

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

**ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞLARINDA RUHSAL BOZUKLUKLARIN
YAYGINLIĞI VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Umut KARASU

**Psikiyatri Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI
Yrd.Doç.Dr.Çınar YENİLMEZ**

**ESKİŞEHİR
2007**

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞLARINDA RUHSAL BOZUKLUKLARIN
YAYGINLIĞI VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE
İLİŞKİSİ

Dr. Umut KARASU

Psikiyatri Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Yrd.Doç.Dr.Çınar YENİLMEZ

ESKİŞEHİR

2007

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr.Umut Karasu'ya ait "Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi" adlı çalışma, jürümüz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı	Prof.Dr.Cem Kaptanoğlu Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç.Dr.Gökay Aksaray Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza
Üye	Yrd.Doç.Dr.Çınar Yenilmez Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza

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

Prof.Dr.Erol Göktürk
Dekan

TEŞEKKÜR

Henüz öğrencilik dönemlerimde psikiyatriye yönelmemde çok büyük katkıları olan, eğitimim sürecinde çok büyük emeklerini gördüğüm ve asistanı olmaktan her zaman gurur duyduğum değerli hocam Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU'na,

Gerek tez konumun belirlenmesinde gerekse tez çalışmam sırasında büyük sabır ve özveri ile bana yardımcı olan, desteğini her zaman yanımda hissettiğim tez danışmanım ve değerli hocam Yrd.Doç.Dr.Çınar YENİLMEZ'e,

Eğitimim boyunca bilgilerini benimle paylaşan değerli hocalarım, Prof.Dr.Gülten SEBER, Doç.Dr.Gökay AKSARAY ve Doç.Dr.Atila EROL'a,

Tezimin başından sonuna kadar bana sürekli destek olan, tez istatistikleri yapılırken gecesini gündüzüne katan can dostum Halit Eray ÇELİK'e ve uzun gecelerde bana çok iyi ev sahipliği yapan sevgili eşi Berrin ÇELİK'e,

Asistanlığım süresince çalışmaktan çok büyük zevk aldığım, asistanlık yıllarımda çok keyifli geçmesini sağlayan sevgili arkadaşlarım, Uzm.Dr.Gülcan GÜLEÇ, Dr.Figen ÖZDEMİR, Dr.Gönül KAYGISIZ, Dr.Alev KILIÇOĞLU, Dr.Gülsev YAVUZ, Dr.Şeyda ALKAN, Dr.Semiha TUFAN, Dr. Elif GÜNEŞ, Dr.Sabri HERDEM, Dr.Yasemin KILIÇ, Dr.Serkan BİLGİÇ'e,

Yıllarca ekip ruhu içerisinde çalıştığım psikiyatri servis ve poliklinik hemşireleri/sağlık memurları ve personeline,

Çalışmamı gerçekleştirmem konusunda gerekli izinler konusunda bana yardımcı olan Eskişehir Sağlık Müdürlüğü'ne,

Çalışmamda önemli katkıları olan başta Dr.Ali Fırat Varol, Dr.Murat S.Erol, Dr. Fariz Çolak olmak üzere tüm sağlık ocaklarındaki pratisyen meslektaşlarıma,

Varlıklarıyla, kendimi sürekli güvende hissetmemi sağlayan sevgili annem ve babama,

Zorlu eğitimim sırasında desteğini benden bir an bile esirgemeyen hayat arkadaşım, sevgili eşim Şebnem'e ve yaşamıma girdiği andan itibaren tüm zorlukları kolayca aşmamı sağlayacak moral ve huzuru getiren canım oğlum Ulaş Deniz'e,

Teşekkür ederim...

ÖZET

Karasu, U. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir,2007. Ruhsal bozukluklar, BBSK'lara başvuran hastalarda yaygın olarak görülmektedirler. Ölçek kullanılan çalışmalarda bu bozuklukların BBSK'lara başvuranların % 11 ile 79'unda görüldüğü bildirilmektedir. Cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, medeni durum, yaş, bedensel hastalık gibi pek çok faktör ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve gidişatını etkileyebilmektedir. Birinci basamak hekimlerin, ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinde önemli roller üstlenebilecek olmalarına rağmen bu bozuklukları tanıma, tedavi etme ve sevk konusunda yetersizlikler yaşadıkları bildirilmektedir. Ruhsal bozukluklar, yaygın ve kronik olmaları, birinci basamakta ve toplumda yeterince tanınamamaları ve bu nedenle tedavi edilememeleri gibi nedenlerle önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedirler. Bu çalışmada, Eskişehir il merkezinde yer alan ve aktif olarak çalışan 19 sağlık ocağında 1011 hastaya PRIME MD ölçeği ve sosyodemografik veri formu uygulanarak ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada bir haftalık poliklinik kayıtları da taranarak, birinci basamak hekimlerin koydukları ruhsal bozukluk tanıları tespit edilmiş ve çalışmamızda bulunan oranlarla karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın sonucunda BBSK'larda ruhsal bozukluklar % 47.7 oranında bulunmuş ve özellikle kadınlar ve bedensel hastalığı olanlarda anlamlı derecede daha fazla görülmüştür. Ayrıca erken yaşlar, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü, işsizlik pek çok ruhsal bozukluğun görülmesi ile ilişkili olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız ruhsal bozuklukların, Eskişehir il merkezindeki BBSK'larda tanısının oldukça yetersiz kaldığını ortaya koymuştur. Çalışmamızda saptadığımız ruhsal bozukluk oranları ile, birinci basamak hekimlerin koydukları ruhsal bozukluk tanılarının oranları arasında ciddi farklılıklar göze çarpmıştır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık kuruluşları, ruhsal bozukluklar, sosyodemografik faktörler, birinci basamak hekim tanıları

ABSTRACT

Karasu, U. Prevalence of psychiatric disorders and it's relationship with sociodemographic characteristics in Eskisehir province center. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Theses in Department of Psychiatry, Eskisehir, 2007. Psychiatric disorders are common in primary care. Studies using scales reported that these disorders are seen in 11-79 % of the subjects in primary care. The incidence, prevalence and progress of these diseases can be affected by gender, education, income level, age, and certain health diseases. It is reported that primary care physicians that are known to play a role in diagnosis and preventing these diseases are not capable of preventing and treating these disorders. Psychiatric disorders are a common health problem because of their chronicity and lack of knowledge among the primary care physicians. In this study, PRIME MD test scale and sociodemographic data form were used in 1011 patients in 19 active primary health care units located in Eskisehir in order to evaluate the prevalence of psychiatric disorders and its relationship between sociodemographic characteristics . In addition, retrospective patient charts within one week were reviewed and psychiatric disorders that were diagnosed by primary care physicians were found and the rate was compared to that of our results. In the current study, psychiatric disorders were found to be significantly higher than the expected ¼ rate that is present in the primary care. Moreover, it is found to be statistically significantly higher among women and subjects who have physical disorders. Younger age, lower economical and educational level, and unemployment were found to be statistically significantly related to the most of the psychiatric disorders.

Our study showed that the diagnosis of psychiatric disorders are insufficient in the primary care located in Eskisehir province center. Significant discrepancies were found between the rate of the psychiatric disorder found in our study and the rate diagnosed by primary care physicians working in the primary care.

Key Words: primary care, sociodemographic characteristics, psychiatric disorders, diagnosed by primary care physicians

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. Dünyada Yapılan Çalışmalar.....	4
2.1.2. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar.....	6
Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Görülmesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler.....	7
2.1.3. Cinsiyet.....	7
2.1.4. Medeni Durum.....	8
2.1.5. Eğitim.....	9
2.1.6. Yaş.....	10
2.1.7. Sosyoekonomik Düzey.....	11
2.1.8. Çalışma Durumu.....	12
2.3. Ruhsal Bozuklukların Bedensel Hastalıklarla İlişkisi.....	13
2.4. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozukluklar ve Hekim Tanıları.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Evren.....	16
3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması.....	16
3.3. Örneklem	16
3.4. Çalışma Gereçleri.....	17
3.5. PRIME MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders).....	18
3.6. Araştırmanın Aşamaları.....	18

3.7. Uygulama.....	19
3.8. İstatistiki Değerlendirme.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇLAR.. ..	70
7. KAYNAKLAR.....	72
8. EKLER	

KISALTMALAR DİZİNİ

BBSK: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

BTAAB: Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

BTASB: Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk

ETF: Ev Halkı Tespit Fişi

Hipo: Hipokondriazis

KAB : Kronik Ağrı Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

MDB-KR: Major Depresif Bozukluğun Kısmi Remisyonu / Rekürrensi

MinDB: Minor Depresif Bozukluk

MSB: Multisomatoform Bozukluk

OAKK: Olası Alkol Kötüye Kullanımı

PB: Panik Bozukluk

PRIME MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders: Birinci Basamak

Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.1. PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	20
Şekil.2. Duygudurum Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler....	45
Şekil.3. OAKK Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler	46
Şekil.4. Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler	47
Şekil.5. Somatoform Bozukluk Tanısını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler.....	48

TABLO DİZİNİ

Tablo.1. Sağlık Ocaklarındaki ev halkı tespit fişi (ETF) kayıtlarına göre 15-69 yaş nüfus ve çalışmaya katılanların sayısı.....	17
Tablo.2. PRIME MD Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	21
Tablo.3. PRIME MD ile Konulan Anksiyete Bozukluğu Tanılarının Dağılımı	22
Tablo.4. PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı ..	22
Tablo.5. PRIME MD ile Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı.....	23
Tablo.6. PRIME MD ile Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) Tanısı..	23
Tablo.7. PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile Anksiyete Bozukluklarının Birlikteliği.....	24
Tablo.8. PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği.....	24
Tablo.9. PRIME MD ile Tanı Konulan Somatoform Bozukluklar ile Duygudurum Bozukluklarının Birlikteliği.....	25
Tablo.10. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile Somatoform Bozuklukların Birlikteliği.....	25
Tablo.11. PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği.....	26
Tablo.12. PRIME MD ile Tanısı Konulan Somatoform Bozukluklar ile OAKK Birlikteliği.....	26
Tablo.13. PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	28
Tablo.14. PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo.15. PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı.....	32
Tablo.16. PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	34
Tablo.17. PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	36
Tablo.18. PRIME MD Tanılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo.19. Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Bedensel Hastalıkların Dağılımı.....	39
Tablo.20. PRIME MD Tanılarının Bedensel Hastalık Durumuna Göre Dağılımı....	40
Tablo.21. Sosyodemografik Değişkenlerin Duygudurum Bozukluklarıyla İlişkisi (Lojistik regresyon analizi).....	41
Tablo.22. Sosyodemografik Değişkenlerin OAKK ile İlişkisi (Lojistik regresyon analizi).....	42

Tablo.23. Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete Bozukluklarıyla İlişkisi (Lojistik regresyon analizi).....	43
Tablo.24. Sosyodemografik Değişkenlerin Somatoform Bozukluklarla İlişkisi (Lojistik regresyon analizi).....	44
Tablo.25. Psikiyatriste Gitme Durumunun, Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması ile İlişkisi	49
Tablo.26. Psikiyatrik Destek Almak İsteğinin Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması ile İlişkisi.....	50
Tablo.27. PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı...	51
Tablo 28.1/2. PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo.29. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Bir Haftalık Poliklinik Sayıları ile Koydukları Ruhsal Bozukluk Tanısı Sayılarının PRIME MD Çalışma Sonuçlarıyla Karşılaştırılması.....	53

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal bozukluklar hem toplumda, hem de birinci basamak sağlık kuruluşlarına (BBSK) başvuranlar arasında oldukça yaygın olarak karşılaşılan sorunlardır (1-8). Birinci basamakta ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinin önemi gittikçe artmaktadır. Çünkü ruhsal bozuklukların, kronik ve yaygın olmalarına rağmen fark edilmemeleri ve tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması, ailevi, sosyal ve mesleki yönden ciddi kayıplara yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalar yanında özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere kognitif bozulmalara neden olmaktadır (9-11).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılmış araştırmalar gözden geçirildiğinde, BBSK'lara başvuran hastalarda ruhsal bozukluk yaygınlığının çeşitli tanısal değerlendirme ölçekleri kullanılarak % 11-79 arasında değiştiği bulunmuştur (1-2,4-6,12-13). Bazı çalışmalarda tanı koydurucu ölçekler kullanılarak, ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk yaygınlığının % 20'nin üzerine çıktığı gösterilmiştir (1,6,14).

Ruhsal bozuklukların tedavisi için birinci basamakta çalışan hekimlerin anahtar kişiler olduğu vurgulanmaktadır (9,15-17). Birinci basamakta çalışan hekimler, kendilerine başvuran hastalardaki ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinde önemli rol oynayabilirler (9). Buna rağmen, ruhsal bozuklukların büyük bir kısmı birinci basamak hekimleri tarafından yeterince tanı alamaz ve tedavi edilemezler (12). Aynı zamanda BBSK'lara gelen çoğu hasta ruhsal bozukluğa sahip olduğunun farkında değildir (18). Bu nedenle, tanı ve tedavide yaşanan sorunlar, ruhsal bozuklukların kronikleşmesine ve önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmasına neden olmaktadır (19).

Ruhsal bozuklukların görülme sıklığını, gidişatını ve sonlanışını, kişilerin hastalıklarının farkında olmaları, işleri ve sosyal ilişkileri, eğitim düzeyleri, cinsiyetleri, kişilerin ve çevrelerinin hastalıklara olumlu ya da olumsuz bakış açıları ayrıca ekonomik durumları ve içerisinde buldukları fiziksel koşulların etkilediği belirtilmektedir (20-21).

Yapılan çalışmalarda, sosyodemografik özelliklerle, ruhsal bozukluklar

arasındaki ilişkiden söz edilmektedir. Bu çalışmaların büyük bir kısmında, ruhsal bozuklukların, eğitim düzeyi düşük olanlar (22-23) ve kadınlarda (24-26) daha sık görüldüğü ortaya konmuştur. Sosyoekonomik durumla ilgili yapılan diğer bazı çalışmalarda; gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse endüstriyel batı toplumlarında ruhsal bozuklukların sıklığı ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları farklılık göstermektedir (20,27-34). 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 (35-37); diğer çalışmaların bazılarında ise daha genç yaş grubunda ruhsal bozukluklara daha yaygın rastlandığı bildirilmiştir (2,24).

