi

Fiziksel hastalıkların ruhsal hastalıklarla ilişkisi birçok çalışmaya konu olmuş ve süreğen fiziksel hastalığı olanlarda başta duygudurum bozuklukları olmak üzere ruhsal hastalıkların daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (91,92).

Anderson ve arkadaşları Diabetes Mellitus (DM) hastalarında başta depresyon olmak üzere ruhsal hastalıkların iki kat fazla görüldüğünü bildirmişler (93), Friedman ve arkadaşları da benzer bir şekilde diyabette anksiyete bozuklukları ve depresyonun daha yaygın olduğunu ortaya koymuşlardır(94). Lustman ve arkadaşları (95), yeterli metabolik kontrolün sağlanamadığı diyabetik hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişler, Kuloğlu ve arkadaşları (96) Tip II DM tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada, HbA1c düzeyine göre kan şekeri kontrol altında olmayanlarda anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır

Psikiyatrik bozukluklar sıklıkla kardiyovasküler hastalıklarda hastalığın komplikasyonu ya da eş tanı olarak gözlenebilmektedir. Depresyon, anksiyete, deliryum ve kognitif bozukluklar özellikle sık görülen problemlerdir. Rihmer'in bildirdiğine göre (97), ABD'de gerçekleştirilen "Normatif Yaşlanma Araştırması"nın verilerine göre ortalama 60 yaşındaki 498 erkekte olumsuz duygular, anksiyete ve depresyon belirtileri ile koroner arter hastalığı insidansı arasında doza bağımlı bir ilişki bulunmuştur. Myokard infarktüsü sonrası hastaların % 15.0–20.0 sinde majör depresif bozukluk görülmektedir. Hipertansiyonla ilgili yapılmış çalışmalar da, olumsuz duygulanımla hipertansiyon arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır. Konuyla

ilgili çalışmalarda anksiyete ve depresyonun her birinin hipertansiyon üzerinde belirgin etkisi olduğu belirtilmektedir (97) .

Astımı olan hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların sık görüldüğü ileri sürülmektedir. Goodwin ve arkadaşları (18) çalışmalarında, astımlı hastalarda depresyon sıklığında ve buna bağlı intihar düşüncesinde anlamlı düzeyde artış saptamışlar, astım dışındaki diğer bedensel hastalıklarda bu riskin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir.

Kanserli hastalarda özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (98). Bu hastalarda psikiyatrik bozukluklar % 29.0- 47.0 arasında değişebilen oranlarda bildirilmekte; özellikle depresyonun varlığının tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırdığı ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebildiği ileri sürülmektedir (98–100). Depresyonun aynı zamanda özkıyım gibi ciddi sorunları da gündeme getirdiği ifade edilmektedir (101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren

Bu çalışmada evren, 2006 yılında Eskişehir İl Merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocaklarının bakmakla yükümlü olduğu 15–69 yaş aralığındaki bireylerin tamamıdır.

3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması

Çalışma, Eskişehir ilinde yer alan sağlık ocaklarına bağlı olan mahallerde gerçekleştirilmiştir. Sağlık ocaklarının bakmakla yükümlü olduğu 15–69 yaş nüfus, Tablo 3.3' de görülmektedir.

3.3. Örneklem

Bu çalışmada, BBSK'larda PRIME MD ile tanı konma yüzdesinin % 40 olduğu kabul edilmiştir. Bu bilginin ışığında % 95 güven düzeyinde, hata yapma düzeyinin de % 5 olduğu kabul edildiğinde yeterli örneklem hacmi 369 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya ilişkin olarak verilecek kararın önemi, araştırmanın özellikleri, araştırmada kullanılan değişken sayısı, kullanılacak analizin özellikleri, işi tamamlama oranı ve kaynak sınırlamaları nedeniyle örneklem hacmi maksimum düzeyde tutulmuş ve 1000 kişiden daha fazla bireye PRIME MD uygulanması hedeflenmiştir. Çalışma öncesinde çalışmaya katılacak olanlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onay alınmıştır. Çalışma 4 Ekim 2006 tarih ve 565 sayılı yazı ile "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Bu çalışmada uygun örnekleme tekniği olarak "kota örnekleme" kullanılmıştır. İki aşamalı bir yargısal örnekleme tekniği olan kota örneklemeinde, ilk aşamada ana kütle kontrol kategorisi oluşturulur. Bu kotayı geliştirmek için araştırmacı, kontrol karakteristiklerinin listesini hazırlar ve hedef ana kütle içindeki dağılımını belirler. Bu karakteristikler genelde cinsiyet, yaş, ırk, gelir vs. gibi özelliklerden birini ya da birkaçını içerir. Karakteristiklerin örnek kütle içerisindeki oranı (ya da payı) ana kütlede aynı olmalıdır. Yani belirlenen karakteristikler itibarıyla örnek kütlede ana kütlede temsil kabiliyeti aynı olmalıdır. İkinci aşamada örnek birimleri kolayca ya da yargısal örnekleme (örneğe kimin seçileceği kararı bir

uzmana ya da, konuyu iyi bilmesinden dolayı araştırmacının kendisine bırakılmıştır) esaslarına göre belirlenir.

Kota örneklemesinin, kolay yürütülebilir olması; birimlerin kotalara önceden atanmasının daha kolay ve mümkün olması; birden fazla kritere göre ana kütlelin katmanlara ayrılmasının mümkün olması; ana kütlelin özelliklerini ideal biçimde yansıtması üstün yanlarını oluştururken, araştırma maliyetinin yüksek olması ve katman sayısının nereye kadar artırılacağına belli olmaması sakıncalı yanlarını oluşturmaktadır.

Çalışmada öncelikle 24 sağlık ocağına bağlı 429287 bireyin 3 yaş grubuna göre orantılı dağıtımı ve bu yaş kategorilerine göre örnekleme yer alacak birim sayısı belirlenmiştir. Uygulama sonrasında, analiz aşamasında bu 3 yaş kategorisi analiz sonuçlarının daha ayrıntılı bir biçimde yorumlanabilmesi için 6 yaş kategorisine ayrılmıştır. Yaş ölçütüne göre kota örnekleme planı Tablo 3.1' de verilmiştir.

Tablo 3.1. 1000 Bireyin Yaş Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi

Yaş Grupları	Birey Sayısı	% Birey	Örneklemedeki Birim Sayısı
15-24	102164	0.238	250
25-44	186344	0.434	456
45-69	140779	0.328	344
Toplam	429287	1.000	1050

Örnekleme planının ikinci adımında Tüm yaş grupları için cinsiyet farkı gözeterek ilgili hesaplamalar yapılmış ve cinsiyete göre tüm yaş gruplarında temsili ağırlıklarının eşit olduğu belirlenmiştir. İlgili sonuçlar Tablo 3.2' de verilmiştir.

Tablo 3.2. 1000 Bireyin Cinsiyet Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi

Cinsiyet	Yaş Grupları		
	15-24 (%)	25-44(%)	45-69 (%)
Kadın	0.48	0.50	0.51
Erkek	0.52	0.50	0.49
Toplam	1.00	1.00	1.00

Nihai örnekleme planı, kota örnekleme kapsamında Eskişehir merkezindeki 24 sağlık ocağına kayıtlı birey sayısı ve yaş (3 grup) ölçütüne göre yapılmış ve ayrıntılı olarak Tablo 3.3' de verilmiştir. Öncelikle İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından hareketle sağlık ocaklarına kayıtlı 429287 birey, sağlık ocaklarına

orantılı olarak dağıtılmıştır. Daha sonra her sağlık ocağı kapsamındaki mahallere ilişkin belirlenen denek sayısı o sağlık ocağına bağlı yaş gruplarına orantılı olarak yeniden dağıtılmış ve kota örnekleme kapsamında nihai örnekleme planına ulaşılmıştır.

Tablo 3.3. 1000 Bireyin Sağlık Ocaklarına Kayıtlı Birey Sayısı ve Yaş Ölçütüne Göre Kota Örneklemesine Seçimi

Sağlık Ocağı No	15-69 Yaş Arası Birey Sayısı	Yüzde	Örnekteki Birey Sayısı	Yaş Gruplarına Göre Nihai Örnekte yer Alacak Birey Sayısı		
				15-24	25-44	45-69
1	11538	0.026	28	6	18	4
2	26391	0.061	65	15	26	23
3	41693	0.097	102	23	40	39
4	40890	0.095	100	22	41	37
5	25083	0.058	62	14	26	21
6	26773	0.065	68	16	26	25
7	33140	0.077	81	21	40	20
8	14071	0.033	35	10	14	11
9	10484	0.024	25	5	12	8
10	7765	0.018	19	4	8	7
11	16413	0.038	40	10	19	11
12	26039	0.063	66	17	28	21
13	42189	0.098	103	21	37	45
14	24886	0.058	61	15	26	19
15	10490	0.024	25	8	11	6
16	18181	0.042	44	16	20	8
17	8026	0.019	20	5	10	5
18	8350	0.019	21	5	11	5
19	22839	0.053	56	10	26	20
20	2641	0.006	6	2	3	1
21	2042	0.005	5	1	2	2
22	1266	0.003	3	1	1	1
23	5248	0.012	13	3	6	4
24	848	0.002	2	0	1	1
Toplam	429287	1.000	1050	250	456	344

3.4. Çalışma Gereçleri

- i. Psikiyatrik tanıların saptanabilmesi için kullanılan PRIME MD anketi,
- ii. ESOGÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı ve Psikiyatri Anabilim dalının ortaklaşa hazırladığı sosyodemografik veri formu,
- iii. 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 (31).

Ölçek Spitzer ve arkadaşları (30) tarafından geliştirilmiş olup, birinci basamakta çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluk tanısı koyabilmeleri için tasarlanmış ilk görüşme ölçeğidir. Türkiye'de geçerlik-güvenirlik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır (102).

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 (3, 35).

3.6. Araştırmanın Aşamaları

Eskişehir İli Valiliğinden alınan izin doğrultusunda her sağlık ocağının bakmakla yükümlü olduğu mahallerde uygulama için rassal olarak alt mahalleler belirlenmiştir. Uygulama 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 2 aile hekimliği asistanı, 1 psikiyatri asistanı, ve 1 istatistik asistanı tarafından gerçekleştirilmiş ve uygulama öncesi tüm uygulayıcılara PRIME MD uygulaması öğretilmiştir. Uygulama belirlenen alt mahallerde, evlerde, kıraathanelerde ve okullarda yapılmıştır. Her katılımcıya, PRIME MD uygulaması sonrasında, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi veren el broşürleri verilmiştir. 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 55 katılımcı yerine aynı sağlık ocaklarından yeni denekler eklenmiştir.

3.8. İstatistiki 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, değişkenlerin genel yapısı ve özellikleri hakkında bilgi vermeye 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 ve uyum analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 1475 bireyin 736'sı (% 49.9) kadın, 739'u (% 50.1) erkektir. Bireylerin 667'si (% 45.2) evli iken, 668'i (% 45.3) bekâr, 140'ı ise (% 9.5) duludur. Çalışmaya katılanların 57'sinin (% 3.9) okuma yazma bilmediği tespit edilmiştir. En sık gözlenen eğitim düzeyi ise 532 kişi (% 36.1) ile yüksekokul veya üniversite olarak saptanmıştır. Çalışmaya dâhil olanların 337'sinin (% 22.8) ev hanımlarından oluştuğu saptanmış ayrıca en sık gelir düzeyi grubunun 840 kişi (% 56.9) ile 400–999 YTL arası gelir grubu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada yer alan bireylerden 57'sinin (% 3.9) hiçbir sosyal güvencesi yok iken, sadece 30 (% 2) bireyin yeşil kart sahibi olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanlara ait sosyodemografik veriler Tablo 4.1' de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.1. PRIME MD Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Değişken Düzeyleri	n	%
Yaş	15-19	150	10.2
	20-29	554	37.6
	30-39	211	14.3
	40-49	247	16.7
	50-59	193	13.1
	60 - +	120	8.1
Cinsiyet	Erkek	739	50.1
	Kadın	736	49.9
Medeni Durum	Bekar	668	45.3
	Evli	667	45.2
	Dul	140	9.5
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	57	3.9
	İlköğretim	459	31.1
	Lise ve Dengi Okullar	426	28.9
	Yüksek Okul –Üniversite	532	36.1
Gelir Düzeyi	400 YTL Altında	219	14.8
	400 YTL – 999 YTL Arası	840	56.9
	1000 YTL – 2499 YTL Arası	377	25.6
	2500 YTL – +	39	2.6
Çocuk Sayısı	1 Tane	187	12.7
	2 Tane	338	22.9
	3 Tane	155	10.5
	4 - +	67	4.5
	Yok	728	49.4
Meslek	Devlet Memuru	133	9.0
	KİT Çalışanı	28	1.9
	İşçi	175	11.9
	Esnaf	74	5.0
	Çiftçi	9	.6
	Öğrenci	376	25.5
	Ev Hanımı	337	22.8
	Emekli	78	5.3
Diğer	116	7.9	
Eskişehir’de İkamet Süresi	Yerlisi	1092	74.0
	1 – 5 Yıl Arası	291	19.7
	1 Yıldan Az	92	6.3
Günlük İşleri Yapmada Zorluk	Evet	346	23.5
	Hayır	1129	76.5
Çalışma Durumu	Aktif	557	55.7
	Çalışmıyor (Ev Hanımları Dahil)	520	35.3
	Bazen Çalışıyor	35	2.4
	Öğrenci	363	24.6
Oturduğu Ev	Kendinin	838	56.8
	Kira	557	37.8
	Bir Yakınının Yanında	65	4.4
	Yurt	15	1.0
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	342	23.2
	SSK	908	61.6
	Bağ- Kur	122	8.3
	Özel Sağlık Sigortası	16	1.1
	Yeşil Kart	30	2.0
	Yok	57	3.9

Tablo 4.2. PRIME MD ile Konulan Anksiyete Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Anksiyete Bozuklukları	n	%
Anksiyete Bozukluğu Tanısı Yok	1049	71.1
Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (BTAAB)	240	16.3
Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	100	6.8
Panik Bozukluk (PB)	30	2.0
Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu	56	3.8
Toplam	1475	100.0

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı Tablo 4.2’ de verilmiştir. Buna göre, çalışmaya dâhil olan 1475 kişinin 1049’unda anksiyete bozukluğu tanısı saptanmamış iken; geriye kalan 426 kişide en az bir anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmiştir. En fazla, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (BTAAB) tanısı konmuş olup bu tanı 240 (% 16.3) kişide saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), eşanlı durumlar da dâhil olmak üzere 156 (% 10.6) kişide görülmüştür. Panik bozukluk ise eşanlı durumlar da dâhil 86 (% 5.8) kişide bulunmuştur.