Tanısal görüşme ölçekleri kullanılmadan yapılan değerlendirmelerde daha az oranda ruhsal bozukluk tanısı konulabilmektedir. BBSK'larda ruhsal bozuklukların saptanabilmesi amacıyla birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler arasında en çok kullanılanlardan bir tanesi olan "Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu" (Primary Care Evaluation of Mental Disorders -PRIME MD) Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçek olup gerek ülkemizde, gerekse dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (38-40).

Ülkemizde, son yıllarda BBSK'larda görülen ruhsal bozuklukların saptanmasına yönelik araştırmaların sayısı artmaktadır (1,6,12,18,28). Ancak bu bozuklukların yaygınlığına ilişkin bilginiz yine de kısıtlıdır. Ruhsal bozuklukların sıklığının, yaygınlığının ve bu durumla ilgili risk faktörü olabilecek sosyodemografik faktörlerin bilinmesi, hem bilimsel ve klinik açıdan önemli hem de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından gereklidir (40).

Çalışmamızın amacı, Eskişehir il merkezinde yer alan 19 sağlık ocağına başvuran hastalarda PRIME MD ölçeği ve hazırladığımız sosyodemografik veri formunu kullanarak, ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile bu yaygınlığı etkileyebilecek sosyodemografik değişkenleri araştırmaktır. Çalışmamızda ayrıca, sağlık ocaklarında çalışmanın yapıldığı tarihten önceki bir haftanın poliklinik kayıtları taranarak, hekimlerin koydukları ruhsal bozukluk tanı oranlarının bizim ölçek kullanarak koyduğumuz tanı oranlarıyla karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmanın Hipotezleri

- 1) BBSK'lara başvuranların yaklaşık ¼'ünde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı bulunmaktadır.
- 2) Olası alkol tanısı dışında, ruhsal bozukluklar kadınlarda daha yaygın görülürler.
- 3) Cinsiyet ile birlikte, eğitim düzeyi, bedensel bir hastalığın bulunması, sosyoekonomik düzey, medeni durum, yaş gibi değişkenler ruhsal bozuklukların görülmesiyle yakından ilişkilidir.
- 4) Ruhsal bozukluklara, birinci basamakta çalışan hekimler tarafından yeterince tanı konulamamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Bozukluklarla İlgili Sıklık Ve Yaygınlık Çalışmaları

2.1.1. Dünyada yapılan çalışmalar

Son yıllarda dünyada yapılan en geniş epidemiyolojik çalışmalardan birisi, Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen epidemiyolojik alan taraması (Epidemiologic Catchment Area-ECA) programıdır. Bu araştırmada Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostic Interview Schedule-DIS) kullanılarak, herhangi bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığının % 15.4, altı aylık yaygınlığının % 19.1 ve yaşam boyu yaygınlığının % 32.2 olduğu bildirilmiştir. Ciddi bilişsel bozukluk ve madde kullanım bozuklukları dışarıda tutulduğunda bir aylık ruhsal bozukluk yaygınlığı % 11.2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın görüleninin % 7.3 ile anksiyete bozuklukları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, anksiyete bozuklukları için 6 aylık yaygınlık % 8.9, yaşam boyu yaygınlık ise % 14.6 olarak bulunmuştur. Çalışmada en yaygın görülen ikinci bozukluk olan duygudurum bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık oranının ise % 7.8 olduğu bildirilmiştir (41-42).

Penayo ve ark. (27), "Kendi Kendini Değerlendirme Anketi" (The Self Report Questionnaire-SRQ 20) kullanarak, Nikaragua'da genel nüfusla, BBSK'lara başvuranlarda ruhsal bozukluk sıklığını araştırmışlar ve genel nüfusta % 23, BBSK'larda ise % 47 oranında ruhsal bozukluk saptamışlardır. Lübetkin ve ark. (43) ise; PRIME MD ölçeği kullandıkları çalışmalarında, 523 kişinin 32'sinin (% 6.1) major depresyon kriterlerini, 26'sının (% 5) diğer depresif bozukluk kriterlerini, 24'ünün (% 4.6) ise anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir. Harding ve ark. (44), gelişmekte olan 4 ülkede BBSK'lara başvuran 1624 hastayı araştırmış ve 225 kişide (% 13.9) ruhsal bozukluk saptamışlardır. Araştırmacılar, olguların büyük bir çoğunluğunun nevrotik bozukluklara sahip olduğunu ve çoğunun, sağlık merkezlerine, baş ağrısı, karın ağrısı, öksürük, halsizlik gibi fiziksel belirtilerle müracaat ettiğini bildirmişlerdir.

Kırsal bölgelerdeki BBSK'lara başvuranlarda ruhsal bozuklukların sıklığını belirlemek için yapılan bir başka çalışmada ise 18 yaş ve üzerindeki 350 hastaya PRIME MD ölçeği uygulanmış ve hastaların % 34'ünde en az bir PRIME MD tanısı saptanmıştır. Bu çalışmada, duygudurum bozuklukları % 21.7, anksiyete bozuklukları % 12.3, somatoform bozukluklar % 11.1, alkol kötüye kullanımı % 6 ve yeme bozuklukları % 2 oranında saptanmıştır (45).

BBSK'lardaki depresif bozuklukların yaygınlığını ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada, aile hekimlerine müracaat eden 1928 hasta değerlendirilmiş ve major depresyon yaygınlığı % 13.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, depresif bozuklukların tümünün yaygınlığının % 22.6 olduğu ve depresyon hastalarının % 40'ından fazlasının depresyon belirtilerinin hafif olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresyonun komorbid olarak (eşanlı) anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (46).

Kebbon ve ark. (26), İsveç'te bir BBSK'daki 4 haftalık başvuruları incelemiş, 3205 başvurunun 553'ünde (% 17.3) psikiyatrik belirti saptamışlardır. Aynı çalışmada en yaygın belirtilerin, sinirlilik, anksiyete, psikosomatik yakınmalar ve depresif düşünceler olduğu belirtilirken, tanı konulabilecek oranda ruhsal bozukluk, tüm vakaların % 6'sında kaydedilmiştir. BBSK'lara müracaat eden 60 yaş üstü hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise 224 hasta taranmış ve hastaların % 31.7'sinin en az bir aktif ruhsal bozukluk tanısına sahip olduğu bildirilmiştir. En yaygın bozuklukların ise, % 6.5 ile major depresyon, % 5.2 ile minor depresyon, % 2.3 ile alkol kötüye kullanımı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, distimi, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukların daha az yaygınlıkta görüldüğü ve sıklıkla major depresyona eşlik ettiği bildirilmiştir (19).

De Jong ve ark. (47), Guine-Bissau'da gerçekleştirdikleri çalışmada, erişkinlerin % 12'sinde en az bir ruhsal bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir. Finlandiya'da 30 yaş ve üzeridekilerde yapılan yaygınlık çalışmasında ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüzde 17.4 olarak bulunmuştur. En yaygın olarak fobiler ve anksiyete bozuklukları (%6.2) bildirilirken; depresyon yaygınlığı % 4.6 ve şizofreni yaygınlığı % 1.3 olarak bulunmuştur (48).

2.1.2. Türkiye’de yapılan çalışmalar

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 18 yaş üzerinde görüşme yapılan 7479 kişinin % 17.2’sinde en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Tanılar arasında ise en sık olarak ağrı bozukluğu (% 8.4) saptanmıştır. Ayrıca diğer sık görülen tanıların sıklık sırasına göre depresyon (% 4), özgül fobi (% 2.7), nevrasteni (% 2.4), sosyal fobi (% 1.8), kronik yineleyici depresyon (% 1.6) ve distimi (% 1.6) olduğu bildirilmiştir (28). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümü ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile 14 ülkede yapılan, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar” çalışmasının Ankara’da yapılan bölümünde, standart görüşme ölçeklerinden elde edilen verilere göre, sağlık ocaklarına başvuran hastaların yüzde 17.6’sı ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Çalışmaya katılan tüm merkezler birlikte değerlendirildiğinde ise bu oran yüzde 24’ü bulmuştur (49).

Küey ve ark. (1), “Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme” çalışmasında, toplum içinde tedaviyi gerektirecek ruhsal bozukluğu olanların oranının % 20 olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada; toplum içinde, nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik bozuklukların en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu, depresyon sıklığının % 10 olduğu ve toplumun 1/3’ünde uyku bozuklukları görüldüğü belirtilmiştir. Sağduyu ve ark. (50) ise sağlık ocağına başvuran 1997 hastaya “Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi” uygulamış ve hastaların % 23.2’sinde depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Rezaki’nin (51), Ankara’nın Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağında yaptığı çalışmada, sağlık ocağına başvuran 1307 hastaya “Genel Sağlık Anketi” uygulanmış, bu gruptan tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 400 hastaya “Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi” uygulanmış ve hastaların 105’inde (% 26.2) depresyon bulunmuştur. Bunlardan 36’sı hafif, 46’sı orta, 23’ü ağır şiddette olarak tespit edilmiştir.

Kocaeli Üniversitesi Medikososyal Merkezi’ne başvuran öğrencilere PRIME MD ölçeği uygulaması sonucu, ruhsal bozukluk sıklığı % 41.5 olarak bildirilmiştir (52). Ankara Ahatlı Sağlık Ocağı’na başvuranlarda ise aynı ölçekle yapılan çalışmada ruhsal bozukluk oranı % 25.4 olarak bulunmuştur (53). Yine PRIME MD ölçeği kullanılan “Antalya İlinde Sağlık Ocakları’na Başvuranlarda Ruhsal

Bozukluklar” adlı çalışmada ise en az bir ruhsal bozukluk tanısı alanların oranı % 46.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, % 30.2 ile en sık duygudurum bozuklukları görülürken, anksiyete bozuklukları % 25.2, somatoform bozukluklar % 18.8 ve olası alkol kötüye kullanımı ise % 4.7 sıklıkta bulunmuştur (6).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Görülmesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler

2.2.1. Cinsiyet

Gerek ülkemizde, gerekse dünyada yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yaygın görüldüğü ortaya konulmuştur (6,28,50-52).

“Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasında Kılıç ve ark. (28), kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranını ve sağlık ocaklarına başvuru oranını erkeklerin iki katı daha fazla bulmuşlardır. Dönmez ve ark. (6) ise çalışmalarında cinsiyetin kadın olmasının, duygudurum bozukluğu riskini 2.07 kat, anksiyete bozuklukları riskini 3.56 kat ve somatoform bozuklukları riskini 1.9 kat artırdığını bildirmişlerdir. Rezaki'nin (51) BBSK'larda depresyonu araştırdığı çalışmasında, örneklemdaki kadınların % 30.3'üne, erkeklerin ise % 17.1'ine depresyon tanısı konmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer bir şekilde, Sağduyu ve ark. (50) “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon” çalışmalarında, 1997 hastanın 465'ine (% 23.2) depresyon tanısı konulduğunu, kadınların %26.2'sinde, erkeklerin ise %17.7'sinde depresyon tanısı saptandığını ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarında da depresyon benzer oranlarda gözlenirken, depresyon için; kadın cinsiyetin risk faktörü olduğu bildirilmiştir (6,50-51).

Sağduyu'nun (54), “Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon” çalışmasında ise somatik belirtilerin kadınlarda, erkeklere göre daha sık olduğu bulunmuştur. Özmen ve ark. (55), 1997 hastayla gerçekleştirdikleri “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk” çalışmasında sağlık ocağı hastalarında % 3,5 oranında distimik bozukluk tanısı saptamışlar, distimik

bozukluğu olan hastaların % 34.8'inin erkek, % 65.2'sinin de kadın olduğunu bildirmişlerdir. Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da, Belek (56), erkeklerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu bulmuştur. Belek, çalışmasında ruhsal sağlığı belirleyen değişkenlerin, sınıfsal konum, eğitim, cinsiyet ve medeni durum olduğunu bildirmiştir.

Patel ve ark. (36), BBSK'larda görülen ruhsal bozuklukları, kadınlarda daha sık bildirmiş iken, Mumford ve ark. (21), Pakistan'da kırsal alanda yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların kadınlarda 2.5 kat daha sık görüldüğünü bulmuşlardır. Linzer ve ark. (25), 1000 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise herhangi bir ruhsal bozukluk oranını kadınlarda % 43 olarak saptarlarken, bu oran erkekler için yüzde 33'de kalmıştır. Vazquez-Barquero ve ark. (57), İspanya'nın Cantabria bölgesinde yaptıkları çalışmada, ruhsal bozuklukları, erkeklerin % 12.4'ünde, kadınların ise % 23.8'inde saptamışlardır. Toft ve ark. (5) ise Danimarka'da BBSK'larda gerçekleştirdikleri çalışmada erkeklerde hipokondriazis ve alkol bağımlılığı sıklığını kadınlardan daha yüksek oranda saptamışlar diğer tüm ruhsal bozuklukları kadınlarda daha yüksek oranda bildirmişlerdir.

2.2.2. Medeni Durum

Medeni durum ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki pek çok çalışmaya konu olmuş, bu konuda yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur (6,28,54,58).

Erol ve ark. (28), çalışmalarında, medeni durumun ruhsal bozukluk sıklığını etkilediğini saptamışlar; Dönmez ve ark. (6) ise Antalya ilinde gerçekleştirdikleri çalışmada böyle bir ilişkinin saptanamadığını bildirmişlerdir. Genelde depresif bozukluğun, hiç evlenmemiş, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde sık olarak görüldüğü bildirilmiş (50,59) ancak bazı çalışmalar bu verileri desteklememiştir (51). Sağduyu ve ark. (50) ise çalışmalarında depresif bozukluğun ayrı yaşayan ya da boşanmışlarda evli ya da hiç evlenmemişlere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Rezaki'nin (51) çalışmasında ise medeni durumla depresyon tanısı arasında ilişki bulunamamıştır. Sağduyu'nun (54) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında, somatizasyonun evli ya da dul olanlarda hiç evlenmemişlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Antalya ilinde Belek (56)

tarafından yapılan alan araştırmasında da, evlilerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur. Doğan ve ark.'nın (58) Sivas il merkezinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise medeni durumla anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Linzer ve ark.'nın (25) alışmalarında, boşanmanın kadınlarda depresyon gelişimi açısından daha riskli olduğu bildirilmiş, Anthony ve ark.nın (60) alışmalarında da, eşinden ayrılmış ve dul olanların depresyon açısından daha riskli olduğu saptanmıştır. Altamura ve ark. (61) ise 493 kişiyle gerçekleştirdikleri ve “Uluslararası Birleřik Tanı Görüşmesi” (Composite International Diagnostic Interview-CIDI) leđi kullandıkları çalışmalarında eşinden ayrılmış, boşanmış ya da dul olanlarda ruhsal bozuklukların anlamlı derecede fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Dűnyada gerçekleştirilmiş birçok çalışmada dullarda-eşinden ayrılanlarda ruhsal bozukluk sıklıkları daha yűksek bulunmuş iken (62-63) bazı çalışmalarda farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Örneđin Rotschild ve ark. (64), bekarlarda ruhsal bozuklukların diğer gruplara göre daha fazla grűldűđűnű bildirmişler, Sadock (65) ise evlilikte uyum sorunlarının duygudurum bozukluklarına zemin hazırladığını ve bu nedenle evliliğin risk oluşturabileceğini iddia etmiştir. Charney ve ark. da (66) evli olmayan erkeklerin ve evli kadınların ruhsal bozukluk açısından daha bűyűk risk altında olduğunu iddia etmişlerdir.

2.2.3. Eğitim

Gerek űlkemizde gerekse dűnyada yapılmıř çalıřmaların bűyűk bir kısmında eđitim dűzeyinin dűřűk olması ruhsal bozukluklar için bir risk faktrű olarak bildirilmiř iken (6,23,25,28,51), diđer bazı çalıřmalarda bu iliřki ortaya konulamamıřtır (50,58). Dönmez ve ark. (6) eđitimin az olmasının anksiyete ve somatoform bozukluklar ynűnden risk faktrű olarak grűldűđűnű ortaya koyarlarken, Erol ve ark. (28), eđitimin ruhsal bozukluk yaygınlıđını etkilediđini bildirmiřlerdir. Rezaki'nin (51) alıřmasında, eđitim dűzeyi ile depresyon arasındaki iliřki anlamlı bulunmamasına rađmen, Sađduyu ve ark.'nın (50) “Birinci Basamak Sađlık Hizmetlerinde Depresyon” çalıřmalarında eđitim dűzeyi dűřűk olanlarda yűksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon grűldűđű bildirilmiřtir.

Sağduyu'nun (54) "Sağlık Ocağı'na Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında somatizasyon, 5 yıl ve altında eğitim alanlarda, lise ve daha yüksek düzeyde eğitim alanlara göre daha sık bulunmuştur. Belek (56), 11 yıldan daha uzun süre eğitim alanların, daha az eğitim alanlara göre ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyinin ilişkisini araştıran çalışmalardan birisinde Doğan ve ark. (58) Sivas il merkezinde anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir.

Dünyadaki çalışmaların büyük bir kısmında da eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal bozukluk yaygınlığını arttırdığı ortaya konulmuştur (23,25,67). Blacker ve Clare (68), eğitim düzeyinin düşük olmasının depresyon riskini arttırdığını belirtirken, Almeida ve ark. da (24) Brezilya'daki çalışmalarında, eğitim alınan yıl sayısının artmasıyla ruhsal bozukluk yaygınlığının azaldığını ve daha az eğitim alanlarda ruhsal bozuklukların daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Eğitim düzeyinin düşük olması çalışmaların büyük bir bölümünde ruhsal bozukluklarla ilişkili olarak ileri sürülse de Coryell ve ark. (69) bu çalışmaların aksini savunmuşlar ve 965 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada yüksek eğitim düzeyini depresyon açısından daha riskli olarak tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Rotschild (64) ise eğitim düzeyi ile duygudurum bozukluklarının yaygınlığı arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüştür.

2.2.4. Yaş

Ruhsal bozuklukların yaşla ilişkisini konu alan çalışmaların sonuçları da çelişkilidir. Bazı çalışmalarda özellikle ileri yaş grubunda ruhsal bozukluk tanısına sık rastlandığı bildirilmiş (36-37,70), ancak diğer bazı çalışmalar bu veriyi desteklememiştir (6,50).

Ülkemizde depresyonun araştırıldığı çalışmaların bazılarında 40 yaş üzerinde olmanın risk faktörü olduğu bildirilmiş ancak bazı çalışmalarda bu ilişki anlamlı bulunmamıştır (50,51). Dönmez ve ark.'nın (6) Antalya'daki sağlık ocaklarında gerçekleştirdikleri çalışmada yaşın ruhsal bozukluklara etkisinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Özmen ve ark.'nın 1997 hastayla gerçekleştirdikleri "Birinci Basamak

Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk” çalışmasında cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, en az bir kronik bedensel hastalık bulunma değişkenleri arasında, distimik bozukluk tanısını, en az bir kronik bedensel hastalık bulunma ve yaş değişkenlerinin yordadığı; yaş arttıkça distimi oranının azaldığı, en az bir kronik bedensel hastalık bulunmasıyla distimi oranının arttığı gösterilmiştir (55).

Vazquez-Barquero ve ark. (57) ruhsal bozuklukların, yaş ile görülme sıklığının değiştiğini bildirmişlerdir. Banerjee ve Macdonald, 65 yaş ve üzeridekilerde % 46 oranında ruhsal bozukluk bildirirken (70), Clement ve arkadaşları (37), yaşlılarda depresyonun teşhisinin daha zor olduğunu ve yaşlı hastaların % 44’ünde depresif-anksiyöz belirtiler olduğunu belirtmişlerdir. Patel ve ark. da (36), BBSK’lara başvuran kişiler arasında ruhsal bozuklukları ileri yaşta daha sık bulmuşlardır. Toft ve ark.’nın (5) gerçekleştirdikleri çalışmada da 40 yaş üzerindeki bireylerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve alkol bağımlılığı sıklığının 40 yaş altındakilere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. ABD’de gerçekleştirilen ECA çalışmasında ise ruhsal bozukluklar 25-44 yaş grubunda daha ileri yaşlara göre daha yaygın olarak tespit edilmiştir (42).

2.2.5. Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik durumu farklı topluluklarla yapılan çalışmalarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir (8,11,32,34-36,71-72). 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 (8,11); bazı çalışmalarda farklılık saptanmamış (45,47,73) ya da daha yüksek oranlar (34-35,74) bulunmuştur. Endüstriyel batı toplumlarında yapılan çalışmalarda da sonuçlar farklılık göstermiştir (32-34).

Ayrancı ve Yenilmez’in (14) Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında gerçekleştirdikleri retrospektif çalışmada sosyoekonomik durumu yüksek olarak kabul edilen mahallelerin sağlık ocaklarında konulan ruhsal bozukluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Depresyona yönelik çalışmaların bazılarında düşük

sosyoekonomik düzeyin depresyon riskini arttırdığı ortaya konulmuştur (50,75). Antalya ilinde yapılan bir alan araştırmasında da Belek (56), aylık geliri yüksek olanların ve geliri giderinden daha fazla olanların daha sağlıklı olduğunu ortaya koymuştur.

Baum ve ark. (32), çalışmalarında sosyoekonomik durum düşüklüğünün ruhsal bozuklukların artması ile ilişkili olduğunu belirtmişler iken, Patel ve ark. da (36), BBSK'larda görülen ruhsal bozuklukları ekonomik sorunları olanlarda daha yüksek oranlarda bulmuşlardır. Abiodun ve ark. (29) ise kırsal yerleşim bölgeleri ya da şehir merkezlerinin kenar semtlerinde yaşayanların sağlık kurumlarına daha az müracaat etmesi ve sağlık kuruluşları yerine geleneksel ve dini yöntemleri kullanmaları nedeniyle bu kesimde ruhsal bozukluklara daha az rastlanabileceğini belirtmişlerdir.

Reijneveld ve ark. da (71) , Hollanda'nın sosyoekonomik açıdan geri kalmış bölgelerinde yaptıkları çalışmada, ruhsal bozuklukların yaygınlığını % 32.3 olarak bulmuşlardır. Araştırmacılar, sosyoekonomik açıdan geri kalmış bölgelerde, ruhsal bozuklukların daha fazla olduğunu ve bunun bireysel faktörlerden bağımsız olduğunu ayrıca düşük bir gelir düzeyine sahip insanların ister fakir isterse zengin bir bölgede yaşasın, ruhsal bozukluklara daha çok maruz kaldığını bildirmişlerdir. Lewis ve ark. (33), İngiltere'de gelir eşitsizliğinin nevroitik bozukluk sıklığındaki artışın en önemli nedeni olarak görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Düşük gelirli ve göçmen hastalara hizmet veren bir sağlık ocağında yaptıkları çalışmada, Olfson ve ark. (72), major depresyonu % 18.9, yaygın anksiyete bozukluğunu % 14.8 ve panik bozukluğu % 8.3 oranında bulmuşlardır.

2.2.6. Çalışma Durumu

Ülkemizdeki birçok çalışmada çalışma durumu ile ruhsal bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken (50,51,55), bazı araştırmacılar, ekonomik sorunlar ve eğitimin yanında işsizliğin özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu iddia etmişlerdir (76-77).

Dünyada yapılmış çalışmalar, işsizliğin ruhsal bozuklukların yaygınlığında artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (78-81). Warr (81), İsveç'te 1297 kişiyle

gerçekleştirdiği çalışmada işsizliğin ruhsal bozuklukların artışıyla yakından ilişkili olduğunu bildirmiştir. Araştırmacı, ayrıca bu kişilerde ruhsal bozuklukların artmasına, çalışma hayatı ve kişinin işine bağlılığından çok ekonomik sıkıntıların ve finansal anlamda kişinin kendini güvende hissetmemesinin rol oynadığını bildirmiştir. Boolton ve Oatley de (82), işsiz kişilerin daha depresif olduğunu ve bu kişilerin yeniden istihdam edildiklerinde depresif belirtilerinin belirgin olarak azaldığını tespit etmişlerdir. Tiggeman ve Winefield (83) ise işsiz bireylerin çalışan bireylere göre özellikle depresyon açısından daha büyük risk altında olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılar, işsizlerin ayrıca çalışanlara göre kendilerini daha yalnız hissettiklerini ve topluma kızgınlık duyduklarını bildirmiştir. Jahoda (84) ise çalışmayanlarda kaygı ve umutsuzluk gibi semptomların yanında depresyonun da sık görüldüğünü belirtmiştir. Weich ve Lewis'in (85) çalışmasında ise, işsizliğin ruhsal bozuklukların sıklığını arttırmadığı ancak var olan ruhsal bozukluğun süresini uzattığı bulunmuştur.

2.3. Ruhsal Bozuklukların Bedensel Hastalıklarla İlişkisi

Bedensel hastalığı olanlarda, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların daha yaygın olduğu ve ruhsal bozuklukların seyrini olumsuz yönde etkileyebildikleri gösterilmiştir (86-90).

Wells ve ark. (87), ECA çalışmasında, kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozuklukları yüksek oranda bulmuşlardır. Bu çalışmada, 2554 kişi taranmış; bir ya da birden fazla kronik bedensel hastalığı olanlarda son 6 ay içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluk yaygınlığı % 24.7 bulunmuştur. Aynı kişilerde ruhsal bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise % 42.2'dir. Bedensel hastalığı olmayanlarda ise son 6 ay içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluk yaygınlığı % 17.5, ruhsal bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 33 bulunmuştur. Böylece bedensel hastalığı olan kimselerin ruhsal bozukluğa yakalanma riski, bedensel hastalığı olmayanlara göre 1.4 kat daha fazla olarak saptanmıştır. Nörolojik hastalığı bulunan bireylerde % 37.5, kalp hastalığı olanlarda % 34.6 ve kronik akciğer hastalığı olanlarda % 30.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır.

Swartling ve ark. da (88), ruhsal sorunları, batın ve göğüs hastalıkları ile

komorbid olarak yaygın bir şekilde gözlemlenmişlerdir. Araştırmacılar, çalışmalarında; hastanın ruhsal bozukluğunun olduğunun farkında olmamasının ve ruhsal soruna eşlik eden bedensel hastalık bulunmasının hem teşhisi zorlaştırdığını hem de tedavide önemli sıkıntılara yol açtığını bildirmişlerdir. Ayrıca, kanser, miyokard infarktüsü ve parkinson hastalığı gibi birçok ciddi tıbbi hastalıkta yarıya varan oranlarda depresyon görüldüğü bildirilmiştir (50,89). İspanya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da bedensel bir hastalığı olmayan erkeklerde % 5.2, kadınlarda % 10.5 oranında ruhsal bozukluk saptanırken; bu oranlar, bedensel hastalığı olan erkekler için % 17.5, kadınlar için % 37.3 olarak bulunmuştur (57).

Üçok (90), “Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuşu” adlı çalışmasında, 400 kişilik örnekleme en az bir kronik bedensel hastalığı olan 230 kişinin (56 erkek, 174 kadın) % 40.4’ünde, kronik bedensel hastalığı olmayan 170 kişinin ise % 27.1’inde ruhsal bozukluk saptandığını bildirmiştir. Kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozuklukların sıklığı, bedensel hastalığı olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. Rezaki (51) ise depresyonu olanların % 69.5’inde hastaların kendi bildirimlerine göre, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, romatizma, şeker hastalığı gibi kronik bedensel hastalıklardan en az birinin bulunduğunu tespit etmiştir. Depresyonu olmayanların ise % 52.9’unda kronik bedensel hastalık tespit edilmiştir. Bu oran istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozukluklar ve Hekim Tanıları

Dünyada ruhsal sorunu olan hastaların % 40-80'inin ilk olarak birinci basamak hekimler tarafından görüldüğü bildirilmektedir (8). Bu nedenle ruhsal bozuklukların BBSK'larda tanınıp tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. BBSK'larda ruhsal bozuklukların yaygın olarak görüldüğü, ancak ruh sağlığı merkezleri ve hastalar arasında öncü görevi görmesi gereken birinci basamak hekimlerinin (9), ruhsal bozuklukları yeterince tanıyamadığı ve tedavi edemediği ileri sürülmüştür (31,50-51,91). Birinci basamak hekimlerin, bilgi, hastalığı tanıma konusunda da aşırı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır (10). Bir çalışmada, BBSK'lardaki depresyon, sıklığı ve sonuçları ile önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmasına rağmen hastaların ancak yarısına tanı konulabildiği bildirilmiştir (50). Benzer bir çalışmada da BBSK'lara başvuran ve major depresyon tanısı olan hastaların % 74'üne birinci basamak hekimler tarafından doğru tanı konulamadığı saptanmıştır. (91)

Motive edilmiş bir birinci basamak hekimin depresif hastaların % 90'ını ayaktan tedavi edebileceği bildirilmiştir. Bu durumun hem maliyet azalmasını hem de aile ve hasta çevresiyle daha iyi ilişkiler kurulmasını getireceği belirtilmektedir. Buna rağmen birinci basamak hekimlerinin kendilerine herhangi bir müdahale yapılmadan ya da ek bir psikiyatrik eğitim verilmeden sağlık ocağına başvuran hastaların sadece % 8.3'ünü ruhsal bakımdan hasta olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (31). Birinci basamak hekimi çeşitli yakınmalarla başvuran bu hastalardaki depresyonu ise yüzde 30 oranında tanıyabilmektedir (51).