Tablo 4.3. PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Duygudurum Bozuklukları	n	%
Duygudurum Bozukluğu Tanısı Yok	928	62.9
Majör Depresif Bozukluk (MDB)	367	24.9
Minör Depresif Bozukluk (MinDB)	102	6.9
Distimi	55	3.7
Majör Depresif Bozukluğun Kısmi Remisyonu / Rekürrensi (MDB-KR)	3	0.2
Bipolar Bozukluk	20	1.4
Toplam	1475	100.0

Tablo 4.3’te PRIME MD ile tanısı konulan duygudurum bozuklukları verilmiştir. Buna göre 1475 kişinin 928’inde (% 62.9) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken, geriye kalan 5477 (% 37.1) kişide duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. En çok, majör depresif bozukluğu (MDB) tanısı konmuş olup bu tanı 367 (% 24.9) kişide gözlenmiştir.

Tablo 4.4. PRIME MD ile Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı

Somatoform Bozukluklar	n	%
Somatoform Bozukluk Tanısı Yok	1200	81,4
Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk (BTASB)	124	8.4
Kronik Ağrı Bozukluğu (KAB)	85	5.8
Multisomatoform Bozukluk (MSB)	32	2.2
Hipokondriazis (Hipo)	17	1.2
Diğer*	17	1.2
Toplam	1475	100.0

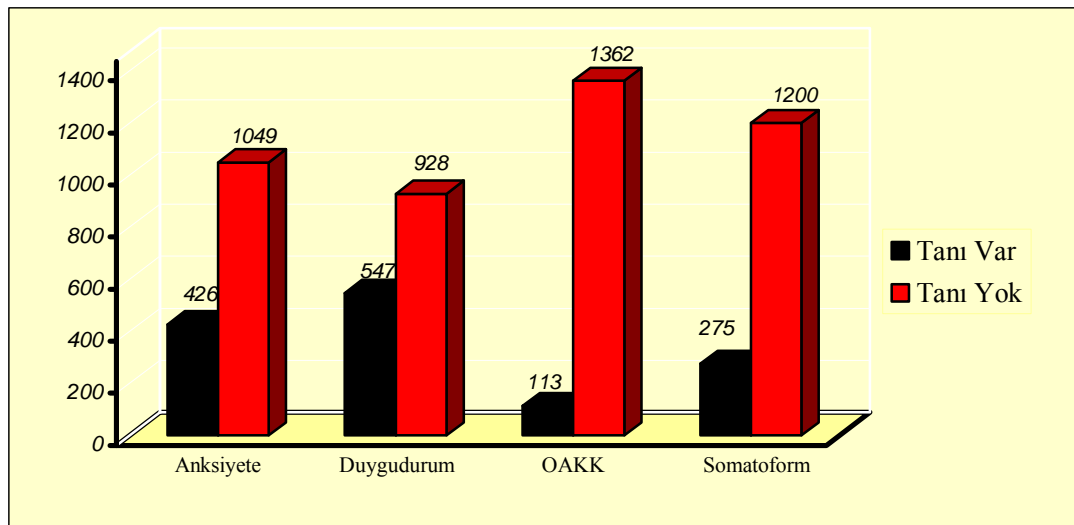
*Eşanlı somatoform bozukluklar.

PRIME MD ile tanısı konan Somatoform bozukluklar Tablo 4.4'de görülmektedir. Buna göre 1475 kişinin 1200'inde (% 81.4) somatoform bozukluk tanısı bulunmamış iken; 265 (% 18.6) kişide en az bir somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. Tabloda “diğer” başlığı altında eşanlı somatoform bozukluklar görülmektedir. Eşanlı görülen somatoform bozukluklar, *kronik ağrı bozukluğu (KAB) + multisomatoform bozukluk (MSB)*, *kronik ağrı bozukluğu + hipokondriazis (Hipo)*, *multisomatoform bozukluk + hipokondriazis* ve *kronik ağrı bozukluğu + multisomatoform bozukluk + hipokondriazis* birlikteliğidir. Somatoform bozukluklar 17 (% 1.2) kişide eşanlı olarak gözlenmiştir. Diğer başlığı altındaki eşanlı durumlar da dâhil edildiğinde 102 kişide KAB, 49 kişide MSB ve 34 kişide Hipo tanısı gözlenmiştir.

Tablo 4.5. PRIME MD ile Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) Tanısı

Olası Alkol Tanısı	n	%
OAKK Tanısı Yok	1362	92.3
OAKK	113	7.7
Toplam	1475	100.0

Tablo 4.5'de olası alkol kötüye kullanımı (OAKK) tanısının yaygınlığı görülmektedir. Buna göre OAKK örneklem grubunun 113'ünde (% 7.7) gözlenmiştir.



Şekil 4.1. PRIME- MD Modüllerine Tanıların Karşılaştırılması

Yukarıda verilen Şekil 4.1’de PRIME MD modüllerine göre sonuçlar gösterilmiştir. Şekilde de açıkça görülebileceği gibi, en sık duygudurum bozukluğu tanısı konulmuştur. OAKK tanısı ise en az tanı alan modül olmuştur.

Tablo 4.6. PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile Anksiyete Bozukluklarının Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Anksiyete Bozuklukları					Toplam n(%)
	Tanı Yok n(%) ¹	PB n(%)	YAB n(%)	BTAAB n(%)	PB ve YAB n(%)	
Tanı Yok	867(82.7)	5(16.7)	9(9.0)	44(18.3)	3(5.4)	928(62.9)
MDB	87(8.3)	21(70.0)	76(76.0)	135(56.3)	48(85.7)	367(24.9)
MDB-KR	1(0.1)		2(2.0)			3(0.2)
Distimi	32(3.1)	1(3.3)	3(3.0)	19(7.9)		55(3.7)
MinDB	60(5.7)		4(4.0)	37(15.4)	1(1.8)	102(6.9)
Bipolar	2(0.2)	3(10.0)	6(6.0)	5(2.1)	4(7.1)	20(1.4)
Toplam	1049(100.0)	30(100.0)	100(100.0)	240(100.0)	56(100.0)	1475(100.0)

¹Yüzdeler, sütün yüzdeleri göstermektedir.

Tablo 4.6’da duygudurum bozukluklarıyla anksiyete bozukluklarının eşanlı olarak görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre MDB tanısı olan 367 (% 24.9) kişinin 76’sında (% 20.7) YAB tanısı da gözlenmiş, bu 367 kişinin 48’inde (% 13.1) YAB ile birlikte PB tanısı da görülmüştür.

Tablo 4.7.PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Olası Alkol Tanısı		
	Tanı Yok n(% ¹)	OAKK n(%)	Toplam n(%)
Tanı Yok	897(65.9)	31(26.4)	928(62.9)
MDB	309(22.7)	58(51.3)	367(24.9)
MinDB	89(6.5)	13(11.5)	102(6.9)
Distimi	50(3.7)	5(4.4)	55(3.7)
MDB-KR	3(0.2)		3(0.2)
Bipolar	14(1.0)	6(5.3)	20(1.4)
Toplam	1362(100.0)	113(100.0)	1475(100.0)

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.7’de duygudurum bozukluklarının OAKK ile birlikteliği görülmektedir. En yaygın tanı olan MDB’ ye sahip 367 kişinin 58’sinde (MDB’li hastaların % 15.8’i) OAKK bulunmuştur. Diğer bir ifade ile tüm OAKK’ lilerin 58’sinde (% 51.3) MDB bulunmuştur. Bipolar tanısı alan 20 (% 1.4) bireyin 6’sında (% 30) OAKK bulunmuştur.

Tablo 4.8.PRIME MD ile Tanı Konulan Somatoform Bozukluklar ile Duygudurum Bozukluklarının Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Somatoform Bozukluklar						Toplam n(%)
	Tanı Yok n(% ¹)	BTASB n(%)	KAB n(%)	MSB n(%)	Hipo n(%)	Diğer n(%)	
Tanı Yok	886(73.8)	18(14.5)	19(22.4)	2(6.3)	1(5.9)	2(11.8)	928(62.9)
MDB	192(16.0)	83(66.9)	47(55.3)	24(75.0)	10(58.8)	11(64.7)	367(24.9)
MDB-KR	2(0.2)		1(1.2)				3(0.2)
Distimi	45(3.8)	4(3.2)	2(2.4)	2(6.3)	1(5.9)	1(5.9)	55(3.7)
MinDB	70(5.8)	16(12.9)	12(14.1)	1(3.1)	2(11.8)	1(5.9)	102(6.9)
Bipolar	5(0.4)	3(2.4)	4(4.7)	3(9.4)	3(17.6)	2(11.8)	20(1.4)
Toplam	1200(100)	32(100)	124(100)	85(100)	17(100)	17(100)	1475(100)

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.8’de Somatoform bozukluklarla duygudurum bozukluklarının eşanlı olarak görülme yaygınlığı görülmektedir. En yaygın gözlenen eşanlı durum BTASB-MDB birlikteliğidir ve 83 kişide (örneklemin % 5.63’sı) görülmüştür. BTASB’ si olanların % 55,9’ unda MDB gözlenmiştir. Bipolar tanısı alan 20 bireyin sadece 5’inde (% 25.0) herhangi bir somatoform bozukluğu tanısı gözlemlenmemiş iken; diğer 15 bireyde en fazla KAB tanısı (% 26.0) görülmüştür. Somatoform

bozukluklar ve duygudurum bozuklukları ile ilgili diğer eştanılar Tablo 4.9' da ayrıntılı olarak görülmektedir.

Tablo 4.9. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile Somatoform Bozuklukların Birlikteliği

Somatoform Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları					Toplam n(%)
	Tanı Yok n(% ¹)	PB n(%)	YAB n(%)	BTAAB n(%)	PB ve YAB n(%)	
Tanı Yok	1000(95.3)	7(23.3)	43(43.0)	136(56.7)	14(25.0)	1200(81.4)
BTASB	21(2.0)	10(33.3)	26(26.0)	53(22.1)	14(25.0)	124(8.4)
KAB	19(1.8)	4(13.3)	18(18.0)	36(15.0)	8(14.3)	85(5.8)
MSB	2(0.2)	7(23.3)	5(5.0)	9(3.8)	9(16.1)	32(2.2)
Hipo	5(0.5)	1(3.3)	4(4.0)	3(1.3)	4(7.1)	17(1.2)
Diğer	2(0.2)	1(3.3)	4(4.0)	3(1.3)	7(12.5)	17(1.2)
Toplam	1049(100.0)	30(100.0)	100(100.0)	240(100.0)	56(100)	1475(100.0)

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.9'da Anksiyete bozukluklarıyla Somatoform bozuklukların eştanılı olarak görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre, en yaygın eştanılı durum *BTAAB+BTASB* birlikteliğidir ve 53 bireyde (örneklem % 3.59'u) saptanmıştır. *BTAAB*' si olan 240 kişinin 53'ünde (% 22.1) *BTASB* gözlenirken, *BTASB*' si olan 124 kişinin 53'ünde (% 42.7) *BTAAB* gözlenmiştir. Anksiyete bozuklukları ile somatoform bozukluklarının eştanılı görüldüğü diğer durumlar Tablo 4.10'da görülmektedir.

Tablo 4.10. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği

Anksiyete Bozuklukları	Olası Alkol Tanısı		
	Tanı Yok n(% ¹)	OAKK n(%)	Toplam n(%)
Tanı Yok	1000(73.4)	49(43.4)	1049(71.1)
BTAAB	215(15.8)	25(22.1)	240(16.3)
YAB	86(6.3)	14(12.4)	100(6.8)
PB	21(1.5)	9(8.0)	30(2.0)
PB ve YAB	40(2.9)	16(14.2)	56(3.8)
Toplam	1362(100.0)	113(100.0)	1475(100.0)

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.10’da anksiyete bozuklukları ile olası alkol kötüye kullanımının birlikteliği gözlenmektedir. Buna göre OAKK’lilerin 25’inde (% 22.1) BTAAB, 14’ünde (% 12.4) YAB), 9’ unda (%8.0) PB ve 16’sında PB ve YAB birlikte tespit edilmiştir. OAKK’ lı olmayan 1362 kişinin 215’ inde (%15) BTAAB belirlenmiştir.

Tablo 4.11. PRIME MD ile Tamı Konulan Somatoform Bozukluklar ile OAKK Birlikteliği

Somatoform Bozukluklar	Olası Alkol Tanısı		
	Tanı Yok n(% ¹)	OA KK n(%)	Toplam n(%)
Tanı Yok	1121(82.3)	79(69.9)	1200(81.4)
BTASB	107(7.9)	17(15.0)	124(8.4)
KAB	76(5.6)	9(8.0)	85(5.8)
MSB	28(2.1)	4(3.5)	32(2.2)
Hipo	15(1.1)	2(1.8)	17(1.2)
Diğer	15(1.1)	2(1.8)	17(1.2)
Toplam	1362(100.0)	113(100.0)	1475(100.0)

¹Yüzdeler, sütin yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.11’de Somatoform bozuklukların OAKK ile birlikte görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre OAKK tanısı alanların 17’sinde (%15.0) BTASB ve yine 9’unda (%8.0) KAB gözlenmiştir. OAKK tanısı olmayan 1362 bireyden 107’sinde (% 7.9) BTASB gözlenmiştir.

Tablo 4.12.PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Cinsiyet		Toplam n(%)
		Erkek n(%)	Kadın n(%)	
*** Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	521(70.5)	407(55.3)	928(62.9)
	MDB	132(17.9)	235(31.9)	367(24.9)
	MinDB	49(6.6)	53(7.2)	102(6.9)
	Distimi	32(4.3)	23(3.1)	55(3.7)
	MDB-KR		3(0.4)	3(0.2)
	Bipolar	5(0.7)	15(2.0)	20(1.4)
	Toplam	739(100.0)	736(100.0)	1475(100.0)
*** Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	645(87.3)	717(97.4)	1362(92.3)
	OAKK	94(12.7)	19(2.6)	113(7.7)
	Toplam	739(100.0)	736(100.0)	1475(100.0)
*** Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	581(78.6)	468(63.6)	1049(71.1)
	BTAAB	96(13.0)	144(19.6)	240(16.3)
	YAB	33(4.5)	67(9.1)	100(6.8)
	PB	11(1.5)	19(2.6)	30(2.0)
	PB ve YAB	18(2.4)	38(5.2)	56(3.8)
	Toplam	739(100.0)	736(100.0)	1475(100.0)
*** Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	657(88.9)	543(73.8)	1200(81.4)
	BTASB	26(3.5)	98(13.3)	124(8.4)
	KAB	31(4.2)	54(7.3)	85(5.8)
	MSB	9(1.2)	23(3.1)	32(2.2)
	Hipo	10(1.4)	7(1.0)	17(1.2)
	Diğer	6(0.8)	11(1.5)	17(1.2)
	Toplam	739(100.0)	736(100.0)	1475(100.0)

*** p<0.001, ¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.12 PRIME MD ile tanısı konulan ruhsal bozuklukların cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. Buna göre çalışmaya dâhil olan 739 erkeğin 218'inde (% 29.5) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuş iken; diğer 521 (% 70.5) kişide duygudurum bozukluğu tanısı saptanmamıştır. 736 kadının ise 407'sinde duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken; (% 55.3), 329'unda (% 44.7) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin toplam 547'sinde (% 37.08) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. Hem kadın hem erkek cinsiyet için en yaygın görülen duygudurum bozukluğu tanısı MDB' dir.