Almanya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal bozuklukların ancak yarısını tanıyabildikleri gösterilmiştir. Hastalıkları tanıyabilme oranı, özellikle çocuk ve adolesan çağıdaki ruhsal bozukluklarda, nörotik ve psikosomatik hastalıklara sahip yetişkin çağıdaki ruhsal bozukluklarda düşük bulunmuştur. Aksine, şizofreni ve affektif psikoz vakalarının %70'inden fazlası ve demanslıların % 90'ından fazlası birinci basamakta çalışan hekimlerce tanınmıştır (92).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren

Bu çalışmada evren, 2006 yılında Eskişehir İl Merkezinde Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Ocaklarının bakmakla yükümlü olduğu 15-69 yaş aralığındaki bireylerin tamamıdır.

3.2. Çalışma Alanının Tanıtılması

Çalışma, Eskişehir il merkezinde yer alan sağlık ocaklarında gerçekleştirilmiştir. Çalışma sırasında Eskişehir il merkezinde 17 ve 18 no.lu sağlık ocakları aktif olarak çalışmamakta olup 19 tane aktif çalışan sağlık ocağı bulunmaktadır. Sağlık ocaklarının bakmakla yükümlü olduğu 15-69 yaş nüfus, Tablo 1'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 düzeyinde % 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 olarak belirlenmiştir. 19 aktif sağlık ocağına bağlı nüfus kota örneklemesine göre orantılanarak, her sağlık ocağında bakılacak denek sayısı belirlenmiştir.

Çalışma öncesinde çalışmaya katılacak olanlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onay alınmıştır. Çalışma 28 Eylül 2006 tarih ve 31 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Kota örneklemesine göre sağlık ocaklarında anket uygulanması hedeflenen ve anket uygulanabilen deneklerin sayısı Tablo 1’de görölmektedir.

Tablo.1.Sağlık Ocaklarındaki Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) Kayıtlarına Göre 15-69 Yaş Nüfus ve Çalışmaya Katılanların Sayısı

Sağlık Ocağı No	ETF’ye göre nüfus	%	Hedeflenen katılımcı sayısı	Gerçekleşen	
				Katılımcı Sayısı	%
1	11538	2.80	28	29	2.90
2	26391	6.30	64	65	6.40
3	41693	10.00	101	102	10.10
4	40890	9.80	99	98	9.70
5	25083	6.00	61	62	6.10
6	27773	6.70	68	67	6.60
7	33140	7.90	80	79	7.80
8	14071	3.40	34	35	3.50
9	10484	2.50	25	25	2.50
10	7765	1.90	19	19	1.90
11	16413	3.90	39	40	4.00
12	27039	6.50	66	64	6.30
13	42189	10.10	102	103	10.20
14	24886	6.00	61	61	6.00
15	10490	2.50	25	25	2.50
16	18181	4.40	44	40	4.00
19	8027	1.90	19	20	2.00
20	8350	2.00	20	21	2.10
21	22839	5.50	56	56	5.50
Toplam	417242	100.00	1011	1011	100.00

3.4. Çalışma Gereçleri

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

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

PRIME MD, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve olası alkol kötüye kullanımı gibi BBSK'larda en yaygın görülen ruhsal bozuklukların birinci basamak hekimlerince kısa sürede ve doğru olarak teşhisi için tasarlanmış tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (38). Ölçek Spitzer ve ark. (39) tarafından geliştirilmiş olup, birinci basamakta çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluk tanısı koyabilmeleri için tasarlanmış ilk görüşme ölçeğidir (93). Türkiye'de geçerlik-güvenirlik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır (6,25,45,93).

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 (6,40).

3.6. Araştırmanın Aşamaları

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışma için alınan izin doğrultusunda tüm sağlık ocaklarının sorumlu hekimleri ile uygulama günü ve saati için ilgili görüşmeler yapılmıştır. Her sağlık ocağında uygulama için uygun bir poliklinik belirlenmiş ve uygulamalar bu polikliniklerde gerçekleştirilmiştir. 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.

Ayrıca PRIME MD çalışmasının yapıldığı sağlık ocaklarında çalışmadan bir hafta önceki poliklinik kayıtları taranarak, bu sağlık ocaklarında konulan ruhsal bozuklukların oranı saptanmıştır.

3.7. Uygulama

Uygulama, 1 psikiyatri asistanı, 2 Aile hekimliği asistanı ve 7 birinci basamak hekim tarafından gerçekleştirilmiş ve uygulama öncesi tüm uygulayıcılara PRIME MD uygulaması öğretilmiştir. 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 18 katılımcı yerine aynı sağlık ocaklarından yeni denekler eklenmiştir.

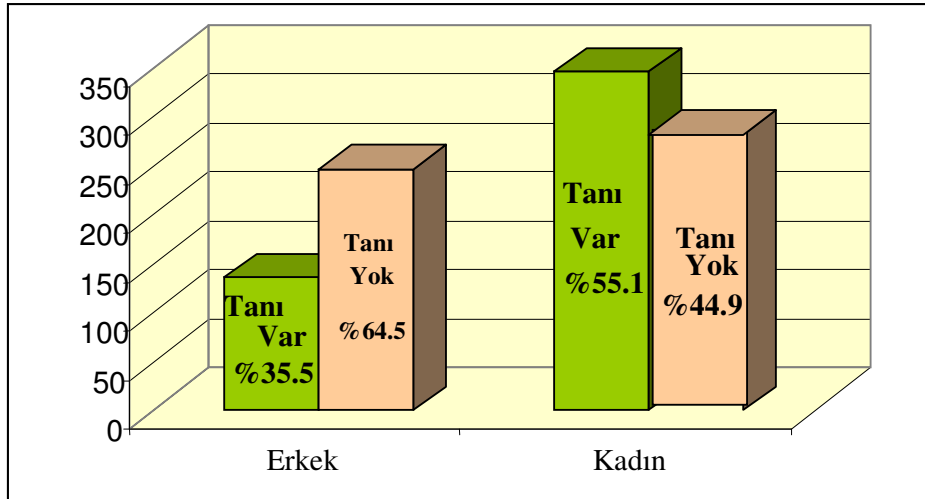
3.8. İstatistiki Değerlendirme

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 imkanı olmaktadır. Bu aşamalarda özetle; betimleyici istatistikler, ki-kare analizi, uyum analizi ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 1011 kişinin 628'i (% 62.1) kadın, 383'ü (% 37.9) erkektir. Deneklerin 709'u (% 70.1) evli iken, 211'i (% 20.9) bekar, 91'i de (% 9) duldur. Çalışmaya katılanların 40'ının (% 4) okuma yazma bilmediği tespit edilmiş iken, en sık gözlenen eğitim düzeyinin 493 kişi (% 48.8) ile ilköğretim olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerin 419'unun (% 41.4) ev hanımlarından oluştuğu gözlenmiş ayrıca en sık gelir düzeyi grubunun 672 kişi (% 66.5) ile 400-999 YTL arası gelir grubu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanlara ait sosyodemografik veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sağlık Ocaklarına başvuran ve çalışmaya dahil olan 1011 kişinin 482'sine (% 47.7) en az bir PRIME MD tanısı konulmuş iken % 52.3'ünde herhangi bir tanı bulunmamıştır. Çalışmaya katılan 383 erkeğin 136'sına (%35.5) en az bir ruhsal bozukluk tanısı konulmuş, 247'si (%64.5) ise tanı almamıştır. Ayrıca çalışmaya dahil olan 628 kadının 346'sında (%55.1) tanı görülürken geriye kalan 282'sinde (% 44.9) tanı bulunmamıştır. PRIME MD tanılarının cinsiyete göre görülme yaygınlığı Şekil 1'de görülmektedir.



Şekil.1.PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo.2.PRIME MD Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş	15-19	84	8.3
	20-29	237	23.4
	30-39	217	21.5
	40-49	203	20.1
	50-59	158	15.6
	60 - 69	112	11.1
Cinsiyet	Erkek	383	37.9
	Kadın	628	62.1
Medeni Durum	Bekar	211	20.9
	Evli	709	70.1
	Dul	91	9.0
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	40	4.0
	İlköğretim	493	48.8
	Lise ve Dengi Okullar	274	27.1
	Yüksek Okul -Üniversite	204	20.1
Gelir Düzeyi	400 YTL altında	149	14.7
	400 YTL - 999 YTL arası	672	66.5
	1000 YTL - 2499 YTL arası	173	17.1
	2500 YTL ve üzeri	17	1.7
*Çocuk Sayısı	1 Tane	174	17.2
	2 Tane	364	36.0
	3 Tane	136	13.5
	4 veya fazlası	73	7.2
	Yok	264	26.1
*Meslek	Ev Hanımı	419	41.5
	İşçi	149	14.7
	Öğrenci	142	14.1
	Devlet Memuru	108	10.7
	Emekli	95	9.4
	Esnaf	32	3.2
	Diğer	66	6.4
*Eskişehir'de İkamet Süresi	Yerlisi	826	81.7
	1 - 5 yıldır yaşıyor	137	13.6
	1 yıldan az süredir yaşıyor	48	4.7
*Günlük İşleri Yapmada Zorluk	Evet	338	33.4
	Hayır	673	66.6
Çalışma Durumu	Aktif çalışmıyor (Ev hanımları dahil)	594	58.8
	Aktif çalışıyor	253	25.0
	Öğrenci	134	13.2
	Bazen Çalışıyor	30	3.0
*Oturduğu Ev	Kendinin	648	64.1
	Kira	316	31.3
	Bir Yakının Yanında	42	4.1
	Yurt	5	0.5
*Sağlık Güvencesi	SSK	583	57.7
	Emekli Sandığı	278	27.5
	Bağ- Kur	87	8.6
	Yeşil Kart	23	2.3
	Özel Sağlık Sigortası	4	0.4
	Yok	36	3.5

*Sosyodemografik veri formunda yer alan bu değişkenlerin sadece betimleyici istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 3’de anksiyete bozukluklarının yaygınlığı görülmektedir. Buna göre, çalışmaya dahil olan 1011 kişinin 703’ünde anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmemişken geriye kalan 308 kişide en az bir anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmiştir. En fazla, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (BTAAB) tanısı konmuş olup bu tanı 166 (%16.4) kişide gözlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), eşanlı durumlar da dahil olmak üzere 112 (%11.1) kişide görülmüş iken bu 112 kişinin 28’inde (tüm YAB’lıların %25’i), panik bozukluk (PB) ile eşanlı olarak gözlenmiştir. Panik bozukluk ise eşanlı durumlar da dahil 58 (%5.8) kişide bulunmuştur.

Tablo.3.PRIME MD ile Konulan Anksiyete Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Anksiyete Bozuklukları	n	%
Anksiyete Bozukluğu Tanısı Yok	703	69.5
Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (BTAAB)	166	16.4
Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	84	8.3
Panik Bozukluk (PB)	30	3.0
Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu	28	2.8
Toplam	1011	100.0

PRIME MD ile tanı konulan duygudurum bozuklukları tablo 4’de gösterilmiştir. Buna göre 1011 kişinin 624’ünde (%61.7) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken, geriye kalan 387 (%38.3) kişide duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur.

Tablo.4.PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Duygudurum Bozuklukları	n	%
Duygudurum Bozukluğu Tanısı Yok	624	61.7
Major Depresif Bozukluk (MDB)	239	23.7
Minor Depresif Bozukluk (MinDB)	68	6.7
Distimi	46	4.5
Major Depresif Bozukluğun Kısmi Remisyonu / Rekürrensi (MDB-KR)	19	1.9
Bipolar Bozukluk	15	1.5
Toplam	1011	100.0

Tablo 5’de PRIME MD ile tanısı konulan somatoform bozukluklar görülmektedir. Buna göre 1011 kişinin 759’unda (%75.1) somatoform bozukluk tanısı bulunmamışken 252 (%24.9) kişide en az bir somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. Tabloda “diğer” başlığı altında eştanlı somatoform bozukluklar görülmektedir. Eştanlı 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 24 (% 2.4) kişide eştanlı olarak gözlenmiştir. Diğer başlığı altındaki eştanlı durumlar da dahil edildiğinde 86 kişide KAB, 55 kişide MSB ve 27 kişide Hipo tanısı gözlenmiştir.

Tablo.5.PRIME MD ile Konulan Somatoform Bozukluk Tanılarının Dağılımı

Somatoform Bozukluklar	n	%
Somatoform Bozukluk Tanısı Yok	759	75.1
Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk (BTASB)	108	10.7
Kronik Ağrı Bozukluğu (KAB)	71	7.0
Multisomatoform Bozukluk (MSB)	40	4.0
Hipokondriazis (Hipo)	9	0.9
Diğer	24	2.4
Toplam	1011	100.0

Tablo 6’da olası alkol kötüye kullanımı (OAKK) tanısının yaygınlığı görülmektedir. Buna göre OAKK örneklem grubunun 56’sında (%5.5) gözlenmiştir.

Tablo.6.PRIME MD ile Konulan Olası Alkol Kötüye Kullanımı (OAKK) Tanısı

Olası Alkol Tanısı	n	%
OAKK Tanısı Yok	955	94.5
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	56	5.5
Toplam	1011	100.0

Tablo 7’de duygudurum bozukluklarıyla anksiyete bozukluklarının eşanlı olarak görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre MDB tanısı olan 239 (% 23.6) kişinin 84’ünde (%35.1) YAB tanısı da gözlenmiş, bu 84 kişinin 25’inde (% 30.1) YAB ile birlikte PB tanısı da görülmüştür. En yaygın ikinci eşanlı durum MDB+BTAAB olup 74 kişide gözlenmiştir.

Tablo.7.PRIME MD ile Tanı Konulan Duygudurum Bozuklukları ile Anksiyete Bozukluklarının Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Anksiyete Bozuklukları					
	Tanı Yok (n/%)	PB (n/%)	YAB (n/%)	BTAAB (n/%)	PB ve YAB (n/%)	Toplam (n/%)
Tanı Yok	560(%79.7)	6(%20.0)	11(%13.1)	47(%28.3)		624(%61.7)
MDB	60(%8.5)	21(%70.0)	59(%70.2)	74(%44.6)	25(%89.3)	239(%23.6)
MDB-KR	9(%1.3)		3(%3.6)	7(%4.2)		19(%1.9)
Distimi	32(%4.6)		4(%4.8)	10(%6.0)		46(%4.5)
MinDB	41(%5.8)	1(%3.3)	3(%3.6)	23(%13.9)		68(%6.7)
Bipolar	1(0.1)	2(%6.7)	4(%4.8)	5(%3.0)	3(%10.7)	15(%1.5)
Toplam	703(%100.0)	30(%100.0)	84(%100.0)	166(%100.0)	28(%100.0)	1011(%100.0)

Tablo 8’de duygudurum bozukluklarının OAKK ile birlikteliği görülmektedir. En yaygın tanı olan MDB’ye sahip 239 kişinin 20’sinde (MDB’li hastaların % 8.4’ü) OAKK bulunmuştur. Diğer bir ifade ile tüm OAKK’lilerin 20’sinde (% 35.7) MDB bulunmuştur.

Tablo.8.PRIME MD ile Konulan Duygudurum Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Olası Alkol Tanısı		Toplam (n/%)
	Tanı Yok (n/%)	OAKK (n/%)	
Tanı Yok	604(%63.2)	20(%35.7)	624(%61.70)
MDB	219(%22.9)	20(%35.7)	239(%23.60)
MinDB	61(%6.4)	7(%12.4)	68(%6.70)
Distimi	43(%4.5)	3(%5.4)	46(%4.50)
MDB-KR	16(%1.7)	3(%5.4)	19(%1.90)
Bipolar	12(%1.3)	3(%0.5.4)	15(%1.50)
Toplam	955(%100)	56(%100)	1011(%100.00)

Tablo 9’da somatoform bozukluklarla duygudurum bozukluklarının eşanlı görülme yaygınlığı görülmektedir. En yaygın gözlenen eşanlı durum BTASB + MDB birlikteliğidir ve 57 kişide (örneklem %6.6’sı) görülmüştür. BTASB’si olanların %52.8’inde MDB gözlenmişken, MDB’si olan 239 kişinin 57’sinde (%23.8) BTASB gözlenmiştir. Somatoform bozukluklar ve duygudurum bozuklukları ile ilgili diğer eş tanımlar Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo.9.PRIME MD ile Tanı Konulan Somatoform Bozukluklar ile Duygudurum Bozukluklarının Birlikteliği

Duygudurum Bozuklukları	Somatoform Bozukluklar						Toplam (n/%)
	Tanı Yok (n/%)	BTASB (n/%)	KAB (n/%)	MSB (n/%)	Hipo (n/%)	Diğer	
Tanı Yok	565(%74.4)	28(%25.9)	23(32.4)	5(%12.5)		3(%12.5)	624(%61.7)
MDB	102(%13.4)	57(%52.8)	30(%42.3)	25(%62.5)	7(%77.8)	18(%75.0)	239(%23.6)
MDB-KR	12(%1.6)	4(%3.7)	2(%2.8)			1(%4.2)	19(%1.9)
Distimi	37(%4.9)	5(%4.6)	1(%1.4)	2(%5.0)	1(%11.1)		46(%4.5)
MinDB	42(%5.5)	12(%11.1)	11(%15.5)	2(%5.0)		1(%4.2)	68(%6.7)
Bipolar	1(%0.1)	2(%1.9)	4(%5.6)	6(%15.0)	1(%11.1)	1(%4.2)	15(%1.5)
Toplam	759(%100)	108(%100)	71(%100)	40(%100)	9(%100)	24(%100)	1011(%100)

Tablo 10’da anksiyete bozukluklarıyla somatoform bozuklukların eşanlı görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre, en yaygın eşanlı durum BTAAB + BTASB birlikteliğidir ve 51 bireyde (örneklem % 5.1’i) bulunmuştur. BTAAB’si olan 166 kişinin 51’inde (% 30.7) BTASB gözlenirken, BTASB’si olan 108 kişinin 51’inde (% 47.2) BTAAB gözlenmiştir. Anksiyete bozuklukları ile somatoform bozukluklarının eşanlı görüldüğü diğer durumlar Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo.10.PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile Somatoform Bozuklukların Birlikteliği

Somatoform Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları					Toplam (n/%)
	Tanı Yok (n/%)	PB (n/%)	YAB (n/%)	BTAAB (n/%)	PB ve YAB (n/%)	
Tanı Yok	642(%91.3)	4(%13.3)	29(%34.5)	83(%50.0)	1(%3.6)	759(%75.1)
BTASB	23(%3.3)	8(%26.7)	19(%22.6)	51(%30.7)	7(%25.0)	108(%10.7)
KAB	28(%4.0)	6(%20.0)	17(%20.2)	12(%7.2)	8(%28.6)	71(%7.0)
MSB	4(%0.6)	8(%26.7)	11(%13.1)	16(%9.6)	1(%3.6)	40(%4.0)
Hipo	4(%0.6)		2(%2.4)		3(%10.7)	9(%0.9)
Diğer	2(%0.3)	4(%13.3)	6(%7.1)	4(%2.4)	8(%28.6)	24(%2.4)
Toplam	703(%100)	30(%100)	84(%100)	166(%100)	28(%100)	1011(%100.)

Tablo 11’de anksiyete bozuklukları ile olası alkol kötüye kullanımının birlikteliği gözlenmektedir. Buna göre OAKK’lilerin 20’sinde (%35.7) BTAAB gözlenmiştir. BTAAB olanların 20’sinde (BTAAB’lilerin %12’si), YAB olanların eşanlı durumlar da dahil 9’unda (tüm YAB’lilerin %8’i) ve PB hastalarının eşanlı durumlar da dahil 6’sında (tüm PB’lilerin %10.1’i) eşanı olarak OAKK bulunmuştur.

Tablo.11.PRIME MD ile Tanı Konulan Anksiyete Bozuklukları ile OAKK Birlikteliği

Anksiyete Bozuklukları	Olası Alkol Tanısı		
	Tanı Yok (n/%)	OAKK (n/%)	Toplam (n/%)
Tanı Yok	677(%79.9)	26(%46.4)	703(%69.5)
BTAAB	146(%15.3)	20(%35.7)	166(%16.4)
YAB	80(%8.4)	4(%7.1)	84(%8.3)
PB	29(%3.0)	1(%1.8)	30(%3.0)
PB ve YAB	23(%2.4)	5(%8.9)	28(%2.8)
Toplam	955(%100)	56(%100)	1011(%100.00)

Tablo 12’de somatoform bozuklukların OAKK ile birlikte görülme yaygınlığı gözlenmektedir. Buna göre OAKK tanısı alanların 7’sinde (%12.5) BTASB ve yine 7’sinde (%12.5) MSB gözlenmiştir.

Tablo.12.PRIME MD ile Tanı Konulan Somataform Bozukluklar ile OAKK Birlikteliği

Somataform Bozukluklar	Olası Alkol Tanısı		
	Tanı Yok (n/%)	OAKK (n/%)	Toplam (n/%)
Tanı Yok	723(%75.7)	36(%64.3)	759(%75.1)
BTASB	101(%10.6)	7(%12.5)	108(%10.7)
KAB	65(%6.8)	6(%10.7)	71(%7.0)
MSB	33(%3.5)	7(%12.5)	40(%4.0)
Hipo	9(%0.9)		9(%0.9)
Diğer	24(%2.5)		24(2.4)
Toplam	955(%100)	56(%100)	1011(%100)

Tablo 13, PRIME MD ile tanısı konulan ruhsal bozuklukların cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. Buna göre çalışmaya dahil olan 383 erkeğin 282'sinde (%73.6) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken diğer 101 (%26.4) kişide en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. 628 kadının ise 286'sında en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuş (%45.5), 342'sinde (%54.5) tanı bulunmamıştır. Kadın ve erkeklerin toplam 387'sinde (%38.28) 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 % 23.6'sına MDB tanısı konulmuştur, bu tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların % 28.8'i ($n_{Kadın} = 181$), erkek bireylerin ise % 15.1'i ($n_{Erkek} = 58$) bu tanıyı almıştır. Diğer duygudurum bozukluğu tanılarının yaygınlığı ise tabloda görülmektedir. Analiz sonucu elde edilen bulgular cinsiyet ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığını ortaya koymuştur ($\chi^2 = 42.259$, $sd. = 5$, $p < 0.001$).

Çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha yaygın görülen tek tanı OAKK tanısıdır. Bu oran erkek bireylerde % 11.5 iken, kadın bireylerde % 1.9' dur. OAKK tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki ki-kare analizi ile sınıanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 41.708$, $sd. = 1$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları içerisinde en yaygın görülen tanı BTAAB olup bütün anksiyete bozukluğu tanılarının kadınlarda daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Anksiyete bozukluğu tanılarının yaygınlığı tabloda verilmiştir. Anksiyete bozuklukları ayrıca eştanılı olarak hastaların % 2.8'inde bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 41.781$, $sd. = 4$, $p < 0.001$).

Somatoform bozukluklar içerisinde, en yaygın olarak BTASB tanısı gözlenmiştir. BTASB hastaların % 10.7'sinde gözlemlenmiştir. Diğer somatoform bozukluk tanıları tabloda gözlenmektedir. Somatoform bozukluklar ile cinsiyet arasındaki ilişki, istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 58.087$, $sd. = 5$, $p < 0.001$).

Tablo.13.PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Cinsiyet		Toplam (n/%)
		Erkek (n/%)	Kadın (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	282(%73.6)	342(%54.5)	624(%61.7)
	MDB	58(%15.1)	181(%28.8)	239(%23.6)
	MinDB	19(%5.0)	49(%7.8)	68(%6.7)
	Distimi	16(%4.2)	30(%4.8)	46(%4.5)
	MDB-KR	7(%1.8)	12(%1.9)	19(%1.9)
	Bipolar	1(%0.3)	14(%2.2)	15(%1.5)
	Toplam	383(%100)	628(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	339(%88.5)	616(%98.1)	955(%94.5)
	OAKK	44(%11.5)	12(%1.9)	56(%5.5)
	Toplam	383(%100)	628(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	310(%80.9)	393(%62.6)	703(%69.5)
	BTAAB	45(%11.7)	121(%19.3)	166(%16.4)
	YAB	17(%4.4)	67(10.7)	84(%8.3)
	PB	3(%0.8)	27(%4.3)	30(%3.0)
	PB ve YAB	8(%2.1)	20(%3.2)	28(%2.8)
	Toplam	383(%100)	628(%100)	1011(%100)
Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	331(%86.4)	428(%68.2)	759(%75.1)
	BTASB	17(%4.4)	91 (%14.5)	108(%10.7)
	KAB	22(%5.7)	49(%7.8)	71(%7.0)
	MSB	6(%1.6)	34(%5.4)	40(%4.0)
	Hipo	3(%0.8)	6(%1.0)	9(%0.9)
	Diğer	4(%1.0)	20(%3.2)	24(%2.4)
	Toplam	383(%100)	628(%100)	1011(%100)

Tablo 14’de PRIME MD ölçeği ile tanısı konulabilen ruhsal bozuklukların yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

15-19 yaş grubu arasında en yaygın görülen tanı BTAAB iken diğer tüm yaş gruplarında en yaygın görülen ruhsal bozukluk MDB olarak bulunmuştur.

15-19 yaş grubundaki 84 deneğin 42’sinde (%50) en az bir duygudurum bozukluğu görülürken, 42’sinde (%50) ise duygudurum bozukluğu tanısı görülmemiştir. Çalışmaya katılan 60 yaş ve üzerindeki 112 kişinin 82’sinde (%73.2) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamış iken 30 (%26.8) kişide tanı bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaş grupları ile duygudurum bozukluğu tanıları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 27.663$, $sd. = 25$, $p > 0.05$).

Alkol modülü incelendiğinde OAKK olan 56 kişinin 11’inin (OAKK’lilerin %19.6’sı) 15-19 yaş, 17’sinin (%30.4’ü) ise 20-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. OAKK en az 30-39 yaş grubunda bulunmuştur (tüm deneklerin % 0.59’u ve OAKK’lilerin %10.7’si). Yaş grupları ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı yapılan analizler sonucunda ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 15.038$, $sd. = 2$, $p < 0.05$).

Anksiyete bozukluğu tanılarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında tüm yaş gruplarında en yaygın görülen, BTAAB tanısı olmuştur (%16.4). BTAAB ve YAB 30-39 yaş grubunda daha yaygın görülürken, PB tanısına 20-29 yaş grubunda daha yaygın rastlanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anksiyete bozukluğu tanısı ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özetle bireyin yaş grubu gözlemlenen anksiyete bozukluğu tanısını etkilemektedir. ($\chi^2 = 44.888$, $sd. = 20$, $p < 0.01$)

Somataform bozukluklar modülünde 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 somataform bozukluk ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermiştir ($\chi^2 = 9.292$, $sd. = 5$, $p > 0.05$).