Örneklem kapsamındaki tüm bireylerin % 24.9' unda MDB tanısı konulmuştur, bu tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların % 31.9'u ($n_{Kadın} = 235$), erkek bireylerin ise % 17.9'u ($n_{Erkek} = 132$) bu tanıyı almıştır. Diğer duygudurum bozukluğu tanılarının yaygınlığı ise tabloda görülmektedir. Bireyin cinsiyeti ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında bir ilişkinin istatistiksel analizi yapılmış ve analiz sonucu elde edilen bulgular cinsiyet ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığını ortaya koymuştur ($\chi^2 = 52.535$, $sd. = 5$, $p < 0.001$).

Çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha yaygın görülen tek tanı OAKK tanısıdır. OAKK tanısı alan 113 bireyin % 83'ünü erkekler oluştururken, kadınlar % 16.8' ini oluşturmuştur. Bu oran erkek bireylerde % 12.7 ($n_{Erkek} = 94$) iken, kadın bireylerde % 2.6' dır ($n_{Kadın} = 19$). OAKK tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki ki-kare analizi ile sınanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 53.579$, $sd. = 1$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları içerisinde en yaygın görülen tanı BTAAB olup bütün anksiyete bozukluğu tanılarının kadınlarda daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Örneklem kapsamındaki tüm bireylerin % 16.3' ünde BTAAB tanısı konulmuştur, bu tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların % 19.6'sında ($n_{Kadın} = 144$), erkek bireylerin ise % 13'ünde ($n_{Erkek} = 96$) bu tanıyı almıştır. Anksiyete bozukluğu tanılarının yaygınlığı tabloda verilmiştir. Anksiyete bozukluğu tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 42.603$, $sd. = 4$, $p < 0.001$).

Somatoform bozukluklar içerisinde, kadınlarda en yaygın olarak BTASB tanısı (% 13.2) gözlenmiş iken, erkeklerde en yaygın olarak gözlenen somatoform bozukluk KAB'dır (% 4.2). Diğer somatoform bozukluk tanıları Tablo 4.12.'de gözlenmektedir. Somatoform bozukluklar ile cinsiyet arasındaki ilişki de, istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 66.979$, $sd. = 5$, $p < 0.001$).

Tablo 4.13.PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Yaş						
Modül	PRIME MD Tanıları	15-19 n(%)	20-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	60-69 n(%)	Toplam n(%)
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	83(55.3)	351(63.4)	128(60.7)	165(66.8)	116(60.1)	85(70.8)	928(62.9)
	MDB	42(28.0)	139(25.1)	54(25.6)	58(23.5)	55(28.5)	19(15.8)	367(24.9)
	MinDB	20(13.3)	32(5.8)	17(8.1)	13(5.3)	10(5.2)	10(8.3)	102(6.9)
	Distimi	4(2.7)	26(4.7)	8(3.8)	5(2.0)	6(3.1)	6(5.0)	55(3.7)
	MDB-KR		1(0.2)		1(0.4)	1(0.5)		3(0.2)
	Bipolar	1(0.7)	5(0.9)	4(1.9)	5(2.0)	5(2.6)		20(1.4)
	Toplam		150(100.0)	554(100.0)	211(100.0)	247(100.0)	193(100.0)	120(100.0)
**Alkol Tanısı	Tanı Yok	140(93.3)	492(88.8)	198(93.8)	234(94.7)	183(94.8)	115(95.8)	1362(92.3)
	OAKK	10(6.7)	62(11.2)	13(6.2)	13(5.3)	10(5.2)	5(4.2)	113(7.7)
	Toplam		150(100.0)	554(100.0)	211(100.0)	247(100.0)	193(100.0)	120(100.0)
**Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	95(63.3)	407(73.5)	133(63.3)	175(70.9)	138(71.5)	101(84.2)	1049(71.1)
	BTAAB	37(24.7)	87(15.7)	48(22.7)	34(13.8)	26(14.0)	7(5.8)	240(16.3)
	YAB	11(7.3)	26(4.9)	16(7.6)	20(8.1)	17(8.8)	9(7.5)	100(6.8)
	PB	2(1.3)	16(2.9)	4(1.9)	6(2.4)	2(1.0)		30(2.0)
	PB ve YAB	5(3.3)	17(3.1)	10(4.7)	12(4.9)	9(4.7)	3(2.5)	56(3.8)
	Toplam		150(100.0)	554(100.0)	211(100.0)	247(100.0)	193(100.0)	120(100.0)
***Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	126(84.0)	467(84.3)	161(76.3)	196(79.4)	150(77.7)	100(83.3)	1200(81.4)
	BTASB	13(8.7)	51(9.2)	26(12.8)	23(9.3)	10(5.2)		124(8.4)
	KAB	7(4.7)	23(4.2)	13(6.2)	9(3.6)	18(9.3)	15(12.5)	85(5.8)
	MSB	4(2.7)	6(1.1)	4(1.9)	11(4.5)	6(3.1)	1(0.8)	32(2.2)
	Hipo		3(0.5)	4(1.9)	4(1.6)	3(1.6)	3(2.5)	17(1.2)
	Diğer		4(0.7)	2(0.9)	4(1.6)	6(3.1)	1(0.8)	17(1.2)
	Toplam		150(100.0)	554(100.0)	211(100.0)	247(100.0)	193(100.0)	120(100.0)

*** p< 0.001; ** p< 0.01, / Yüzdeler, sütün yüzdeleri göstermektedir.

Tablo 4.13'te PRIME MD ölçeği ile tanısı konulabilen ruhsal bozuklukların yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Tüm yaş gruplarında en yaygın görülen ruhsal bozukluk MDB'dir (% 24.9), MDB en yaygın olarak da 15–19 yaş grubunda görülmüştür (% 28).

15–19 yaş grubundaki 150 kişinin 67'sinde (% 44.7) en az bir duygudurum bozukluğu görülürken 83'ünde (% 55.3) ise duygudurum bozukluğu tanısı görülmemiştir. Çalışmaya katılan 60 yaş ve üzerindeki 120 kişinin 85'sinde (% 70.8) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken 35 (% 29.2) kişide tanı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre yaş grupları ile duygudurum bozukluğu tanıları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($\chi^2 = 35.257$, $sd. = 25$, $p > 0.05$).

Alkol modülü incelendiğinde; OAKK olan 113 kişinin 10'nunun (OAKK' lilerin % 8.85'i) 15–19 yaş, 62'sinin (% 54.87'si) ise 20–29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. OAKK en az 60 yaş ve üzerindeki grubunda saptanmıştır (tüm deneklerin % 0.34'u ve OAKK' lilerin % 4.24'ü). Yaş grupları ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yapılan analizler sonucunda ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 16.397$, $sd. = 5$, $p < 0.01$).

Anksiyete bozukluğu tanılarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; tüm yaş gruplarında en yaygın görülen, BTAAB tanısı olmuştur (%16.3). BTAAB, YAB ve PB tanısına göre 20–29 yaş grubunda daha yaygın görülmüştür. 60- 69 yaş grubunda PB tanısı hiç gözlemlenmemiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anksiyete bozukluğu tanısı ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 42.256$, $sd. = 20$, $p < 0.01$).

Somatoform bozukluklar incelendiğinde; 50 yaşına kadar en yaygın rastlanan tanının BTASB olduğu gözlenirken; 50–59 ve 60-69 yaş grubunda en yaygın görülen tanı KAB' dır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda elde edilen değerler somatoform bozukluk ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. ($\chi^2 = 66.165$, $sd. = 25$, $p < 0.001$).

Tablo 4.14.PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi (YTL)						
Modül	PRIME MD Tanıları	400 Altında n(% ¹)	400 – 999 n(%)	1000 – 2499 n(%)	2500 ve üzeri n(%)	Toplam n(%)
*** Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	110(50.0)	539(64.2)	259(68.7)	20(51.3)	928(62.9)
	MDB	88(40.0)	191(22.7)	72(19.1)	16(41.0)	367(24.9)
	MinDB	11(5.0)	66(7.9)	24(6.4)	1(2.6)	102(6.9)
	Distimi	6(3.0)	35(4.2)	13(3.4)	1(2.6)	55(3.7)
	MDB-KR		2(0.2)	1(0.3)		3(0.2)
	Bipolar	4(2.0)	7(0.8)	8(2.1)	1(2.6)	20(1.4)
	Toplam		219(100.0)	840(100.0)	377(100.0)	39(100.0)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	207(94.5)	776(92.4)	348(92.3)	31(79.5)	1362(92.3)
	OAKK	12(5.5)	64(7.6)	29(7.7)	8(20.5)	113(7.7)
	Toplam		219(100.0)	840(100.0)	39(100.0)	1475(100.0)
*** Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	126(57.5)	613(73.0)	284(75.3)	26(66.7)	1049(71.1)
	BTAAB	44(20.1)	132(15.7)	59(15.6)	5(12.8)	240(16.3)
	YAB	22(10.0)	54(6.4)	17(4.5)	7(17.9)	100(6.8)
	PB	7(3.2)	15(1.8)	8(2.1)		30(2.0)
	PB ve YAB	20(9.1)	26(3.1)	9(2.4)	1(2.6)	56(3.8)
	Toplam		219(100.0)	840(100.0)	377(100.0)	39(100.0)
** Somatoform Bozuklukları	Tanı Yok	145(66.2)	701(83.5)	320(84.9)	34(87.2)	1200(81.4)
	BTASB	22(10.0)	73(8.7)	26(7.2)	2(5.1)	124(8.4)
	KAB	31(14.2)	35(4.2)	17(4.5)	2(5.1)	85(5.8)
	MSB	9(4.1)	16(1.9)	7(1.9)		32(2.2)
	Hipo	6(2.7)	7(0.8)	4(1.1)		17(1.2)
	Diğer	6(2.7)	8(1.0)	2(0.5)	1(2.6)	17(1.2)
	Toplam		219(100.0)	840(100.0)	377(100.0)	39(100.0)

** p< 0.01, *** p< 0.001, ¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

PRIME MD tanıların geliri düzeyi ile ilişkisi Tablo 4.14' te gösterilmiştir. Gelir düzeyi 400 YTL'nin altında olan toplam 219 kişinin 110' nunda (% 49.8) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı vardır. Gelir düzeyi 400 – 999 YTL arasında olan 840 kişinin 539'unda (% 64.2) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı gözlemlenmemiştir. Bu gelir grubunda en sık rastlanan tanı % 22.7 oranıyla MDB olmuştur. 1000 – 2499 YTL arası gelir düzeyine sahip 377 bireyin 118'inde (%31.30) en az bir tanıya rastlanmışken; 2500 YTL ve üzeri gelir düzeyine sahip 39

kişinin 19'unda (% 48.7) tanı bulunmuştur. Bu 19 bireyin 16'sının tanısı MDB' dir. İstatistiksel analiz sonucunda, gelir düzeyi ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 49.386$, $sd. = 15$, $p < 0.001$).

Tüm gelir düzeylerinde bulunan 113 OAKK tanısının 64' ü (% 56.64) 400 – 999 YTL arası gelire sahiptir. Gelir durumu 1000 YTL ve üzerinde olan toplam 416 kişinin 36'sında (% 8.65) OAKK tanısı bulunmuştur. Gelir düzeyi ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 10.582$, $sd. = 3$, $p > 0.05$).

Gelir düzeyi 2500 YTL ve üzeri olan grup dışında, diğer tüm gelir gruplarında anksiyete modülünde en yaygın olarak YAB (% 17.6) bulunmuştur. Tüm anksiyete bozukluğu tanıları 1000 YTL' ye kadar geliri olanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur. PB sadece komorbid olarak YAB ile birlikte 2500 YTL ve üzeri gelir grubundaki 39 kişinin 1'inde görülmüştür. YAB en yaygın olarak 400- 999 YTL arası gelir gurubunda görülmüştür (% 54). Gelir düzeyinin anksiyete ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 45.436$, $sd. = 12$, $p < 0.001$).

Somatoform bozukluklar içerisinde, her grupta en yaygın tanıları BTASB ile KAB olarak saptanmıştır. 2500 YTL ve üzeri gelir grubundaki bireylerde MSB ve Hipokondriazis tanısına rastlanmamıştır. İstatistiksel analiz sonucu somatoform bozukluklar ile gelir düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlılığı ortaya konmuştur ($\chi^2 = 58.988$, $sd. = 15$, $p < 0.001$).

Tablo 4.15.PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	Eğitim Düzeyi					Toplam n(%)	
	PRIME MD Tanıları	Okur Yazar Değil n(% ¹)	İlköğretim n(%)	Lise n(%)	Yüksekokul- Üniversite n(%)		
***Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	31(54.4)	251(54.7)	282(66.0)	364(68.4)	928(62.9)	
	MDB	14(24.6)	151(33.1)	103(24.1)	98(18.4)	367(24.9)	
	MinDB	6(10.5)	32(7.0)	25(5.9)	39(7.3)	102(6.9)	
	Distimi	4(7.0)	14(3.1)	14(3.3)	23(4.3)	55(3.7)	
	MDB-KR	2(3.5)			1(0.2)	3(0.2)	
	Bipolar			10(2.2)	3(0.7)	7(1.3)	20(1.4)
	Toplam	57(100.0)	459(100.0)	426(100.0)	532(100.0)	1475(100.0)	
*Alkol Tanısı	Tanı Yok	56(98.2)	433(94.3)	390(91.3)	483(90.8)	1362(92.3)	
	OAKK	1(1.8)	26(5.7)	37(8.7)	49(9.2)	113(7.7)	
	Toplam	57(100.0)	459(100.0)	426(100.0)	532(100.0)	1475(100.0)	
***Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	38(66.7)	290(63.2)	313(73.3)	408(76.7)	1049(71.1)	
	BTAAB	11(19.3)	76(16.6)	74(17.3)	79(14.8)	240(16.3)	
	YAB	6(10.5)	46(10.0)	26(6.1)	22(4.1)	100(6.8)	
	PB	2(3.5)	13(2.8)	3(0.7)	12(2.3)	30(2.0)	
	PB ve YAB		34(7.4)	11(2.6)	11(2.1)	56(3.8)	
	Toplam	57(100.0)	459(100.0)	426(100.0)	532(100.0)	1475(100.0)	
***Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	44(77.2)	331(72.1)	368(86.2)	457(85.9)	1200(81.4)	
	BTASB	5(8.8)	45(9.8)	29(6.8)	45(8.5)	124(8.4)	
	KAB	5(8.8)	41(8.9)	19(4.4)	20(3.8)	85(5.8)	
	MSB	1(1.8)	19(4.1)	4(0.9)	8(1.5)	32(2.2)	
	Hipo		15(3.3)	1(0.2)	1(0.2)	17(1.2)	
	Toplam	57(100.0)	459(100.0)	426(100.0)	532(100.0)	1475(100.0)	

* p< 0.05, *** p< 0.001, ¹Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

PRIME MD ölçeği ile tanı konulan ruhsal bozukluklar eğitim düzeyine göre incelendiğinde duygudurum bozukluğu tanısı olan 547 bireyin 208' ini (% 38) eğitim düzeyi ilköğretim olanlardan ve okuryazar olmayanlardan oluştuğu saptanmıştır. Tablo 4.15' e göre, okuma yazması olmayan 57 kişinin, 26'sında (% 45.6) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuşken, 31'inde (% 54.4) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamıştır. Yüksekokul (YO) - üniversite mezunu olan 532 kişinin ise 168'inde (% 31.6) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuş, 364' ünde (% 68.4) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamıştır. Duygudurum

bozukluğu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 : 72.064, sd : 15, p < 0.001$).