Tablo.14.PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Yaş						Toplam (n/%)
		15-19 (n/%)	20-29 (n/%)	30-39 (n/%)	40-49 (n/%)	50-59 (n/%)	60-69 (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	42(%50.0)	147(%62.0)	130(%59.9)	119(%58.6)	104(%65.8)	82(%73.2)	624(%61.7)
	MDB	24(%28.6)	58(%24.5)	49(%22.6)	55(%27.1)	36(%22.8)	17(%15.2)	239(%23.6)
	MinDB	9(%10.7)	15(%6.3)	20(%9.2)	9(%4.4)	10(%6.3)	5(%4.5)	68(%6.7)
	Distimi	4(%4.8)	10(%4.2)	13(%6.0)	13(%6.4)	2(%1.3)	4(%3.6)	46(%4.5)
	MDB-KR	2(%2.4)	4(%1.7)	3(%1.4)	4(%2.0)	4(%2.5)	2(%1.8)	19(%1.9)
	Bipolar	3(%3.6)	3(%1.3)	2(%0.9)	3(%1.5)	2(%1.3)	2(%1.8)	15(%1.5)
	Toplam	84(%100)	237(%100)	217(%100)	203(%100)	158(%100)	112(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	73(%86.9)	220(%92.8)	211(%97.2)	195(%96.1)	151(%95.6)	105(%93.8)	955(%94.5)
	OAKK	11(%13.1)	17(%7.2)	6(%2.8)	8(%3.9)	7(%4.4)	7(%6.3)	56(%5.5)
	Toplam	84(%100)	237(%100)	217(%100)	203(%100)	158(%100)	112(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	51(%60.6)	166(%70.0)	133(%61.3)	138(%68.0)	123(%77.9)	92(%82.2)	703(%69.5)
	BTAAB	25(%29.8)	32(%13.5)	43(%19.8)	35(%17.2)	22(%13.9)	9(%8.0)	166(%16.4)
	YAB	5(%6.0)	21(%8.9)	27(%12.4)	17(%8.4)	6(%3.8)	8(%7.1)	84(%8.3)
	PB	1(%1.2)	13(%5.5)	5(%2.3)	6(%3.0)	3(%1.9)	2(%1.8)	30(%3.0)
	PB ve YAB	2(%2.4)	5(%2.1)	9(%4.1)	7(%3.4)	4(%2.5)	1(%0.9)	28(%2.8)
	Toplam	84(%100)	237(%100)	217(%100)	203(%100)	158(%100)	112(%100)	1011(%100)
Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	64(%76.2)	182(%76.8)	150(%69.1)	151(%74.4)	118(%74.7)	94(%83.9)	759(%72.35)
	BTASB	13(%15.5)	31(%13.1)	27(%12.4)	24(%11.8)	24(%11.8)	2(%1.8)	122(%11.63)
	KAB	2(%2.4)	11(%4.6)	17(%7.8)	12(%5.9)	12(%5.9)	11(%9.8)	86(%8.20)
	MSB	4(%4.8)	11(%4.6)	13(%6.0)	6(%3.0)	5(%3.2)	1(%0.9)	55(%5.24)
	Hipo			1(%0.5)	4(%2.0)	3(%1.9)	1(%0.9)	27(%2.57)
	Diğer	1(%1.2)	2(%0.8)	9(%4.1)	6(%3.0)	3(%1.9)	3(%2.7)	24(%2.4)
	Toplam	84(%100)	237(%100)	229(%100)	213(%100)	164(%100)	114(%100)	1011(%100)

PRIME MD tanılarının gelir düzeyi ile ilişkisi Tablo 15’de gösterilmiştir.

Gelir düzeyi 400 YTL’nin altında olan toplam 149 kişinin 85’inde (% 57) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı vardır. Gelir düzeyi 400 – 999 YTL arasında olan 672 kişinin 342’sinde (%51) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı gözlemlenmiştir; bu yaygınlık tüm bireylerin % 34’ünü temsil etmektedir. 1000 – 2499 YTL arası gelir düzeyine sahip 173 bireyin 56’sında (%32) en az bir tanıya rastlanmıştır; 2500 YTL ve üzeri gelir düzeyine sahip 17 kişinin sadece 4’ünde (%23.5) tanı bulunmuştur. Bu 4 bireyin tamamının tanısı MDB’dir. Yapılan istatistiksel analizde, gelir düzeyi ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 27.798$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

Tüm gelir düzeylerinde bulunan 56 OAKK tanısının 36’sı (%64) 400 – 999 YTL arası gelire sahiptir. Gelir durumu 1000 YTL ve üzerinde olan toplam 190 kişinin 11’inde (% 5.8) OAKK tanısı bulunmuştur. Gelir düzeyi ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 0.137$, $sd. = 3$, $p > 0.05$).

2500 YTL ve üzeri gelir grubu dışında tüm diğer gelir gruplarında anksiyete modülünde en yaygın olarak BTAAB bulunmuştur. Tüm anksiyete bozukluğu tanıları 1000 YTL’ye kadar geliri olanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur. Gelir düzeyinin anksiyete ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 14.493$, $sd. = 3$, $p < 0.01$).

Somatoform bozukluklar içerisinde, her grupta en yaygın tanımlar BTASB ile KAB olarak saptanmış iken; istatistiksel analiz sonucu somatoform bozukluklar ile gelir düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlılığı ortaya konmuştur ($\chi^2 = 18.898$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

Tablo.15.PRIME MD Tanılarının Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Gelir Düzeyi [YTL]				Toplam (n/%)
		400 Altında (n/%)	400 – 999 (n/%)	1000 – 2499 (n/%)	2500 ve üzeri (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	64(%43.0)	430(%67.6)	117(%11.6)	13(%76.5)	624(%61.7)
	MDB	67(%45.0)	139(%20.7)	29(%16.8)	4(%23.5)	239(%23.6)
	MinDB	12(%8.1)	43(%6.4)	13(%7.5)		68(%6.7)
	Distimi	3(%2.0)	36(%5.4)	7(%4.0)		46(%4.5)
	MDB-KR	1(%0.7)	16(%2.4)	2(%1.2)		19(%1.9)
	Bipolar	2(%1.3)	8(%1.2)	5(%2.9)		15(%1.5)
	Toplam	149(%100)	672(%100)	173(%100)	17(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	140(%94.0)	636(%94.6)	163(%94.2)	16(%94.1)	955(%94.5)
	OAKK	9(%6.0)	36(%5.4)	10(%5.8)	1(%5.9)	56(%5.5)
	Toplam	149(%100)	672(%100)	173(%100)	17(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	84(%56.4)	481(%71.6)	125(%72.3)	13(%76.5)	703(%69.5)
	BTAAB	29(%19.5)	106(%15.8)	30(%17.3)	1(%5.9)	166(%16.4)
	YAB	14(%9.4)	52(%7.7)	16(%9.2)	2(%11.8)	84(%8.3)
	PB	8(%5.4)	20(%3.0)	1(%0.6)	1(%5.9)	30(%3.0)
	PB ve YAB	14 (%9.4)	13(%1.9)	1(%0.6)		28(%2.8)
	Toplam	149(%100)	672(%100)	173(%100)	17(%100)	1011(%100)
Somataform Bozukluklar	Tanı Yok	91(%61.1)	517(%76.9)	137(%79.2)	14(%82.4)	759(%75.1)
	BTASB	20(%13.4)	72(%10.7)	15(%8.7)	1(%5.9)	108(%10.7)
	KAB	19(%12.8)	42(%6.3)	9(%5.2)	1(%5.9)	71(%7.0)
	MSB	6(%4.0)	25(%3.7)	9(%5.2)		40(%4.0)
	Hipo	3(%2.0)	5(%0.7)	1(%0.6)		9(%0.9)
	Diğer	10(%6.7)	11(%1.6)	2(%1.2)	1(%5.9)	24(%2.4)
	Toplam	149(%100)	672(%100)	173(%100)	17(%100)	1011(%100)

PRIME MD ölçeği ile tanı konulan ruhsal bozukluklar eğitim düzeyine göre incelendiğinde duygudurum bozukluğu tanısı olan 387 bireyin 235' inin (%59.2) eğitim düzeyi ilköğretim ve okur yazar olmayanlardan oluğuğı saptanmıştır. Tablo 16'ya göre, okuma yazması olmayan 40 kişinin, 21'inde (%52.5) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuşken, 19'unda (%47.5) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamıştır. Yüksekokul (YO)-üniversite mezunu olan 204 kişinin ise 57'sinde (%28) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuş, 147'sinde (%72) herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamıştır. Duygudurum bozukluğu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 19.650, sd = 3, p < 0.001$).

OAKK olan toplam 56 bireyden 22'si lise (OAKK'lilerin %39.2'si) ve 16'sı (%28.6'sı) ise yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim alanlardır. Bireylerin eğitim düzeyi ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. ($\chi^2 = 10.142, sd = 3, p < 0.05$).

Anksiyete bozukluğu tanıları okur yazar olmayan 40 bireyin 15' inde (% 40), ilköğretim mezunu 493 kişinin 169' unda (% 34), lise mezunu 274 kişinin 77' sinde (% 28) ve yüksek okul ya da üniversite mezunu olan 204 kişinin 47'sinde (% 23) gözlemlenmiştir. Yapılan ki kare analizinde anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2 = 19.679, sd. = 12, p > 0.05$).

Somatoform bozukluklar modülündeki tanılar incelendiğinde ise; tüm eğitim düzeylerinde en yaygın olarak BTASB'nin görölmüştür. Lise eğitim düzeyi dışında tüm eğitim düzeylerinde KAB, BTASB'den sonra en yaygın tanı olarak görölmüştür. Lise düzeyinde ise MSB, BTASB'den sonra en yaygın tanı olarak bulunmuştur. Somatoform bozukluklarla eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 24.504, sd = 3, p < 0.001$).

Tablo.16.PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD tanıları	Eğitim Düzeyi				Toplam (n/%)
		Okur Yazar Değil (n/%)	İlköğretim (n/%)	Lise (n/%)	Yüksekokul-Üniversite (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	19(%47.5)	279(%56.6)	179(%65.3)	147(%72.1)	624(%61.7)
	MDB	12(%30.0)	140(%28.4)	59(%21.5)	28(%13.7)	239(%23.6)
	MinDB	4(%10.0)	37(%7.5)	12(%4.4)	15(%7.4)	68(%6.7)
	Distimi	3(%7.5)	18(%3.7)	14(%5.1)	11(%5.4)	46(%4.5)
	MDB-KR	2(%5.0)	9(%1.8)	6(%2.2)	2(%1.0)	19(%1.9)
	Bipolar		10(%2.0)	4(%1.5)	1(0.5)	15(%1.5)
	Toplam	40(%100)	493(%100)	274(%100)	204(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	39(%97.5)	476(%96.6)	252(%92.0)	188(%92.2)	955(%94.5)
	OAKK	1(%2.5)	17(%3.4)	22(%8.0)	16(%7.8)	56(%5.5)
	Toplam	40(%100)	493(%100)	274(%100)	204(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	25(%62.5)	324(%65.7)	197(%71.9)	157(%77.0)	703(%69.5)
	BTAAB	9(%22.5)	82(%16.6)	45(%16.4)	30(%14.7)	166(%16.4)
	YAB	4(%10.0)	48(%9.7)	22(%8.0)	10(%4.9)	84(%8.3)
	PB	2(%5.0)	18(%3.7)	5(%1.8)	5(%2.5)	30(%3.0)
	PB ve YAB		21(%4.3)	5(%1.8)	2(%1.0)	28(%2.8)
	Toplam	40(%100)	493(%100)	274(%100)	204(%100)	1011(%100)
Somataform Bozukluklar	Tanı Yok	30(%75.0)	337(%68.4)	222(%81.0)	170(%83.3)	759(%75.1)
	BTASB	5(%12.5)	60(%12.2)	21(%7.7)	22(%10.8)	108(%10.7)
	KAB	2(%5.0)	49(%9.9)	13(%4.7)	7(%3.4)	71(%7.0)
	MSB	1(%2.5)	22(%4.5)	14(%5.1)	3(%1.5)	40(%4.0)
	Hipo		8(%1.6)		1(%0.5)	9(%0.9)
	Toplam	40(%100)	493(%100)	274(%100)	204(%100)	1011(%100)

Tablo 17’de 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. Ancak duygudurum bozukluğu tanıları ile medeni durum arasındaki ilişkinin varlığı istatistiksel olarak incelendiğinde, bu ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 12.277$, $sd. = 10$, $p > 0.05$).

Evlilerin % 3.8’inde OAKK tanısı görülürken, bekarların % 11.8’inde ve dulların % 4.4’ünde tanı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel sına sonucunda medeni durum değişkeni ile OAKK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 20.340$, $sd. = 2$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları incelendiğinde, bekar ve evlilerde BTAAB daha yaygın görülmüş, dullarda ise en yaygın anksiyete bozukluğu tanısı YAB olmuştur. Yapılan ki-kare analizlerinde medeni durumla anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 44.888$, $sd. = 20$, $p < 0.05$).

Somatoform bozukluklar modülünde BTASB ve KAB en yaygın tanılardır. Bekar ve evlilerde BTASB tanısı, en yaygın tanı iken; dullarda en yaygın tanı KAB olmuştur. Yapılan analiz sonucunda somatoform bozukluk tanısı olup olmamasıyla medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 1.193$, $sd. = 2$, $p > 0.05$).

Tablo.17.PRIME MD Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Medeni Durum			Toplam (n/%)
		Bekar (n/%)	Evli (n/%)	Dul (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	125(%59.2)	448(%63.2)	51(%56.0)	624(%61.7)
	MDB	50(23.7)	162(%22.8)	27(%29.7)	239(%23.6)
	MinDB	17(%8.1)	46(%6.5)	5(%5.5)	68(%6.7)
	Distimi	10(%4.7)	33(%4.7)	3(%3.3)	46(%4.5)
	MDB-KR	4(%1.9)	14(%2.0)	1(%1.1)	19(%1.9)
	Bipolar	5(%2.4)	6(%0.8)	4(%4.4)	15(%1.5)
	Toplam	211(%100)	709(%100)	91(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	186(%88.2)	682(%96.2)	87(%95.6)	955(94.5)
	OAKK	25(%11.8)	27(%3.8)	4(%4.4)	56(%5.5)
	Toplam	211(%100)	709(%100)	91(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	146(%69.2)	491(%69.3)	66(%72.5)	703(%69.5)
	BTAAB	43(%20.4)	114(%16.1)	9(%9.9)	166(16.4)
	YAB	11(%5.2)	64(%9.0)	9(%9.9)	84(%8.3)
	PB	4(%1.9)	23(%3.2)	3(%3.3)	30(%3.0)
	PB ve YAB	7 (%3.3)	17(%2.4)	4(%4.4)	28(%2.8)
	Toplam	211(%100)	709(%100)	91(%100)	1011(%100)
Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	163(%77.3)	531(%74.9)	65(%71.4)	759(%75.1)
	BTASB	32(%15.2)	68(%9.6)	8(%8.8)	108(%10.7)
	KAB	8(%3.8)	53(%7.5)	10(%11.0)	71(%7.0)
	MSB	7(%3.3)	28(%3.9)	5(%5.5)	40(%4.0)
	Hipo		8(%1.1)	1(%1.1)	9(%0.9)
	Diğer	1(%0.5)	21(%3.0)	2(%2.2)	24(%2.4)
	Toplam	211(%100)	709(%100)	91(%100)	1011(%100)

Tablo 18’de çalışma durumu ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki görülmektedir.