OAKK olan toplam 113 bireyden 37'si lise (OAKK' lilerin % 32.7'si) ve 49'u (%43.4'ü) ise yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim alanlardır. Bireylerin eğitim düzeyi ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. ($\chi^2 : 7.812, sd : 3, p < 0.05$).

Anksiyete bozukluğu tanıları okur yazar olmayan 57 bireyin 19'unda (% 33.0); ilköğretim mezunu 459 kişinin 169' unda (% 34.6), lise mezunu 426 kişinin 114' dünde (% 26.7) ve yüksek okul ya da üniversite mezunu olan 532 kişinin 124'ünde (% 23.3) gözlemlenmiştir. Yapılan ki kare analizinde anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 51.906, sd. = 12, p < 0.001$).

Somatoform bozukluklar modülündeki tanılar incelendiğinde ise; tüm eğitim düzeylerinde en yaygın olarak BTASB' nin görüldüğü belirlenmiştir. BTASB sırasıyla, eğitim düzeyi okur yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlarda % 40.0, yüksek okul ve üniversite mezunlarında % 36.0 ve lise mezunlarında % 24.0 oranına sahiptir. Hipokondriazis tanısı sadece okuryazar olmayanlarda gözlemlenmemiştir. Tüm somatoform bozukluklar en fazla ilköğretim mezunlarında görülmüştür. Somatoform bozukluklarla eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 : 70.694, sd : 15, p < 0.001$).

Tablo 4.16.PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum					
Modül	PRIME MD Tanıları	Bekâr n(% ¹)	Evli n(%)	Dul n(%)	Toplam n(%)
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	429(64.2)	403(60.4)	96(68.6)	928(62.9)
	MDB	151(22.6)	184(26.6)	32(22.9)	367(24.9)
	MinDB	50(7.5)	46(6.9)	6(4.3)	102(6.9)
	Distimi	30(4.5)	21(3.1)	4(2.9)	55(3.7)
	MDB-KR	1(0.1)	2(0.3)		3(0.2)
	Bipolar	7(1.0)	11(1.6)	2(1.4)	20(1.4)
	Toplam	668(100.0)	667(100.0)	140(100.0)	1475(100.0)
***Alko l Tanısı	Tanı Yok	597(89.4)	628(94.2)	137(97.9)	1362(92.3)
	OAKK	71(10.6)	39(5.80)	3(2.10)	113(7.70)
	Toplam	668(100.0)	667(100.0)	140(100.0)	1475(100.0)
*Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	482(72.2)	456(68.4)	111(79.3)	1049(71.1)
	BTAAB	118(17.7)	112(16.8)	10(7.1)	240(16.3)
	YAB	37(5.5)	55(8.2)	8(5.7)	100(6.8)
	PB	12(1.8)	16(2.4)	2(1.4)	30(2.0)
	PB ve YAB	19(2.8)	28(4.2)	9(6.4)	56(3.8)
	Toplam	668(100.0)	667(100.0)	140(100.0)	1475(100.0)
***Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	573(85.8)	516(77.4)	111(79.3)	1200(81.4)
	BTASB	58(8.7)	57(8.5)	9(6.4)	124(8.4)
	KAB	23(3.4)	46(6.9)	16(11.4)	85(5.8)
	MSB	9(1.3)	20(3.0)	3(2.1)	32(2.2)
	Hipo	1(0.1)	15(2.2)	1(0.7)	17(1.2)
	Diğer	4(0.6)	13(1.9)		17(1.2)
	Toplam	668(100.0)	667(100.0)	140(100.0)	1475(100.0)

*p<0.05, **p<0.001, ¹Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.16’da PRIME MD ile tanısı konulan ruhsal bozuklukların medeni duruma göre dağılımları görülmektedir. Öncelikle duygudurum bozuklukları ele alındığında, tüm gruplarda en yaygın tanının MDB olduğu görülmüştür. MDB-KR tanısına sadece medeni durumu dul olanlarda rastlanmamıştır. Ancak duygudurum bozukluğu tanıları ile medeni durum arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde, bu ilişki anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 10.359$, $sd. = 10$, $p > 0.05$).

Evlilerin % 5.8’ inde OAKK tanısı görülürken, bekârların % 10.6’sında ve dulların % 2.10’unda tanı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel sına sonucunda medeni durum değişkeni ile OAKK değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 17.445$, $sd. = 2$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları incelendiğinde, bekâr, evli ve dullarda BTAAB daha yaygın görülmüştür. Dullarda ikincil olarak en yaygın anksiyete bozukluğu tanısı PB ve YAB birlikteliği olmuştur. Bekâr bireyler anksiyete bozukluğu açısından evli bireylerle karşılaştırıldığında; BTAAB tanısı alan 240 birey içinde bekârların oranı % 49.0, evlilerin oranı % 46.0, YAB tanısı alan 100 birey içinde bekârların oranı % 37.0, evli bireylerin oranı % 55.0, PB tanısı alan 30 birey içinde bekârların oranı % 40.0, evlilerin oranı % 53.0’tür. Yapılan ki kare analizlerinde medeni durumla anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 19.376$, $sd. = 8$, $p < 0.05$).

Somatoform bozukluklar modülünde BTASB ve KAB en yaygın tanılardır. Bekâr ve evlilerde BTASB tanısı, en yaygın tanı iken; dullarda en yaygın tanı KAB olmuştur. Hipokondriazis tanısı alan 17 bireyin % 88.0’ ini evliler oluşturmuştur. Yapılan ki-kare analizi sonucunda somatoform bozukluk tanısı olup olmamasıyla medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 43.514$, $sd. = 10$, $p < 0.001$).

Tablo 4.17. PRIME MD Tanılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Çalışma Durumu				
		Aktif Çalışıyor n(% ¹)	Aktif Çalışmıyor n(%)	Bazen Çalışıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Toplam n(%)
*** Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	387(69.5)	290(55.8)	18(51.4)	233(64.2)	928(62.9)
	MDB	103(18.5)	166(31.9)	16(45.7)	82(22.6)	367(24.9)
	MinDB	34(6.1)	36(6.9)	1(2.9)	31(8.5)	102(6.9)
	Distimi	30(5.4)	12(2.3)		13(3.6)	55(3.7)
	MDB-KR	1(0.2)	2(0.4)			3(0.2)
	Bipolar	2(0.4)	14(2.7)		4(1.1)	20(1.4)
	Toplam	557(100.0)	520(100.0)	35(100.0)	363(100.0)	1475(100.0)
*** Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	499(89.6)	504(96.9)	31(88.6)	328(90.4)	1362(92.3)
	OAKK	58(10.4)	16(3.1)	4(11.4)	35(9.6)	113(7.7)
	Toplam	557(100.0)	520(100.0)	35(100.0)	363(100.0)	1475(100.0)
*** Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	424(76.1)	344(66.2)	20(57.1)	261(71.9)	1049(71.1)
	BTAAB	76(13.6)	83(16.0)	11(31.4)	70(19.3)	240(16.3)
	YAB	30(5.4)	51(9.8)		19(5.2)	100(6.8)
	PB	10(1.8)	14(2.7)	1(2.9)	5(1.4)	30(2.0)
	PB ve YAB	17(3.1)	28(5.4)	3(8.6)	8(2.2)	56(3.8)
	Toplam	557(100.0)	520(100.0)	35(100.0)	363(100.0)	1475(100.0)
*** Somataform Bozukluklar	Tanı Yok	486(87.3)	373(71.7)	24(68.6)	317(87.3)	1200(81.4)
	BTASB	32(5.7)	59(11.3)	4(11.4)	29(8.0)	124(8.4)
	KAB	24(4.3)	42(8.1)	5(14.3)	14(3.9)	85(5.8)
	MSB	8(1.4)	20(3.8)	1(2.9)	3(0.8)	32(2.2)
	Hipo	3(0.5)	14(2.7)			17(1.2)
	Diğer	4(0.7)	12(2.3)	1(2.9)		17(1.2)
	Toplam	557(100.0)	520(100.0)	35(100.0)	363(100.0)	1475(100.0)

*** p<0.001, ¹ Yüzdeler, sütun yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.17’de çalışma durumu ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloya göre, duygudurum bozuklukları, aktif çalışan 557 kişinin 170’inde (% 30.5) görülmüş iken; geriye kalan 387 (% 69.5) kişide tanı bulunmamıştır. Ev hanımları da dâhil aktif çalışma hayatında olmayanların sayısı ise 520’dir ve bu kişilerin 230’unda (% 44.2) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. Öğrencilerde MDB-KR tanısı konmamıştır. Duygudurum bozukluğu tanısı ile çalışma durumu değişkeni arasında bir ilişkinin istatistikî açıdan var olup

olmadığı araştırılmış ve istatistiksel olarak bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 59.473$, $sd. = 15$, $p < 0.001$).

OAKK tanısı, aktif çalışanların 58'inde (% 10.4), aktif çalışma hayatında olmayanların ise 16'sında (% 3.1) bulunmuştur. OAKK tanısı alan 113 kişiden % 51'i aktif çalışma hayatı içindedir. Çalışma durumu ile OAKK arasındaki ilişki yapılan ki kare analizleri sonucu anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 24.125$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları modülü değerlendirildiğinde ise; aktif çalışanların % 23.9' unda, aktif çalışma hayatında olmayanların ise % 44.2'ünde en az bir anksiyete bozukluğu tanısı bulunmuştur. Aktif çalışanlar, aktif çalışma hayatında olmayanlar ve öğrencilerde en yaygın anksiyete bozukluğu tanısı BTAAB olarak bulunmuştur. Yapılan analizde anksiyete bozukluğu ile çalışma durumu arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 37.339$, $sd. = 12$, $p < 0.001$).

Somatoform bozukluklar, aktif çalışanların % 12.7' sinde bulunmuş, aktif çalışma hayatında olmayanların ise % 28.3'ünde en az bir somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. Öğrencilerde en yaygın görülen somatoform bozukluk BTASB' dir. Somatoform bozukluk ile çalışma durumu arasında bir ilişkinin varlığı istatistiki olarak saptanmıştır ($\chi^2 = 74.983$, $sd. = 15$, $p < 0.001$).

Tablo 4.18.Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Fiziksel Hastalıkların Dağılımı

Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Fiziksel Hastalık	n	%
Yok	1078	73.1
Hipertansiyon	69	4.7
Romatizma	65	4.4
Şeker Hastalığı (Diabetes Mellitus)	39	2.6
Kalp Damar Hastalığı	26	1.8
Astım	37	2.5
Kemik Erimesi (Osteoporoz)	10	0.7
Kanser	5	0.3
Diğer	51	3.5
Komorbid	95	6.4
Toplam	1475	100.0

Tablo 4.19.PRIME MD Tanılarının Fiziksel Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

		Fiziksel Hastalık			
Modül	Tanı		Yok	Var	Toplam
Duygudurum	Yok	n	730	198	928
		%	67.7	49.9	62.9
Bozuklukları	Var	n	348	199	547
		%	32.3	50.1	37.1
Olası Alkol	Yok	n	990	372	1362
		%	91,8	93,7	92,3
Tanısı	Var	n	88	25	113
		%	8.2	6.3	7.7
Anksiyete	Yok	n	807	242	1049
		%	77.1	65.1	73.9
Bozuklukları	Var	n	240	130	370
		%	22.9	34.9	26.1
Somatoform	Yok	n	914	286	1200
		%	84.8	72.0	81.4
Bozukluklar	Var	n	164	111	265
		%	15.2	28.0	18.6
***PRIME MD Tanısı	Yok	n	669	172	841
		%	62.1	43.3	57.0
	Var	n	409	225	634
		%	37.9	56.7	43.0

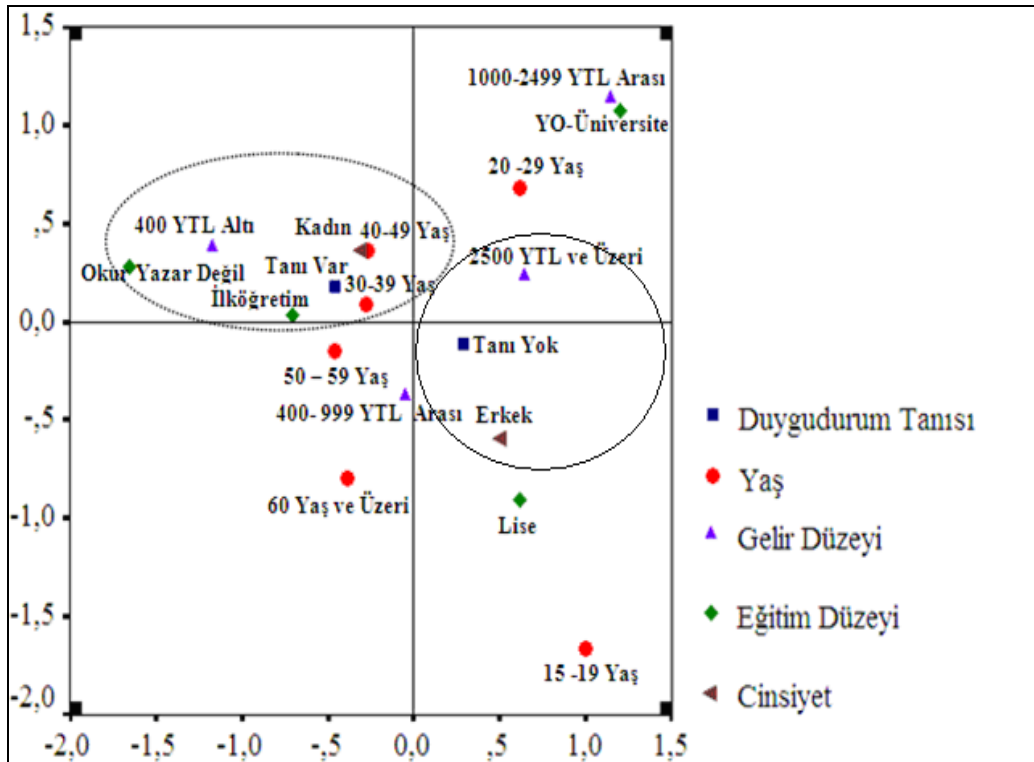
Çalışmaya katılanların kendi bildirimlerine göre fiziksel hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal bozukluklarla ilişkisi Tablo 4.18 ve 4.19'da görülmektedir. Buna göre örneklem içerisinde en fazla görülen fiziksel hastalık hipertansiyon 69 (% 4.7) ve komorbid durumlardır 95 (% 6.4).

En az bir ruhsal bozukluk tanısına sahip 634 bireyin 409'unda fiziksel bir hastalık bildirmemişken, 225'inde (% 35.5) tablodaki fiziksel hastalıkların en az biri bulunmuştur.

Tüm fiziksel hastalıklarda en yaygın rastlanan tanı duygudurum bozukluğu olmuştur. Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı olan 547 kişinin 199'unda (% 36.4) herhangi bir fiziksel hastalık bulunmuş iken, 198'inde (% 36.2) tabloda yer alan fiziksel hastalıkların hiçbiri saptanmamıştır.

Çalışmamızda, ruhsal bozukluklarla ilişkili sosyodemografik faktörleri bir arada değerlendirebilmek ve görsel olarak ortaya koyabilmek amacıyla uyum analizleri yapılmıştır. Uyum analizleri Şekil 4.1, 4.2, 4.3 ve 4.4'te görülmektedir.

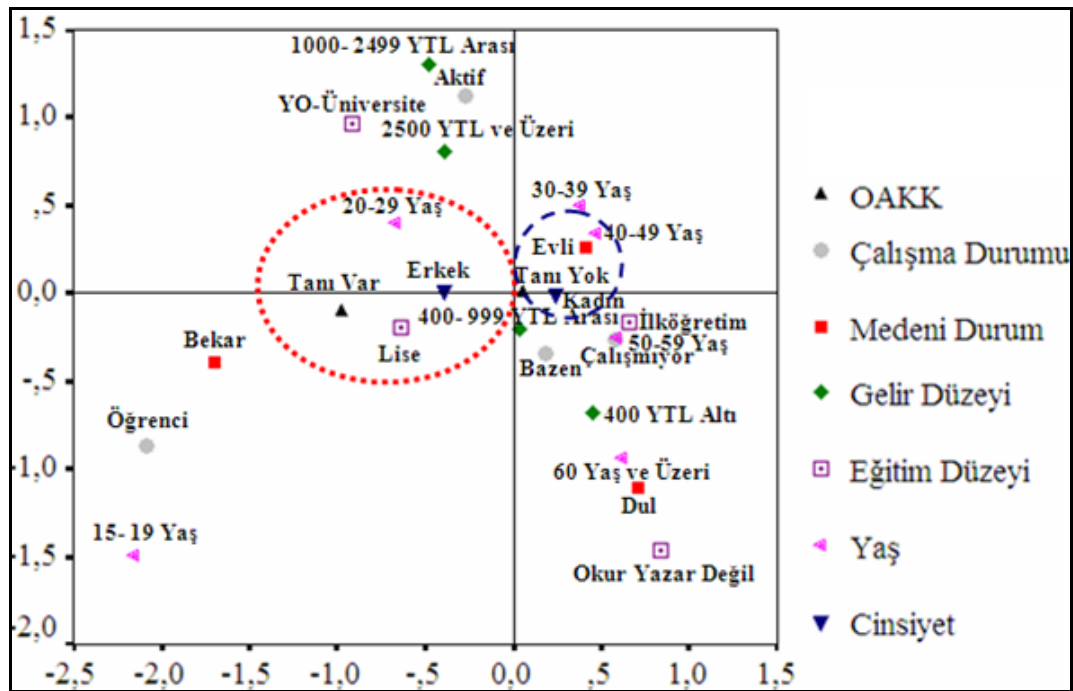
Şekil 4.2'de duygudurum bozukluğu tanısı ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişki görülmektedir. Uyum analizine göre sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, gelir düzeyi 1000–2499 YTL arasında olanların yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim alanlardan oluştuğu, gelir düzeyi 400–999 YTL arasında olanların ise 50–59 yaş ve 60 yaş ve üzeri yaş grubunda toplandığı görülmektedir. Analize göre duygudurum bozukluğu tanıları, okur-yazar olmayan ya da ilköğretim düzeyinde eğitim gören, geliri 400 YTL altında olan, 30–39 ve 40–49 yaş grubundaki kadınlarda yaygın olarak görülmektedir. Buna karşılık, duygudurum bozuklukları en az, 2500 YTL ve üzerinde gelire sahip, yüksekokul-üniversite mezunu erkeklerde görülmektedir.



Şekil 4.2. Duygudurum Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

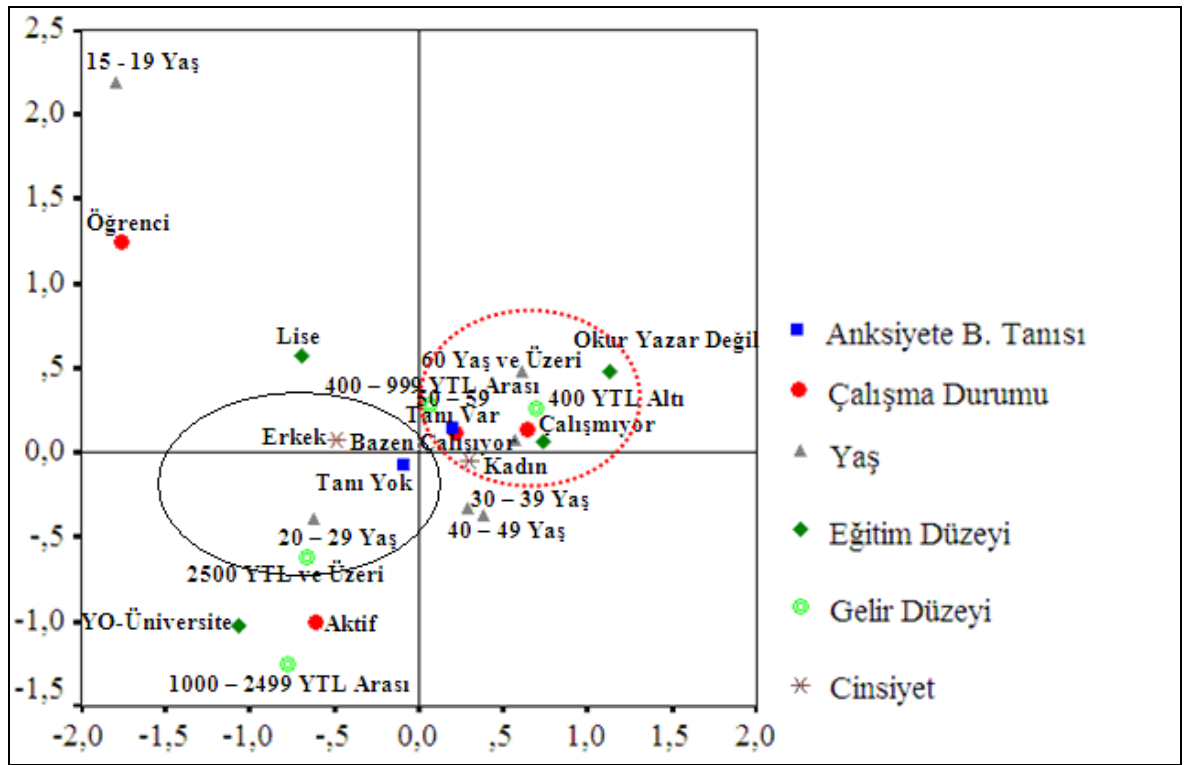
Şekil 4.3'te OAKK tanısını etkileyen sosyodemografik faktörler görülmektedir. Şekle göre, 1000–2499 YTL ve 2500 YTL ve üzeri gelir grubuna dahil olanlar, yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim görenler ve aktif çalışma

hayatında olanlardır. OAKK en yaygın olarak 400–999 YTL geliri olan, lise mezunu, 20–29 yaş arası erkeklerde gözlenmektedir. 40–49 yaş grubu evli ve cinsiyeti kadın olanlarda ise tanı olasılığı en azdır. Ayrıca 15–19 yaş grubunda olanlarda, yüksekokul-üniversite mezunu olanlarda, aktif çalışanlarda, 1000 YTL ve üzerinde geliri olanlarda OAKK, okuryazar olmayan ya da ilköğretim düzeyinde eğitim görenlere, 400 YTL altında geliri olanlara, 30 yaşından büyük olanlara ve dullara göre daha yaygın olarak görülmektedir.



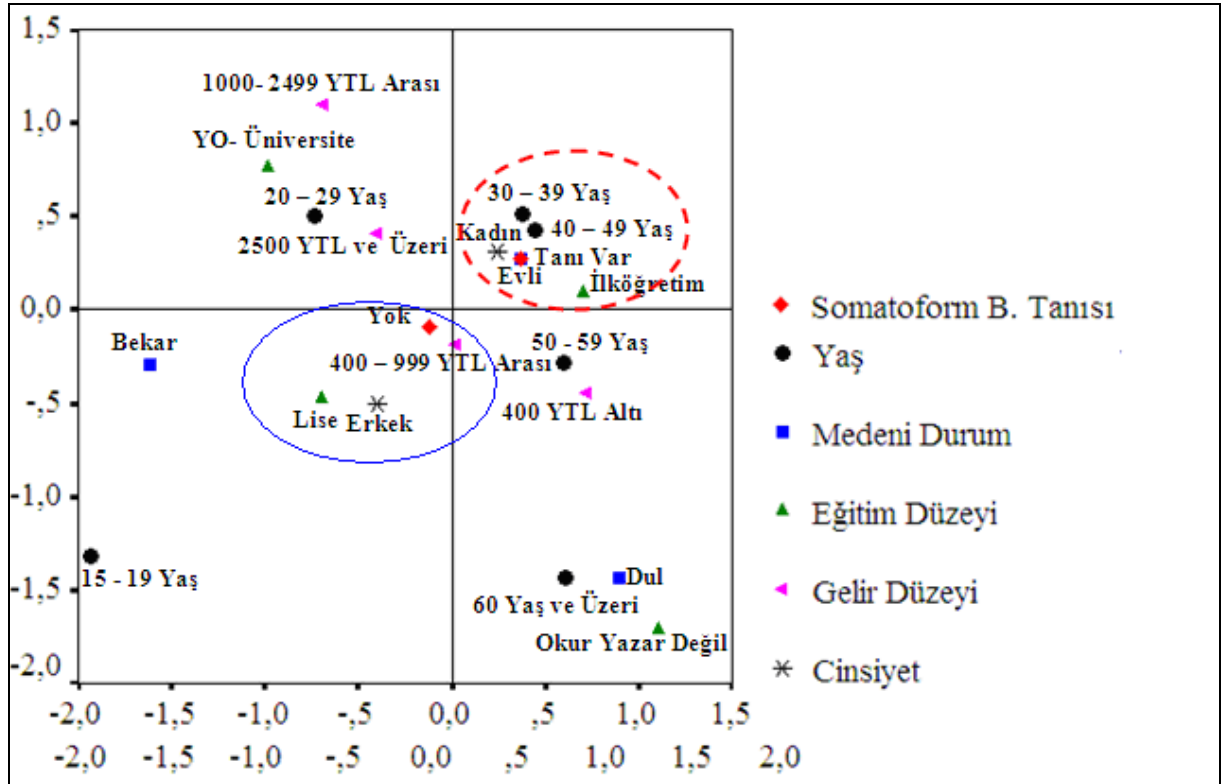
Şekil.4.3.OAKK Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

Şekil 4.3' te anksiyete bozukluğu tanılarıyla ilişkili sosyodemografik faktörler görülmektedir. Anksiyete bozukluğu tanıları, okuryazar olmayan, 400 YTL altı ve 400–999 YTL arası gelir düzeyine sahip, aktif olarak çalışmayan, 60 yaş ve üzerindeki kadınlarda yoğunlaşmaktadır. Tanının en az görüldüğü bireyler ise lise ve üzeri eğitim düzeyi olan, aktif olarak çalışan, 2500 YTL ve üzerinde geliri olan, 20–29 yaş grubundaki erkeklerdir.



Şekil 4.4. Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

Şekil 4.5'te somatoform bozukluk tanılarıyla ilişkili sosyodemografik faktörler görülmektedir. Buna göre somatoform bozukluklar en sık, 30-49 yaş arasındaki, evli, ilköğretim mezunu kadınlarda gözlenmiştir. Yüksekokul-üniversite mezunu, 2500 YTL ve üzerinde gelire sahip 20-29 yaş grubunda olan erkeklerde tanı daha az saptanmıştır.



Şekil 4.5 Somatoform Bozukluk Tanısını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler

Tablo 4.20. Psikiyatriste gitme durumunun, bireyin sağlık durumunu tanımlaması ile ilişkisi

Psikiyatriste Gitme Durumu	Sağlık Durumu Tanımlaması					Toplam n(%)
	Mükemmel n(%) ¹	Çok iyi n(%)	İyi n(%)	Orta n(%)	Kötü n(%)	
Evet	17(16.3)	38(16.2)	114(20.1)	154(33.6)	56(50.0)	379(25.7)
Hayır	87(83.7)	196(83.8)	452(79.9)	305(66.4)	56(50.0)	1096(74.3)
Toplam	104(100.0)	234(100.0)	566(100.0)	459(100.0)	112(100.0)	1475(100.0)

*** p < 0.001, ¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.20’de, PRIME MD ölçeğinin soru formunda yer alan kişinin sağlık durumunu tanımlaması ile psikiyatriste gitme durumu arasındaki ilişki görülmektedir. Yaşamının herhangi bir kesitinde psikiyatrik destek aldığını beyan edenlerin oranı % 25.7 iken, herhangi bir destek almamış olanların oranı ise % 74.3’tür. Sağlık durumunu mükemmel olarak değerlendiren 104 kişinin 17’si daha önce psikiyatrik destek aldığını ifade etmiş iken, sağlık durumunu kötü olarak bildiren 112 kişinin 56’sı psikiyatrik destek aldığını belirtmiştir. En yaygın olarak sağlık durumunu orta olarak niteleyenler psikiyatrik bir destek almışlardır (tüm örneklem içinde % 10.4). Sağlık durumu tanımlamasına göre en az psikiyatrik destek alan grup sağlık durumunu çok iyi ve mükemmel olarak tanımlayanlardır. Kişinin kendi tanımladığı sağlık durumu ile psikiyatriste gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 74.353$ sd. = 4, $p < 0.001$).