Tabloya göre, duygudurum bozuklukları, aktif çalışan 253 kişinin 70’inde (% 27.7) görülmüş iken geriye kalan 183 (% 72.3) kişide tanı bulunmamıştır. Ev hanımları da dahil aktif çalışma hayatında olmayanların sayısı ise 594’dür ve bu kişilerin 247’sinde (% 41.6) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu tanısı ile çalışma durumu değişkeni arasında bir ilişkinin istatistiki açıdan var olup olmadığı araştırılmış ve istatistiksel olarak bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 17.910$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

OAKK tanısı, aktif çalışanların 23’ünde (% 9.1), aktif çalışma hayatında olmayanların ise 17’sinde (% 2.9) bulunmuştur. Çalışma durumu ile OAKK arasındaki ilişki yapılan analiz sonucu anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 22.705$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

Anksiyete bozuklukları modülü değerlendirildiğinde ise aktif çalışanların % 26.9’unda en az bir anksiyete bozukluğu tanısı, aktif çalışma hayatında olmayanların ise % 31.5’inde 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 istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 4.196$, $sd. = 3$, $p > 0.05$).

Somatoform bozukluklar, aktif çalışanların % 16.2’sinde, aktif çalışma hayatında olmayanların ise % 30.1’inde en az bir somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. 24 kişide somatoform bozukluklar eşanlı olarak gözlenmiş iken, bu 24 eşanlı durumun 19’u aktif çalışma hayatında olmayanlarda saptanmıştır. Somatoform bozukluğun var olup olamaması ile çalışma durumu arasında bir ilişkinin varlığı anlamlı olarak saptanmıştır ($\chi^2 = 21.621$, $sd. = 3$, $p < 0.001$).

Tablo.18.PRIME MD Tanılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Çalışma Durumu				Toplam (n/%)
		Aktif Çalışıyor (n/%)	Aktif Çalışmıyor (n/%)	Bazen Çalışıyor (n/%)	Öğrenci (n/%)	
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	183(%72.3)	347(%58.4)	14(%46.7)	80(%59.7)	624(%61.7)
	MDB	32(%12.6)	160(%26.9)	13(%43.3)	34(%25.4)	239(%23.6)
	MinDB	15(%5.9)	40(%6.7)	1(%3.3)	12(%9.0)	68(%6.7)
	Distimi	14(%5.5)	25(%4.2)	1(%3.3)	6(%4.5)	46(%4.5)
	MDB-KR	3(%1.2)	13(%2.2)	1(%3.3)	2(%1.5)	19(%1.9)
	Bipolar	6(%2.4)	9(%1.5)			15(%1.5)
	Toplam	253(%100)	594(%100)	30(%100)	134(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	230(%90.9)	577(%97.1)	29 (%96.7)	119(%88.8)	955(%94.5)
	OAKK	23(%9.1)	17(%2.9)	1(%3.3)	15(%11.2)	56(%5.5)
	Toplam	253(%100)	594(%100)	30(%100)	134(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	185(%73.1)	407(%68.5)	17(%56.7)	94(%70.1)	703(%69.5)
	BTAAB	38(%15.0)	96(%16.2)	5(%16.7)	27(%20.1)	166(%16.4)
	YAB	22(%8.7)	49(%8.2)	5(%16.7)	8(%6.0)	84(%8.3)
	PB	3(%1.2)	23(%3.9)	1(%3.3)	3(%2.2)	30(%3.0)
	PB ve YAB	5(%2.0)	19(%3.2)	2(%6.7)	2(%1.5)	28(%2.8)
	Toplam	253(%100)	594(%100)	30(%100)	134(%100)	1011(%100)
Somataform Bozukluklar	Tanı Yok	212(%83.8)	415(%69.9)	25(%83.3)	107(%79.9)	759(%75.1)
	BTASB	14(%5.5)	73(%12.3)	1(%3.3)	20(%14.9)	108(%10.7)
	KAB	13(%5.1)	52(%8.8)	1(%3.3)	5(%3.7)	71(%7.0)
	MSB	9(%3.6)	27(%4.5)	2(%6.7)	2(%1.5)	40(%4.0)
	Hipo	1(%0.4)	8(%1.3)			9(%0.9)
	Diğer	4(%1.6)	19(%3.2)	1(%3.3)		24(%2.4)
	Toplam	253(%100)	594(%100)	30(%100)	134(%100)	1011(%100.00)

Çalışmaya katılanların kendi bildirimlerine göre bedensel hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal bozukluklarla ilişkisi Tablo 19 ve 20’de görülmektedir. Buna göre örneklem içerisinde en fazla görülen bedensel hastalık hipertansiyon olup 149 (%13.1) kişide gözlenmiştir.

En az bir ruhsal bozukluk tanısına sahip 482 bireyin 245’i bedensel bir hastalık bildirmemişken, 237’sinde (% 49) tablodaki bedensel hastalıkların en az biri bulunmuş ve bu bedensel hastalıkların 111 kişide eşanlı olarak bulunduğu tespit edilmiştir. Şeker hastalığı (Diabetes mellitus- DM) tanısı olan 90 hastanın 39’unda (%43.3) en az bir ruhsal bozukluk bulunmuş iken, hipertansiyon hastası olduğunu beyan eden 149 kişinin 76’sında (%51.0) ve astım hastası olduğunu bildiren 39 hastanın 23’ünde (%59.0) en az bir ruhsal bozukluk gözlenmiştir.

Tüm bedensel hastalıklar çalışmayanlarda daha yaygın olarak gözlemlenmiştir. Örneğin romatizmalı olduğunu belirten 66 hastanın 50’si aktif olarak çalışmadığını beyan etmiştir. İstatistiksel analiz kapsamında bedensel hastalıkla PRIME MD tanısı arasındaki ilişkinin varlığı araştırılmış ve bu ilişki anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 29.035$, $sd. = 8$, $p < 0.001$).

Tüm bedensel hastalıklarda en yaygın rastlanan tanı MDB olmuştur. Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı olan 387 kişinin 183’ünde (%47) herhangi bir bedensel hastalık bulunmamış iken, 204’ünde (% 53) tabloda yer alan bedensel hastalıkların en az bir tanesi bulunmuştur.

Tablo.19.Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Bedensel Hastalıkların Dağılımı

Geçirilmiş ve/veya Devam Eden Bedensel Hastalık	n	Yüzde (%)
Yok	573	50.57
Hipertansiyon	149	13.15
Romatizma	103	9.09
Şeker hastalığı (Diabetes mellitus)	90	7.94
Kalp Damar Hastalığı	49	4.32
Astım	39	3.44
Kemik erimesi (Osteoporoz)	17	1.50
Kanser	8	0.71
Diğer	105	9.27
Toplam	1128*	100.0

* Bedensel hastalıkların eşanlı olarak görüldüğü durumlar tanılara dağıtıldığından n değeri örneklem hacmi olan 1011’den büyük çıkmıştır.

Çalışmada, ruhsal bozukluklarla ilişkili risk faktörlerini gösterebilmek amacıyla “lojistik regresyon analizleri” de kullanılmıştır. Analiz sonuçları, Tablo 21-24’de görülmektedir. Cinsiyet, gelir düzeyi, yaş ve bedensel hastalık duygudurum bozukluğu tanısı üzerinde önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Cinsiyetin kadın olması duygudurum bozukluğu riskini 2.23 kat arttırmaktadır. Bireyin gelir düzeyinin 400-999 YTL arasında olması 400 YTL’nin altında olmasına göre 0.44; 1000-2499 YTL arasında olması, 400-999 YTL arasında olmasına göre 0.39; 2500 YTL ve üzeri olması, 1000-2499 YTL arasında olmasına göre 0.23 oranında riski azaltmaktadır. Bireyin yaşının 20-29 yaş grubunda olması, 15-19 yaş grubuna göre 0.43; 30-39 yaş grubunda olması, 20-29 yaş grubuna göre 0.35; 40-49 yaş arasında olması, 30-39 yaş aralığına göre 0.33; 50-59 yaş arasında olması, 40-49 yaş aralığına göre 0.21; 60 yaş ve üzerinde olması, 50-59 yaş aralığına göre 0.14 oranında duygudurum bozukluğu riskini azaltmaktadır. Bedensel hastalıklardan en az birinin varlığı, duygudurum bozukluğu riskini 2.65 kat arttırmaktadır.

Tablo.21.Sosyodemografik Faktörlerin Duygudurum Bozukluklarıyla İlişkisi

	B	S.H.	Ki kare	s.d.	p	R	Exp(B)
Ruhsal bozukluk türü ve modelde yer alan değişkenler							
Duygudurum bozuklukları							
Kesim noktası	-.6256	.1669	14.0543	1	.0002		
Cinsiyet	.8057	.1517	28.2100	1	.0000	.1396	2.2383
Gelir düzeyi (YTL)			20.9468	3	.0001	.1054	
Gelir düzeyi (400 – 999)	-.8018	.1925	17.3399	1	.0000	-.1068	.4485
Gelir düzeyi (1000 – 2499)	-.9302	.2456	14.3397	1	.0002	-.0958	.3945
Gelir düzeyi (2500 ve üzeri)	-1.4331	.6173	5.3891	1	.0203	-.0502	.2386
Yaş			34.7733	5	.0000	.1357	
Yaş (20 - 29)	-.8405	.2701	9.6868	1	.0019	-.0756	.4315
Yaş (30 - 39)	-1.0302	.2796	13.5752	1	.0002	-.0928	.3569
Yaş (40 - 49)	-1.1007	.2892	14.4847	1	.0001	-.0963	.3326
Yaş (50 - 59)	-1.5514	.3137	24.4511	1	.0000	-.1292	.2119
Yaş (60 ve üzeri)	-1.9027	.3482	29.8566	1	.0000	-.1439	.1492
Bedensel hastalık	.9780	.1650	35.1295	1	.0000	.1569	2.6593

B: Değişkenin katsayısı S.H.: Standart hata s.d: Serbestlik derecesi p: Anlamlılık

R: Belirlilik katsayısı Exp(B): Tahmini rölatif risk

OAKK üzerinde etkili risk faktörlerini belirlemek için bir dizi faktör modele alınarak gerekli istatistiksel sınamalar gerçekleştirilmiştir. Medeni durum ve cinsiyet değişkenleri dışındaki diğer bağımsız değişkenlerin belirleyici risk faktörleri olmadığı belirlenmiştir. Cinsiyet etkili bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Bireyin kadın olması erkek olmasına göre OAKK riskini 0.16 kat azaltmaktadır. Bu sonuç OAKK riskinin erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bireyin medeni durumunun evli olması bekar olmasına göre riski 0.36 oranında azaltmaktadır. En az riskli grup evli bireyler olarak belirlenmiştir.

Tablo.22.Sosyodemografik Faktörlerin OAKK ile İlişkisi

	B	S.H.	Ki-Kare	s.d.	p	R	Exp(B)
Ruhsal bozukluk türü ve modelde yer alan değişkenler							
OAKK							
Kesim noktası	-2,8938	,2156	180,0820	1	,0000		
Cinsiyet	-1,7839	,3360	28,1833	1	,0000	-,2459	,1680
Medeni durum			11,4041	2	,0033	,1308	
Medeni durum (Evli)	-,9994	,2974	11,2910	1	,0008	-,1465	,3681
Medeni durum (Dul)	-,7402	,5669	1,7049	1	,1916	,0000	,4770

Tablo 23'deki bilgilerin ışığında anksiyete bozukluğu tanısı almada cinsiyet, gelir düzeyi, yaş ve bedensel hastalık önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Bireyin cinsiyetinin kadın olması erkek olmasına göre anksiyete bozukluğu riskini 2.29 kat artırmaktadır. Bedensel hastalıklardan herhangi birinin varlığı, olmayan kişilere göre anksiyete bozukluğu riskini 3.07 kat arttırmaktadır. Bireyin gelir düzeyinin 400-999 YTL arasında olması 400 YTL'nin altında olmasına göre 0.54; bireyin gelir düzeyinin 1000 -2499 YTL arasında olması, 400-999 YTL arasında olmasına göre 0.54 oranında riski azaltmaktadır.

Bireyin yaşının 20 -29 yaş grubunda olması, 15-19 yaş grubuna göre 0.45; 30-39 yaş grubunda olması, 20-29 yaş grubuna göre 0.51; 40-49 yaş arasında olması, 30-39 yaş aralığına göre 0.31; 50-59 yaş arasında olması, 40-49 yaş aralığına göre 0.15; 60 yaş ve üzeri grubunda olması, 50-59 yaş aralığına göre 0.12 oranında anksiyete bozukluğu riskini azaltmaktadır. Yaş ve gelir düzeyi arttıkça anksiyete bozukluğu riskinin önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Sonuç itibariyle kurulan model anksiyete bozukluğu riskinin tahminine katkıda bulunmaktadır.