Tablo 4.21. Psikiyatrik Destek Almak İsteğinin Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması ile İlişkisi

Psikiyatrik Destek Alma İsteği	Sağlık Durumu Tanımlaması					Toplam n(%)
	Mükemmel n(%) ¹	Çok iyi n(%)	İyi n(%)	Orta n(%)	Kötü n(%)	
Evet	35(33.7)	85(36.3)	265(48.6)	281(61.2)	71(63.4)	747(50.6)
Kararsızım	7(6.7)	22(9.4)	52(9.2)	36(7.8)	5(4.5)	122(8.3)
Hayır	62(59.6)	126(54.3)	239(42.2)	142(30.9)	36(32.1)	606(41.1)
Toplam	104(100.0)	234(100.0)	566(100.0)	459(100.0)	112(100.0)	1475(100.0)

Tablo 4.21’de psikiyatrik destek alma isteğinin sağlık durumunun tanımlanması ile ilişkisi görülmektedir. Buna göre, psikiyatrik destek almak istediklerini beyan edenlerin oranı % 50.6, kararsızların oranı % 8.3 ve destek almak istemeyenlerin oranı da % 41.1 olarak bulunmuştur. Sağlık durumunun

mükemmel olduğunu bildiren 104 bireyin 35'i (% 33.7) psikiyatrik destek almak istemediğini belirtmiş iken; sağlık durumunu kötü olarak belirten 112 bireyin 59'u (% 66.4) psikiyatrik destek almak istediğini beyan etmiştir. Kişinin sağlık durumunu kendi tanımlaması ile psikiyatrik destek alma isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 65.369$ *sd.* = 8, $p < 0.001$).

Tablo 4.22. PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı

Psikiyatrik Destek				
Modül	PRIME MD Tanıları	Evet n(%¹)	Hayır n(%)	Toplam n(%)
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	178(47.0)	750(68.4)	928(62.9)
	MDB	153(40.4)	214(19.5)	367(24.9)
	MinDB	22(5.8)	80(7.3)	102(6.9)
	Distimi	5(1.3)	50(4.6)	55(3.7)
	MDB-KR	1(0.3)	2(0.2)	3(0.2)
	Bipolar	20(5.3)		20(1.4)
	Toplam	379(100.0)	1096(100.0)	1475(100.0)
Alkol Tanısı	Tanı Yok	335(88.4)	1026(93.7)	1362(92.3)
	OAKK	44(11.6)	69(6.3)	113(7.7)
	Toplam	379(100.0)	1096(100.0)	1475(100.0)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	206(54.4)	843(76.9)	1049(71.1)
	BTAAB	88(22.2)	156(14.2)	240(16.3)
	YAB	42(11.1)	58(5.3)	100(6.8)
	PB	13(3.4)	17(1.6)	30(2.0)
	PB ve YAB	34(9.0)	22(2.0)	56(3.8)
	Toplam	379(100.0)	1096(100.0)	1475(100.0)
Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	254(67.0)	946(86.3)	1200(81.4)
	BTASB	54(14.2)	70(6.4)	124(8.4)
	KAB	36(9.5)	49(4.5)	85(5.8)
	MSB	20(5.3)	12(1.1)	32(2.2)
	Hipo	7(1.8)	10(0.9)	17(1.2)
	Diğer	8(2.1)	9(0.8)	17(1.2)
	Toplam	379(100.0)	1096(100.0)	1475(100.0)

¹ Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 4.23.1.PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı

Destek		Duygudurum Bozuklukları						Alkol Tanısı	
Destek ¹	Destek ²	Yok	MDB	MDB-KR	Distimi	MinDB	Bipolar	Yok	OAKK
Evet	Evet	100(56.2)	114(74.5)	1(100)	4(80.0)	9(40.9)	16(80.0)	219(65.4)	25(56.8)
	Kararsızım	22(12.4)	7(4.6)			1(4.5)	1(5.0)	26(8.1)	4(9.1)
	Hayır	56(31.5)	32(20.9)		1(20.0)	12(54.5)	3(15.0)	89(26.6)	15(34.1)
	Toplam	178(100.0)	153(100.0)	1(100.0)	5(100.0)	22(100.0)	20(100.0)	335(100.0)	44(100.0)
Hayır	Evet	289(38.5)	146(68.2)	1(50.0)	24(48.0)	43(53.8)		461(44.9)	42(60.9)
	Kararsızım	63(8.4)	14(6.5)		7(14.0)	7(8.8)		88(8.6)	3(4.3)
	Hayır	398(53.1)	54(25.2)	1(50.0)	19(38.0)	30(37.5)		478(46.5)	24(34.8)
	Toplam	750(100.0)	214(100.0)	2(100.0)	50(100.0)	80(100.0)		1026(100.0)	69(100.0)

Tablo 4.23.2.PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı

Destek		Anksiyete Bozuklukları					Somatoform Bozukluklar					
Destek ¹	Destek ²	Yok	PB	YAB	BTAA	PB&YAB	Yok	MS	BTAS	KAB	Hipo	Diğer
Evet	Evet	113(54.9)	11(84.6)	33(78.6)	57(67.9)	30(88.2)	149(58.7)	18(90.0)	45(83.8)	19(52.8)	6(85.7)	7(87.5)
	Kararsızım	23(11.2)		3(7.1)	4(4.8)	1(2.9)	26(10.6)		2(3.7)	2(5.6)		
	Hayır	70(34.0)	2(15.4)	6(14.3)	23(26.4)	3(8.8)	78(30.7)	2(10.0)	7(13.0)	15(41.7)	1(14.3)	1(12.5)
	Toplam	206(100.0)	13(100.0)	42(100.0)	84(100.0)	34(100.0)	254(100.0)	20(100.0)	54(100.0)	36(100.0)	7(100.0)	8(100.0)
Hayır	Evet	334(39.6)	13(76.5)	42(72.4)	99(63.5)	15(68.2)	398(42.1)	10(83.3)	51(72.9)	33(67.3)	8(80.0)	3(33.3)
	Kararsızım	71(8.4)	1(5.9)	2(3.4)	15(9.6)	2(9.1)	82(8.7)	1(8.3)	4(5.7)	1(2.0)	2(20.0)	1(11.1)
	Hayır	438(52.0)	3(17.6)	14(24.1)	42(26.9)	5(22.7)	466(49.3)	1(8.3)	15(21.4)	15(30.6)		5(55.6)
	Toplam	843(100.0)	17(100.0)	58(100.0)	156(100.0)	22(100.0)	946(100.0)	12(100.0)	70(100.0)	49(100.0)	10(100.0)	9(100.0)

1. Psikiyatrik destek alma durumu.
2. Psikiyatrik destek alma isteği

PRIME MD ölçeği ile ruhsal bozukluk tanısı alanların psikiyatrik destek konusundaki eğilimleri Tablo 4. 22, 4.23.1 ve 4.23.2’de yer almaktadır.

Daha önce psikiyatrik destek aldığını beyan eden 379 kişinin 229’unda en az bir ruhsal bozukluk tanısı gözlemlenmişken (% 60.4), 150 bireyde tanı bulunmamıştır (% 38.6). Daha önce psikiyatrik destek almadığını belirten 1096 kişinin 346’sında (% 31.6) duygudurum bozuklukları, 69’unda (% 6.3) OAKK, 253’ünde (% 23) anksiyete bozuklukları ve 150’sinde (% 13.7) somatoform bozukluklar gözlenmiştir.

Daha önce psikiyatrik destek aldığını ve şu anda da destek almak istediğini beyan eden 244 kişinin 100’ünde duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamışken, 144’ünde en az bir duygudurum bozukluğu tanısı saptanmıştır. Daha önce psikiyatrik destek aldığını belirten ancak şu anda destek almak istemediğini beyan eden 104 bireyin 48’inde duygudurum bozuklukları, 15’inde OAKK, 34’ünde anksiyete bozuklukları, 26’sında da somatoform bozukluklar saptanmıştır.

Daha önce psikiyatrik destek almamış olan ve şu anda da destek almak istemediğini belirten 502 bireyin 104’ünde duygudurum bozuklukları, 24’ünde OAKK, 64’ünde anksiyete bozuklukları ve 36’sında somatoform bozukluklar saptanmıştır.

Daha önce psikiyatrik destek almamış ancak şu anda destek almak istediğini belirten 503 kişinin ise, 214’ünde duygudurum bozuklukları, 42’sinde OAKK, 168’inde anksiyete bozuklukları ve 104’ünde somatoform bozukluklar gözlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Eskişehir ilinde kota örnekleme yoluyla ruhsal hastalıkların yaygınlığını ve bu hastalıklarla ilişkili sosyodemografik etkenleri araştırmayı amaçlayan bu çalışmamızda ruhsal hastalıkların yaygınlığı % 43 olarak bulunmuştur. Bu oran gerek alanda gerekse sağlık ocaklarında gerçekleştirilen çalışmalara göre daha yüksek olarak görünmekle birlikte; bazı çalışmalarla benzer oranları temsil etmektedir (3-5,8,16,17,26,31,32). Benzer oranların saptandığı çalışmalarda, çalışmamızda kullanılan ölçeğin (PRIME MD) aynı olması ilgi çekicidir (5,31,32). Biz bu nedenle yüksek oranların öncelikle PRIME MD ölçeği ile ilgili olabileceğini düşünüyoruz. PRIME MD ölçeğinin eşik altı ruhsal belirtileri de hastalık kategorisine soktuğu ve bu nedenle ruhsal hastalıklarla ilgili yüksek oranlar ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (5,9). Öte yandan hastalık kategorilerine göre incelendiğinde; çalışmamızda duygudurum bozuklukları % 37.1, Anksiyete Bozuklukları % 28.9, Olası Alkol Kötüye Kullanımı % 7.7 ve Somatoform Bozukluklar da % 18.6 oranında saptanmıştır. Elde ettiğimiz oranlar literatür bilgilerine göre oldukça yüksektir (8,10,36). Bu yüksek oranlar da PRIME MD ölçeğinin eşik altı belirtileri de hastalık kategorisine koyması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Duygudurum Bozuklukları

Çalışmamızda duygudurum bozuklukları, katılımcıların % 37.1' inde saptanmıştır. En yaygın görülen duygudurum bozukluğu Majör depresif bozukluk olup % 24.9 oranında bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; çalışmaların çok büyük bir kısmında ruhsal hastalıklar içerisinde en yaygın görülen bozuklukların başta MDB olmak üzere Duygudurum Bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (3,5,6,8,17). Örneğin; Duygudurum Bozuklukları, Dönmez ve arkadaşlarının Antalya'da gerçekleştirdikleri çalışmada % 30.2 (5), Annseau ve arkadaşlarının çalışmasında % 31.0 olarak bulunmuştur (31). Eskişehir'de gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise; Sağlık Ocaklarında Duygudurum Bozuklukları % 38.7 oranında saptanmıştır (102). Çalışmaların büyük bir kısmında Duygudurum Bozuklukları daha yaygın olarak görülmüş iken; ABD'de gerçekleştirilen ECA çalışmasında (35) en yaygın görülen ruhsal hastalıklar Anksiyete Bozuklukları olmuştur. Bu arada çalışmalarda

Duygudurum Bozukluklarının çok farklı oranlarda bildirilmesi dikkat çekicidir. Örneğin; ülkemizdeki en büyük epidemiyolojik çalışmalardan olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda MDB sadece % 4 oranında rapor edilmiştir (10). Bu farklılıkla ilgili birçok neden ileri sürülebilir. Ancak bizler, kullanılan ölçeklerdeki farklılıkların, örneklem grubundaki farklılıkların ve çalışmaya katılanların stigma (etiketlenme) korkusu nedenleriyle sorulara tam olarak doğru cevap vermeme olasılığının bu farklı oranları açıklayabileceğini düşünüyoruz.

Duygudurum bozuklukları beklendiği gibi kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. Kadınların % 44.7' sinde, erkeklerin ise % 29.5'inde en az bir duygudurum bozukluğu görülmüştür. Her iki cinsiyette de en yaygın görülen tanı MDB olmuştur. Kadınlarda duygudurum bozukluklarının daha sık görülmesi yeni bir bilgi değildir ve çalışmaların tamamına yakınında benzer veriler elde edilmektedir (10,11,17,23,26,29–31,33,64,65,102). Bu farklılığın nedeni olarak değişik faktörler suçlanmaktadır. Örneğin; nöroendokrin faktörlerin ve menopoz gibi öznel durumların kadınlarda bu hastalıklara zemin hazırladığı ileri sürülmektedir(97). Ayrıca travmatik olaylara kadınların daha sık maruz kalması, erkek egemen toplum yapısı ve bu yapı içerisinde kadın ile erkek arasında erkek lehine olan güç dengesi kadınları başta duygudurum bozuklukları olmak üzere ruhsal hastalıklara yatkın hale getiriyor gibi görünmektedir (103).

Eğitim düzeyleri incelendiğinde eğitim düzeyi azaldıkça duygudurum bozukluklarının daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu bulgu gerek ülkemizdeki, gerekse dünyadaki pek çok çalışmayla benzerdir (5,10,17,37,102). Örneğin; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda (10), Dönmez ve arkadaşlarının (5) çalışmasında eğitim düzeyi azaldıkça ruhsal hastalıklar ve özellikle duygudurum bozukluklarının daha yaygın olduğu bildirilmiş, Almeida ve arkadaşlarının (63) çalışmasında da eğitim alınan yıl sayısı arttıkça ruhsal hastalıkların ve duygudurum bozukluklarının azaldığı ortaya konulmuştur. Bazı çalışmacıların da vurguladığı gibi eğitim düzeyi azaldıkça duygu içeren sözcük dağarcığı yeterince gelişmemekte ve duygusal zorlanmalara yol açmaktadır (84). Dile dökülemeyen duygular ise; duygudurum bozukluklarının artışına yol açmaktadır.

Aktif çalışma hayatı esas alındığında herhangi bir aktif işi olmayanlarda duygudurum bozuklukları daha yaygın olarak görülmüştür. Duygudurum bozuklukları, aktif çalışan 557 kişinin 170'inde (% 30.5) görülmüştür. Aktif çalışma hayatında olmayanların sayısı ise 520'dir ve bu kişilerin 230'unda (% 44.2) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. Bu verilerde dünyadaki birçok çalışmadaki sonuçlarla paralellik göstermektedir (104–106). Bazı çalışmacılar, çalışmanın insanlar için bir yaşam biçimi olarak değerlendirildiğini bildirmektedirler (75). Bir işte çalışmak, kişinin kendine güven ve saygı duygusunu geliştirmekte, ona bir değer katmaktadır. Bu nedenle işsizlik başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları ve ruhsal hastalıkların birçoğuna zemin hazırlamaktadır. Ayrıca işsizlik kişiyi finansal anlamda zora sokarak gerilimini arttırmakta ve onu ruhsal hastalıklara yatkın hale getirmektedir (97).

Çalışmamızda fiziksel hastalıklar duygudurum bozukluklarıyla yakından ilişkili olarak saptanmıştır. Fiziksel hastalığı olan 397 kişinin 198'inde (% 50.1) en az bir duygudurum bozukluğu saptanmış iken; 197'sinde (%49.9) duygudurum bozuklukları saptanmamıştır. Duygudurum bozukluklarından özellikle depresyon yüksek oranda saptanmıştır. Fiziksel hastalıklarda başta depresyon olmak üzere ruhsal hastalıkların sık görülmesi birçok çalışmanın konusu olmuştur (18, 91, 93). Bu çalışmaların bazılarında fiziksel hastalıkların varlığının hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif bozukluk nedeni olduğu bildirilmektedir (107). Fiziksel hastalıklara kronik ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale getirmesi, günlük yaşam kısıtlılıklarına neden olması, yaşam kalitesini düşürmesi gibi özelliklerinden dolayı depresyona neden olduğu ileri sürülmektedir (107–109). Fiziksel hastalıklar genellikle fiziksel bağımsızlık ve kendine yeterlilikte kayba neden olmaktadır. Ayrıca hastalarda, hastalığının artacağı ve düşkün olacağı korkusu da söz konusudur (107–109). Bu hastalarda ayrıca, hastalıkları nedeniyle utanma ve benlik saygısında azalma gibi belirtilere de sıklıkla rastlandığı ve bu durumun da başta depresyon olmak üzere duygudurum bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir (18,97).

Çalışmamızda gerçekleştirdiğimiz uyum analizlerinde, duygudurum bozukluklarının en yaygın olarak 400 YTL altında ve 400–999 YTL arasında geliri olan, ilköğretim düzeyinde eğitim alan, 30–39 yaş arasında ve 50 yaş üzerindeki

kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürle de uyumlu görünmektedir (10,30,66,73,79). Kadınlar ve düşük eğitilmiş olanların duygudurum bozukluklarına yatkınlığının olası nedenleri yukarıda açıklanmıştır. Burada vurgulanması gereken 30–39 yaş grubu ve 50 yaş üzerindeki kadınlardır. Zira 30–39 yaş grubu, kadınların ev ve çocuk bakımı ile ilgili sorumluluklarının arttığı bir dönemdir. Bu yaş grubundaki kadınlar ev kadını da olsalar çalışıyor da olsalar çocuk bakımı onların üstlendiği bir görev olmaktadır (110). Özellikle çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaşılan güçlüklerin evlilik sorunlarının ve evle ilgili sorumlulukların bu yaş grubu kadınlarda duygudurum bozukluklarına zemin hazırladığı ileri sürülmektedir (110). Ayrıca kadının travmatik olaylara daha sık maruz kalması ve toplumdaki güç ilişkisi nedeniyle travmaya daha duyarlı olması da dikkate alınması gereken bir başka gerçektir (97,103). Yapılan çalışmalar, kadınların % 26'sinin çocuklukta cinsel istismara uğradığını, %10-30'unun fiziksel şiddet uygulayan bir partnerle yaşadığını, % 12'sinin ise erişkinlikte tecavüze uğradığını bildirmektedir (97). Tüm bu veriler çalışmamızda da gördüğümüz bu yaş grubundaki kadınlarda ruhsal hastalıkların daha sık görülmesi ile ilişkili görünmektedir. Öte yandan çalışmamızda, ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon yaygın olarak saptanmıştır. İlerleyen yaşla birlikte birey, yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliğiyle yüz yüze gelmektedir (114). Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir "yetmezlik olayı" olarak değerlendirilebilir (112). Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişiklikler duygudurum bozukluklarına zemin hazırlama açısından önemlidirler (111).

Anksiyete Bozuklukları

Çalışmamızda en az bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan bireyler, tüm katılımcıların % 28.9'unu oluşturmuşlardır. Anksiyete Bozukluklarından en yaygın görüleni ise BTAAB olmuş ve % 16.3 olarak saptanmıştır. Aynı ölçekle gerçekleştirilen çalışmalar gözden geçirildiğinde; Anksiyete Bozuklukları, Dönmez ve arkadaşlarının (5) çalışmasında, % 25.2, Annseau ve arkadaşlarının (31) çalışmasında % 19, Karasu'nun (102) çalışmasında ise; % 30.5 olarak saptanmıştır.

Beklendiği gibi tüm Anksiyete Bozuklukları kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuş ve kadın cinsiyet Anksiyete Bozuklukları açısından risk olarak saptanmıştır. Bu sonuç literatürle de uyumludur (3,5,17,31,102). Kadınlarda OAKK dışındaki tüm ruhsal hastalıkların daha sık görüldüğü vurgulanmakta ve bu hastalıkların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmaktadır (102,103,110).

Çalışmamızda, cinsiyet dışında yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumu da anksiyete bozukluklarının yaygınlığıyla ilişkili bulunmuştur. İleri yaşlarda, düşük gelirlilerde, düşük eğitim düzeyi olanlarda ve işsizlerde daha yaygın olarak tespit edilmiştir. Uyum analizi sonuçlarına göre anksiyete bozuklukları 400–999 YTL arası gelir düzeyine sahip, 50-59 yaş arası, ilköğretim düzeyinde eğitim gören kadınlarda yoğunlaşmaktadır. Literatür bilgileri, anksiyete bozukluklarının düşük eğitim ve gelir düzeylerine sahip, işsiz kadınlarda yoğunlaştığını göstermektedir (81,113). Yaşlı kadınlarda, yaşam olaylarının ve kayıpların daha çok yaşanıyor olması, bu grubun sosyal stresörlere çok daha sık maruz kalıyor olması, toplumsal güç dengesi nedeniyle kadının daha kırılğan olması, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğüne bağlı olarak bu grubun sağlık kuruluşları ve özellikle psikiyatri kliniklerine ulaşmalarında yaşanabilecek olası sorunlar bu yaygınlıkla ilişkili olabilir (84,110,114,115). Gözden kaçırılmaması gereken bir nokta da bu yaş grubundaki kadınlarda süreğen fiziksel hastalıkların daha yaygın görülmesidir. Daha önce de belirtildiği gibi fiziksel hastalıklar, sıklıkla ruhsal hastalıklarla birlikte görülmekte ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedirler (91–96,102). Bu grupta fiziksel hastalıkların sık görülebilmesi de ruhsal hastalıkların yaygın görülmesini açıklayabilir.

Somatoform Bozukluklar

Somatoform Bozukluklar çalışmaya katılanların % 18.6' sında saptanmıştır. Bu grupta en yaygın olarak saptanan tanı BTASB iken (% 8.4) KAB katılımcıların % 5.8'inde görülmüştür. Bu oranlar birçok çalışmada bildirilen sonuçlara göre yüksek, ancak; bazı çalışmalarla benzerdir. Annseau ve arkadaşları Belçika'da 2316 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada somatoform bozuklukları çalışmamızdaki

sonuçlara benzer bir şekilde % 18 olarak bulmuşlardır. Benzer bir şekilde Dönmez ve arkadaşları da Antalya ilinde Somatoform bozuklukları % 18.8 oranında saptamışlardır. Çalışmamızla benzer sonuçların bulunduğu çalışmalarda da PRIME MD ölçeği kullanılması dikkat çekicidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığı artan bir somatoform bozukluk tanısı olan KAB çalışmamızda ikinci sıklıkta görülen Somatoform bozukluk tanısı olmuştur. Daha önce de vurgulandığı gibi “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması” nda KAB en yaygın görülen ruhsal bozukluk tanısı olmuş ve çalışmaya katılanların % 8.4’ ünde gözlenmiştir.

Somatoform Bozuklukların yaygınlığı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenler incelendiğinde; bu yaygınlığı cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumunun etkilediği ortaya konmuştur. Gerçekleştirdiğimiz uyum analizlerinde de Somatoform Bozukluk tanılarının, 50–59 yaş arasında, gelir düzeyi 999 YTL’ ye kadar olan, ilköğretim düzeyine kadar eğitim görmüş kadınlarda yoğunlaştığı saptanmıştır. Bu sonuçlar da literatürle uyumlu görünmektedir (19, 47, 102).

Beklendiği gibi Somatoform bozukluklar da kadınlarda anlamlı düzeyde daha yaygın olarak saptanmıştır. Kaya (84), kadınlarda somatoform bozuklukların daha sık ve yaygın olarak görülmesini; toplumun erkek egemen yapısı ve buna bağlı kadın-erkek eşitsizliğine ayrıca kadının çocukluktan itibaren daha edilgen bir konumda kalmasına ve eğitim olanaklarından daha az yararlanabilmesine bağlamıştır. Kaya, bu durumun yanında, aile içinde konuşmanın desteklenmemesinin duyguların anlatımına fırsat verilmemesinin, beden dilinin daha çok kullanılmasına neden olduğunu ve somatoform bozuklukların bu nedenle kadınlarda daha sık olarak ortaya çıktığını vurgulamıştır. Daha önce de vurgulandığı gibi yaşın ilerlemesiyle birlikte stres yaratan yaşam olaylarının varlığı ve kadının toplumdaki eşitsiz konumu bu yaştaki kadınlarda somatoform bozuklukların artışıyla ilişkili görünmektedir (84,110). Gelir düzeyinin azalması ile birlikte sağlık olanaklarından yeterince yararlanamama, eğitim düzeyinin düşüklüğü ile de duyguları dile getirmede yaşanan sorunlar ve kelime dağarcığının yeterince gelişmemesi bedenselleştirmeyi ortaya çıkarıyor ve bu grubu risk altında tutuyor görünmektedir (84, 110, 114, 115).

Olası Alkol Kötüye Kullanımı

Çalışmamızda, OAKK katılımcıların % 7.7' sinde saptanmıştır. OAKK'yi araştıran çalışmalar gözden geçirildiğinde farklı oranlar göze çarpmaktadır. Örneğin, Dönmez ve arkadaşlarının (5) çalışmasında; OAKK % 4.7; Annseau ve arkadaşlarının (31) çalışmasında % 10.1, Philbrick ve arkadaşlarının (54) çalışmasında % 6.0, Kebbon ve arkadaşlarının (116) çalışmasında ise % 2.3 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu OAKK' nin yaygınlığıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olan sosyodemografik değişkenler olarak saptanmıştır. OAKK, literatür bilgileri ile uyumlu olarak (5, 31, 54) erkeklerde daha yaygın bulunmuştur. Ayrıca eğitim düzeyi daha yüksek olanlarda, erken yaş gruplarında, bekârlarda ve çalışanlarda OAKK daha yaygın olarak saptanmıştır. Uyum analizlerinde de OAKK'nin lise ve üzerinde eğitim alan, 1000 YTL ve üzeri gelir grubuna dahil erkeklerde yoğunlaştığı dikkat çekmiştir. Ayrıca 15–29 yaş grubu bekârlarda da tanı yaygın olarak görülmektedir.

Bu bulgularımız da literatür bilgileriyle uyumlu görünmektedir (87,89). OAKK' nin kadınlarda daha az görülmesi, ülkemizde kadının toplumsal rolleri gereği alkolle karşı karşıya kalabileceği ortamlarda uzak olması, kadınların alkol almasının hoş karşılanmıyor olması gibi nedenlerle ilişkili gibi görünmektedir (102). Ülkemiz açısından değerlendirildiğinde alkole başlama yaşının küçük olması ve gençlerde görülen OAKK tanısı, alkolün toplumumuzda, büyüme, erkek gibi olma, erkek gibi davranma yani erkeklik sembollerinden biri olarak değerlendirilmesi ile ilgili olabilir (90). Eğitim düzeyinin artmasının, değer yargılarının değişmesi ve daha esnek hale dönüşebilmesi sonucunu doğurduğu ayrıca sosyal çevrenin de değişmesine yol açarak bu kişilerde OAKK' yi artırdığı ileri sürülmektedir (117).

Eskişehir ilinde gerçekleştirdiğimiz bu alan çalışması bildiğimiz kadarıyla Eskişehir'de en büyük popülasyonla gerçekleştirilen alan çalışmalarından bir tanesidir. Çalışmamız bir kere daha ortaya koymaktadır ki; ruhsal hastalıklar beklenen ve sanılandan çok daha yaygın olarak görülmekte ve gerek başvurularda yaşanan yetersizlikler gerekse tanısız sorunlar nedeniyle yeterince tanı konulamamakta ve tedavi edilememektedir. Bu çalışma ile ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve bu yaygınlıkla ilişkili faktörlere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Ruhsal

hastalıkların bu denli yaygın görülmesi ve bu yaygınlıkla ilgili saptayabildiğimiz faktörler bir kere daha koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin önemini gözler önüne sermektedir. Bu çalışmanın koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını özendirilmesini ve riskli gruplara yönelik koruyucu politikaların hayata geçirilmesinin yolunun açılabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamız birçok kısıtlılığa da sahiptir. Bu kısıtlılıklardan en temel olanının PRIME MD ölçeği olduğu kanısındayız. Eşikaltı belirtilerin PRIME MD kullanıldığında hastalık olarak algılanabilecek olması ve bu nedenle ruhsal bozukluk yaygınlığının olduğundan fazla çıkmış olma olasılığı bulunmaktadır. Ayrıca ölçekle sadece 4 grup ruhsal hastalık tanısının konulup diğer ruhsal hastalıkların tanılarının konulamaması ölçeğe dair kısıtlılıklarımızdır. Ruhsal hastalıklarda yaşanan stigma korkusu nedeniyle hastaların sorulara vermiş oldukları cevapların yeterince doğru olmama olasılığı da göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur.

6. SONUÇLAR

- 1) Eskişehir il merkezinde gerçekleştirilen bu alan çalışmasında ruhsal hastalıklar, katılımcıların % 43'ünde saptanmıştır.
- 2) Çalışmada en yaygın olarak saptanan ruhsal hastalıklar duygudurum bozuklukları olmuş ve katılımcıların % 37.1'ine herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı konmuştur. Majör Depresyon en yaygın görülen ruhsal hastalık olmuş ve % 24.9 oranında saptanmıştır.
- 3) Duygudurum Bozuklukları dışındaki ruhsal hastalıklar da yaygın olarak saptanmıştır. Anksiyete Bozuklukları katılanların % 28.9'unda, Somatoform Bozukluklar % 18.6'sında ve Olası Alkol Kötüye Kullanımı da % 7.7'sinde saptanmıştır.
- 4) Duygudurum Bozukluklarının görülmesi cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi faktörlerle ilişkili olarak bulunmuştur. Duygudurum Bozuklukları kadınlarda, düşük eğitim düzeyi olanlarda, çalışmayanlarda ve düşük gelirlilerde daha yaygın olarak bulunmuştur.
- 5) Anksiyete Bozuklukları ileri yaşlarda, düşük gelirlilerde, düşük eğitim düzeyi olanlarda ve işsizlerde daha yaygın olarak tespit edilmiştir.
- 6) Somatoform Bozukluklar, 50 yaş ve üzerindeki, düşük gelir düzeyli ve daha az eğitim görmüş kadınlarda daha yaygın olarak saptanmıştır.
- 7) Olası Alkol Kötüye Kullanımı, erkeklerde, eğitim düzeyi daha yüksek olanlarda, erken yaş gruplarında, bekarlarda ve çalışanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur.
- 8) Çalışmamızda, yaşamı boyunca hiç psikiyatrik destek almamış olanlarda bile başta depresyon olmak üzere ciddi oranda ruhsal hastalıkların görüldüğü saptanmıştır. Daha önce psikiyatrik destek almamış 1096 kişinin 214'ünde Majör Depresyon tanısı saptanmış olması düşündürücüdür. Kanımızca psikiyatrik destek almama nedenlerinin yeni çalışmalarla ortaya konması yararlı olacaktır.
- 9) Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmaların hala yetersiz olduğunu düşünüyoruz. Bu çalışmada ruhsal hastalıkların yaygınlığına ve bu hastalıklarla ilgili gerekli koruyucu tedbirlerin uygulanması amacıyla, ruhsal hastalıklarla ilişkili sosyodemografik

faktörlere dikkat çekilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde bu tür çalışmaların yaygınlaştırılması ruhsal hastalıklarla ilgili koruyucu önlemlerin alınmasını kolaylaştıracaktır. Bu nedenle ülkemizin farklı bölgelerinde ruhsal hastalıklarla ilgili sıklık ve yaygınlık çalışmalarının önemli olduğu kanısındayız.

7. KAYNAKLAR

- 1) Kaptanoğlu C, Yenilmez , Ayrancı. Ü. Temel Sağlık Hizmetlerinde en sık görölen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler. 5US yayınları;2003.
- 2) Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. Public Health Rep.1994;109(2): 251–258
- 3) Dönmez L, Dedeođlu N. Ahatlı Sağlık Ocağında ruhsal hastalıkların göröntüsü, tanınması, tedavi ve sevkı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi. 1996; 10(2):76-85.
- 4) Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme alışması. Toplum ve Hekim.1987; 44: 16-30.
- 5) Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi.2000;11:198-203
- 6) Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbrug JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical outpatient clinic. Psychol Med.1993; 23:167–23.
- 7) 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.
- 8) Toft T, Fink P, Ornbol E, Christensen KAS, Frostholm L, Olesen F. "Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study". Psychol Med.2005; 8:1175-1184.
- 9) Ayrancı Ü, Yenilmez . Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2 (2) :87-98.
- 10) Erol N, Kılıç C, Ulusoy M: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara. Eksen Tanıtım Ltd.şti.;1998.

- 11) Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care*.1989;27(9):869-886.
- 12) Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*.1999;14(4):249-254.
- 13) Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2002; 13(2):115-124.
- 14) Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians. *Acta Psychiatr Scand*.1994; 89:320–323.
- 15) Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*.1994;109(2): 251–258.
- 16) 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.
- 17) 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):526-533.
- 18) Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major Depression, physical illness, and suicidal ideation in Primary Care. *Psychosom Medicine*.2003;65: “ 501-505.
- 19) Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2000;11(1):3-16.
- 20) Kaplan HI, Sadock J. *Klinik Psikiyatri*. Nobel Tıp Yayınevi; 2004.
- 21) 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.

- 22) Clement JP, Preux PM, Fontanier D, Leger JM. Mini-GDS in elderly population administered by general practitioners. *Encephale*.2001;27(4):329-37.
- 23) Mubarak AR. A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. *Med J Malaysia*.1997;52(3):274-284.
- 24) 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):415-420.
- 25) Tiggemann, M, Winefield A.H. "The Effects of Unemployment on the Mood, Self-esteem, Locus of control, and depressive affect of schoolleavers". *J Occup Psychology*. 1984;57:33-42.
- 26) Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas. Dilek matbaası;1995.
- 27) Belek İ. Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya'da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1999;10(3):163-172.
- 28) 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.
- 29) Abiodun OA. Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*.1991;37(2):113-120.
- 30) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*.1994;272(22): 1749-1756.
- 31) 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.

- 32) Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*.1994;16(4):267-276.
- 33) Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*.1990;82(1):82-85.
- 34) Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med*.1991;21(3):761-774.
- 35) Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:934-941.
- 36) Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameroff M, Weissman M. Prevalence of Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders in an Urban General Medicine Practice. *Arch Fam Med*.2000;9(9): 876 – 883.
- 37) Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med*. 1987;17(1):93-112.
- 38) Rihmer Z, Angst J. *Epidemiyoloji*. İç:Sadock B,Sadock V,editör.Kaplan & Sadock's *Compherensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı. Güneş Kitabevi;s.1575-1581.
- 39) Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, Barrett JE, Blacklow RS, Keller MB, Higgins ES, Weissman MM. Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med*. 1995 Oct;4(10):857-861.
- 40) Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* , 20 (1), January 1998: 21-28.
- 41) Klerman GL, Weissman MM. The Changing epidemiology of depression. *Clin Chem*.1988;34(5) 807-881.

- 42) Demiriz, E. (1981).Yarı-kırsal kesimde depresyon epidemiyolojisi ve ruhsal bozuklukların sıklığı üzerine bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü, uzmanlık tezi. Ankara
- 43) Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clinical Neuropharmacology*.1989;12:(2):1-12.
- 44) Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M. Sonuç ve öneriler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü. Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi Yayınları;1997.
- 45) Güleç C (1981) Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 46) Kırpınar O, Özer H, Coşkun O ve ark. (1997) Erzurumdaki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5:253-265.
- 47) Sağduyu A. Sağlık Ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1995;6(1):21-29.
- 48) Z Arıkan, B Coşar, S Candansayar, E Işık. Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevalansı. *Kriz Dergisi* 1996;4(2):93-100
- 49) Ünal M. Ruh Hastalıkları yaygınlığı ve sosyoekonomik olgularla ilişkisi. Doçentlik tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara, 1979.
- 50) Cederblad M, Rahim SI. Effects of rapid urbanization on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan. *Socio-economic changes 1965-1980. Soc Sci Med*. 1986;22(7):713-721.
- 51) 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;896:131-144.

- 52) Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*.1988;10(2): 79-87.
- 53) Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*.1994;109(2): 251–258
- 54) Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*.1996;11(1):9-15.
- 55) 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.
- 56) Spinhoven P, Van Der Does AJ. Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric out-patients. *Psychol Med*.1999;29(1):213-220.
- 57) 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.
- 58) Rezaki M. Bir Sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1995;6(1):13-20.
- 59) Çilli AS, Kaya N, Bodur S. Çalışan ve ev kadınlarında psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Antalya.1997.
- 60) Yüksel İ. İşsizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara örneği). *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*.2003;4(2):21.
- 61) 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;171:60-64.
- 62) Santorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel H, Von Korff M, Wittchen U. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the WHO collaborative project on "Psychological Problems in General Health Care". *Arch Gen Psychiat*.1993; 50:819–824.

- 63) 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):728-736.
- 64) Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*.1977;34:98-111.
- 65) Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhtar S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. *Br J Psychiatry*.2000;177: 557-562.
- 66) 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):335-339.
- 67) Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*.1991; 2(2):123-132.
- 68) Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B, Piras A, Maccio M.V, Marcia L. Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *Eur Neuropsychopharmacol*.1995;5(Suppl):99-102.
- 69) Parker G, Hadzi Pavlovic D, Greenwald S, Weissman M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord*.1995;33(3):173-180.
- 70) Potter LB, Rogler LH, Moscicki EK. Depression among Puerto Ricans in New York City: The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1995; 30(4):185-193.
- 71) Rothschild AJ. Mood disorders. In: Nicholi Jr AM, *Psychiatry*. 3 th ed., Cambridge, Harvard University Press;1999.p.281-307. editor. *Harvard Guide to*.
- 72) Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and manic syndromes. In: Georgotas A,Cancro R,editors. *Depression and Mania*. Elseiver;1988.p.328-333.

- 73) Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1987;150: 737-751.
- 74) 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.
- 75) Jahoda, M. "Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues". *J Soc Issues*.1988;44:13-23.
- 76) Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*.1998;11(317):115-119.
- 77) 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.
- 78) Schulberg HC, McClelland M, Gooding W. Six-month outcomes for medical patients with major depressive disorders. *J Gen Intern Med*.1987;2:312-317.
- 79) Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*.1977;34:98-111.
- 80) Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik Bozukluğunun Fenomenolojisi. İç: Tükel R, Alkın T, editör. *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 2006.*
- 81) Doğan O. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi. İç: Dilbaz N,editör. *Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler. 2005.s.75.*
- 82) Zimmerman M, Chelminski I. Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM IV’s hierarchy correct? *Am J Psychiatry*. 2003,160:504-512
- 83) Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002,16:162-171
- 84) Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. İç:Doğan O,editör. *Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları.2002.s.66*

- 85) Weissman MM, Myers JK, Harding PS. Psychiatric disorders in U.S. urban community 1975-1976. *Am J Psychiatry*.1978;135:459-465.
- 86) Kessler, R.C.; Nelson, C.B.; McGonagle, K.A.; et al. Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(1):17-31, 1996.
- 87) Samarasinghe DS, Dissanayake SA, Wijesinghe CP. Alcoholism in Sri Lanka: epidemiological study. *Br J Addiction*.1987;82(10):1149-53.
- 88) Schuckit MA. Alcoholic men with no alcoholic firstdegree relatives. *Am J Psychiatry*.1983;140:439-443.
- 89) Arıkan Z, Coşar B. Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi*.1996;4 (2):81-91.
- 90) Karaer Ş, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas il merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının epidemiyolojisi, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve eksen I tanıları..2003;41(3):131-142.1
- 91) Üçok GÖ. Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1995;6(3):180-185.
- 92) Cohen-Cole S, Brown FB, McDaniel JS. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. In: Stoudemire A, Fogel BS, editors. *Psychiatric care of the medical patient*. London: Oxford University Press; 1993.p.53-69.
- 93) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*.2001;24(6):1069-1078.
- 94) Friedman S, Vila G, Timsit J, Boitard C, Mouren Simeoni MC. Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycaemic control and somatic complications. *Eur Psychiatry*.1998; 13:295-302.
- 95) Lustman PJ, Penckofer SM, Clouse RE. Recent advances in understanding depression in adults with diabetes. *Curr Diab Rep*. 2007 Apr;7(2):114-22.

- 96) Kuloğlu M, Karaoğlu A, Atmaca M ve ark. (2000) Tip II diabetik hastalarda psikiyatrik belirtiler ve kan şekeri kontrolü. *Düşünen Adam*, 13:19-23.
- 97) Rihmer Z, Angst J. *Epidemiyoloji*. İç:Sadock B,Sadock V,editör.Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Güneş Kitabevi;s.1575-1581.
- 98) Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Aradağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. 2003; 14(2): 145-152
- 99) Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psycosom Researc*, 33: 235-239.
- 100) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983) The prevalence of pschiatric disorder among cancer patients. *JAMA*, 297: 751-755.
- 101) Valente SM, Saunders F (1997) Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing*, 20:168-177.
- 102) Karasu U. Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2007.
- 103) Gökalp PG. Stres, Anksiyete ve Kadın. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3621.pdf>, 27.02.2007.
- 104) 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.
- 105) Rodgers B. Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1991;26:104-114.
- 106) Boolton, W, Oatley K. "A Longitudinal Study of Social Support and Depression in Unemployed Men". *Psychol Med*.1987;17:453-460.
- 107) Williamson GM, Schulz R (1992) Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging*, 7:343-351.

- 108)** Magni E, Frisoni GB, Rozzini R ve ark. (1996) Depression and somatic symptoms in the elderly: the role of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11:517-522.
- 109)** Pollock B (2000) Clinical update: How to recognize and treat depression in older patients. *Geriatrics*, 55(1):67-68,71-74,79.
- 110)** Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi*.1995;3(1-2):88-103.
- 111)** Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon. Tanı ve Değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics*. *Geriatrici 2* (2): 76-82, 1999.
- 112)** Koptagel-İlal G: Yaşlılıkta psikosomatik hastalıklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1992; 29(1):3-14.
- 113)** Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and incidence study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1998;33:587-595.
- 114)** Küey L. Depresyon ve Kadın. *Sendrom*.1990;(2):49-51.
- 115)** Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major Depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri*.2004;7:153-160.
- 116)** Kebbon L, Swartling PG, Smedby B. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care*.1985;3(1):23-30.
- 117)** Bakır B, Özer M, Tümerdem N, Kır T, Kılıç S, Hasde M. İstanbul ve Ankara'daki bir grup askerin alkol kullanım sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003;45 (3):221 – 227.

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 Özürlünüz 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>Tanıı 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 Ötörü 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 kuşulanmak için başka nedenleriniz varsa Hasta Soru Formunun göndermediği herhangi bir modüle de girilebilir.

Modülleri Klinisyen Değerlendirme Kılavuzunda verdiği 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 Köroğlu, Doç. Dr. Birsen Ceyhun ve Prof. Dr. Orhan Doğan tarafından yapılmıştır.

Pfizer İlaçları 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 güçlüğüne 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 güçlüğünüz? | 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

MİNÖR 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 olmadığınızı 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. Nefesiniz daraldı mı?

25. Ateş basmalarınız ya da ürpermeniz oldu mu?

29. Titrediğiniz ya da sarsıldığınız oldu mu?

21. Kalp atışlarınız hızlandı mı? çarpıntınız oldu mu? kalp atışlarınızda düzensizlikler oldu mu?

26. Bulantınız, karın ağrınız ya da ishaliniz olacakmış gibi bir duyguya kapıldınız mı?

30. Çevrenizdekiler sanki gerçek değilmiş gibi göründü mü?

22. Göğüs ağrınız ya da göğsünüzde sıkışma hissi oldu mu?

27. Baş dönmeniz oldu mu? düşecekmış gibi oldunuz mu? bayıldınız mı?

31. Ölüyor olmaktan korktunuz mu?

23. Terlediniz mi?

28. Vücudunuzun bazı kısımlarında karıncalanma ya da uyuşukluk oldu mu?

32. Çıldırıyor olmaktan korktunuz mu? ya da bağırıp çağırmak, koşup kaçmak gibi kontrolünüzün dışında bir şey yapabileceğinizden korktunuz mu?

24. 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

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.

MULTİSOMATOFORM

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 belirtilerinizi ya da yakınmalarınızı oldu mu? Getirilen açıklama "sinirlilikten ötürü ya da strese bağlı" biçiminde olmuşsa da Evet olarak değerlendiriniz. Evet Hayır- #55'e 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 Hayır- Kronik Ağrı Bozukluğu

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 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
- Hipokondriazis