Tablo.23.Sosyodemografik Faktörlerin Anksiyete Bozukluklarıyla İlişkisi

	B	S.H.	Ki-Kare	s.d.	p	R	Exp(B)
Ruhsal bozukluk türü ve modelde yer alan değişkenler							
Anksiyete bozuklukları							
Kesim Noktası	-.9847	.1713	33.0577	1	.0000		
Cinsiyet	.8328	.1646	25.5836	1	.0000	.1377	2.2997
Gelir düzeyi (YTL)			10.1945	3	.0170	.0581	
Gelir düzeyi (400 – 999)	-.6036	.1966	9.4313	1	.0021	-.0773	.5468
Gelir düzeyi (1000 – 2499)	-.6016	.2532	5.6452	1	.0175	-.0542	.5479
Gelir düzeyi (2500 ve üzeri)	-.8867	.6237	2.0213	1	.1551	-.0041	.4120
Yaş			45.4038	5	.0000	.1688	
Yaş (20 - 29)	-.7862	.2798	7.8951	1	.0050	-.0689	.4556
Yaş (30 - 39)	-.6716	.2854	5.5389	1	.0186	-.0534	.5109
Yaş (40 - 49)	-1.1710	.3024	14.9974	1	.0001	-.1023	.3100
Yaş (50 - 59)	-1.8352	.3373	29.5965	1	.0000	-.1490	.1596
Yaş (60 ve üzeri)	-2.0788	.3768	30.4386	1	.0000	-.1513	.1251
Bedensel hastalık	1.1228	.1750	41.1531	1	.0000	.1775	3.0734

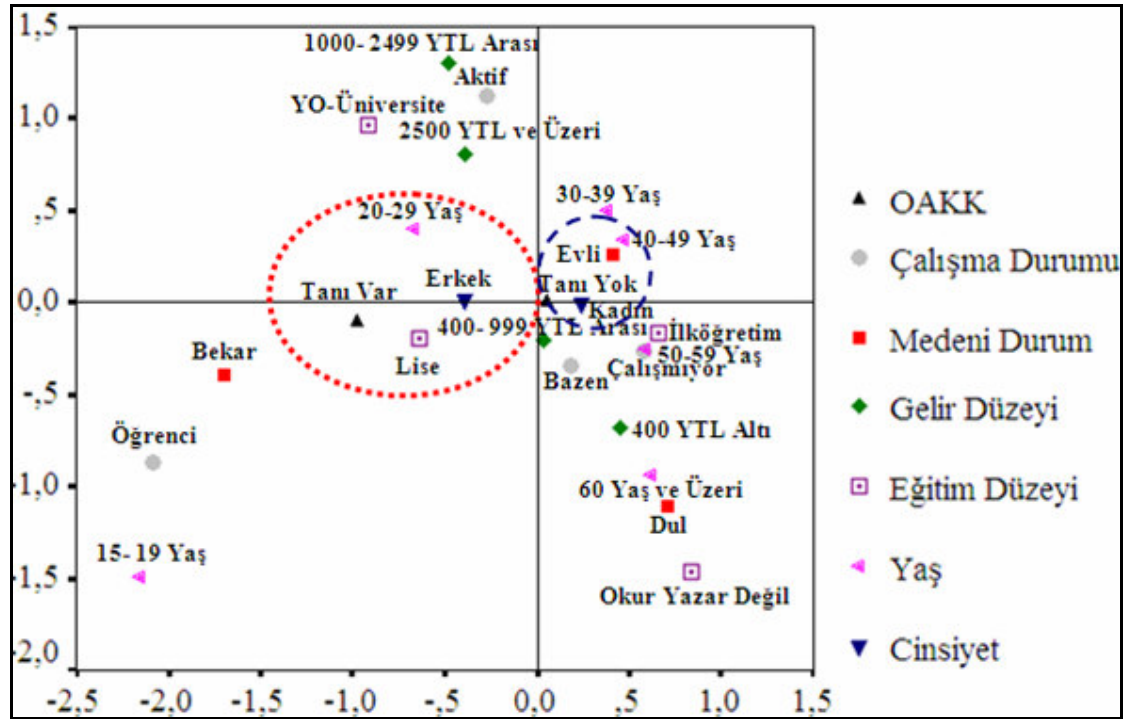
Cinsiyet, gelir düzeyi, bedensel hastalık, somatoform bozuklukların tanısı üzerinde önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Risk faktörü olarak belirlenen eğitim düzeyinin somatoform bozukluk riski üzerinde etkisinin yukarıdaki değişkenlere göre daha az anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bireyin cinsiyetinin kadın olması erkek olmasına göre somatoform bozuklukların riskini 2.49 kat artırmaktadır. Bireyin gelir düzeyinin 400-999 YTL arasında olması 400 YTL'nin altında olmasına göre riski 0.53 oranında azaltmaktadır.

Bedensel hastalıklardan herhangi birinin bireyde varlığı, bedensel bir hastalığı olmayan bireylere göre somatoform bozukluk riskini 2.02 kat artırmaktadır. Modelde yer alan değişkenlerden eğitim düzeyi dışındakiler somatoform bozuklukların riskinin tahminine katkıda bulunmaktadır.

Tablo.24.Sosyodemografik Faktörlerin Somatoform Bozukluklarla İlişkisi

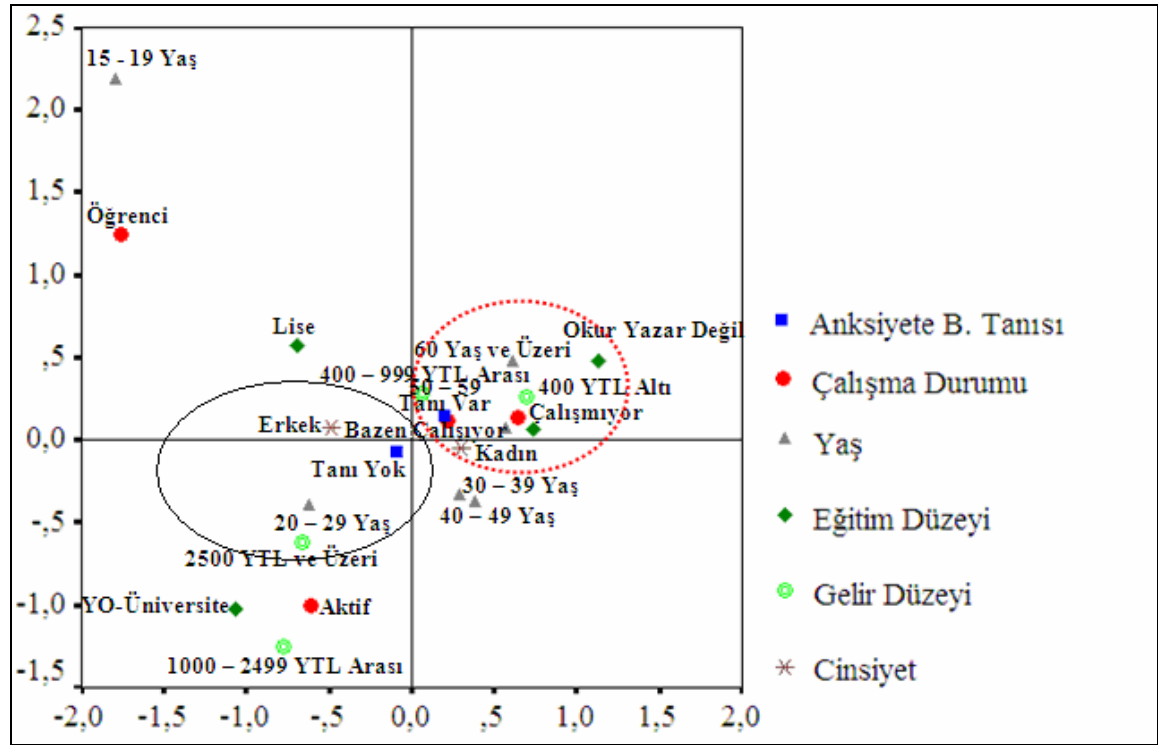
	B	S.H.	Ki-Kare	s.d.	p	R	Exp(B)
Ruhsal bozukluk türü ve modelde yer alan değişkenler							
Somatoform bozukluklar							
Kesim noktası	-1.4143	.2027	48.6856	1	.0000		
Cinsiyet	.9147	.1859	24.2127	1	.0000	.1399	2.4959
Gelir düzeyi (YTL)			9.3610	3	.0249	.0544	
Gelir düzeyi (400 – 999)	-.6277	.2073	9.1639	1	.0025	-.0794	.5338
Gelir düzeyi (1000 – 2499)	-.4997	.2983	2.8060	1	.0939	-.0266	.6067
Gelir düzeyi (2500 ve üzeri)	-.7874	.6853	1.3202	1	.2506	.0000	.4550
Eğitim düzeyi			9.3883	3	.0245	.0546	
Eğitim düzeyi (İlköğretim)	.6110	.4060	2.2653	1	.1323	.0153	1.8423
Eğitim düzeyi (Lise)	.1360	.4516	.0907	1	.7632	.0000	1.1457
Eğitim düzeyi (Y.Okul – Üniv.)	.0021	.4759	.0000	1	.9964	.0000	1.0021
Bedensel hastalık	.7067	.1795	15.4988	1	.0001	.1090	2.0273

Şekil 3’de OAKK tanısını etkileyen sosyodemografik faktörler görülmektedir. Şekile göre, 1000-2499 YTL ve 2500 YTL ve üzeri gelir grubuna sahip 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, okur yazar olmayan ya da ilköğretim düzeyinde eğitim görenlere, 400 YTL altında geliri olanlara, 30 yaşından büyük olanlara ve dullara göre daha yaygın olarak görülmektedir.



Şekil.3.OAKK Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

Şekil 4’de anksiyete bozukluğu tanılarıyla ilişkili sosyodemografik faktörler görülmektedir. Anksiyete bozukluğu tanıları, okur yazar 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. Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

Tablo 25’de, PRIME MD ölçeğinin soru formunda yer alan kişinin sağlık durumunu tanımlaması ile, psikiyatriste gitme durumu arasındaki ilişki görülmektedir. Buna göre yaşamının herhangi bir kesitinde psikiyatrik destek aldığını beyan edenlerin oranı % 26.5 iken, herhangi bir destek almamış olanların oranı ise % 73.5’dir. Sağlık durumunu mükemmel olarak değerlendiren 41 kişinin 2’si daha önce psikiyatrik destek aldığını beyan etmiş iken, sağlık durumunu kötü olarak bildiren 89 kişinin 57’si psikiyatrik destek aldığını belirtmiştir. Kişinin sağlık durumunu kendi tanımlaması ile psikiyatriste gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi_h^2 = 109.105$, $sd. = 4$, $p < 0.001$).

Tablo.25.Psikiyatriste gitme durumunun, bireyin sağlık durumunu tanımlaması ile ilişkisi

Psikiyatriste Gitme Durumu	Sağlık Durumu Tanımlaması					Toplam (n/%)
	Mükemmel (n/%)	Çok iyi (n/%)	İyi (n/%)	Orta (n/%)	Kötü (n/%)	
Evet	2(%4.9)	16(%10.5)	72(%20.0)	121(%32.7)	57(%64.0)	268(%26.5)
Hayır	39(%95.1)	136(%89.5)	287(%80.0)	249(%67.3)	32(%36.0)	743(%73.5)
Toplam	41(%100)	152(%100)	359(%100)	370(%100)	89(%100)	1011(%100)

Tablo 26’da psikiyatrik destek alma isteğinin sağlık durumunun tanımlanması ile ilişkisi görülmektedir. Buna göre, psikiyatrik destek almak istediklerini beyan edenlerin oranı % 46.8, kararsızların oranı % 11.6 ve destek almak istemeyenlerin oranı da % 41.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca sağlık durumunun mükemmel olduğunu bildiren 41 kişinin 24’ü (% 58.5) psikiyatrik destek almak istemediğini belirtmiş iken; sağlık durumunu kötü olarak belirten 89 kişinin 59’u (% 66.3) psikiyatrik destek almak istediğini beyan etmiştir. Kişinin sağlık durumunu kendi tanımlaması ile psikiyatrik destek alma isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi_h^2 = 33.751$, $sd. = 8$, $p < 0.001$).

Tablo.26.Psikiyatrik Destek Almak İsteğinin Bireyin Sağlık Durumunu Tanımlaması ile İlişkisi

Psikiyatrik Destek Alma İsteği	Sağlık Durumu Tanımlaması					Toplam (n/%)
	Mükemmel (n/%)	Çok iyi (n/%)	İyi (n/%)	Orta (n/%)	Kötü (n/%)	
Evet	13(%31.7)	58(%38.2)	148(%41.2)	195(%52.7)	59(%66.3)	473(%46.8)
Kararsızım	4(%9.8)	23(%15.1)	43(%12.0)	41(%11.1)	6(%6.7)	117(%11.6)
Hayır	24(%58.5)	71(%46.7)	168(%46.8)	134(%36.2)	24(%27.0)	421(%41.6)
Toplam	41(%100)	152(%100)	359(%100)	370(%100)	89(%100)	1011(%100)

PRIME MD ölçeği ile ruhsal bozukluk tanısı alanların psikiyatrik destek konusundaki eğilimleri Tablo 27, 28.1 ve 28.2’de yer almaktadır.

Daha önce psikiyatrik destek almış 268 kişinin 189’unda en az bir ruhsal bozukluk tanısı gözlemlenmişken (% 70.5), 79 bireyde tanı bulunmamıştır (% 29.5). Daha önce psikiyatrik destek almadığını belirten 743 kişinin 223’ünde (%30) duygudurum bozuklukları, 34’ünde (%4.6) OAKK, 166’sında (%22.3) anksiyete bozuklukları ve 121’inde (%16.3) somatoform bozukluklar gözlenmiştir.

Daha önce psikiyatrik destek aldığını ve şu anda da destek almak istediğini beyan eden 183 kişinin 65’inde (% 35.5) duygudurum bozukluğu tanısı bulunmamışken, 85’inde (%46.4) MDB bulunmuştur. Daha önce psikiyatrik destek aldığını belirten ancak şu anda destek almak istemediğini beyan eden 65 bireyin 37’sinde (% 56.9) duygudurum bozuklukları, 9’unda (13.8) OAKK, 24’ünde (%36.9) anksiyete bozuklukları, 18’inde de (%27.6) somatoform bozukluklar bulunmuştur. Bu bireylerde en yaygın rastlanan tanı MDB olmuş ve 27 (% 41.5) kişide gözlenmiştir.

Daha önce psikiyatrik destek almamış olan ve şu anda da destek almak istemediğini belirten 356 bireyin 76’sında (%21.3) duygudurum bozuklukları, 19’unda OAKK (%5.3), 60’ında (%16.8) anksiyete bozuklukları ve 41’inde (%11.5) somatoform bozukluklar bulunmuştur.

Daha önce psikiyatrik destek almamış ancak şu anda destek almak isteğini belirten 290 kişinin ise, 124'ünde (% 42.3) duygudurum bozuklukları, 14'ünde (% 4.8) OAKK, 86'sında (% 29.6) anksiyete bozuklukları ve 75'inde (% 25.8) somatoform bozukluklar gözlenmiştir.

Tablo.27.PRIME MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme Durumuna Göre Dağılımı

Modül	PRIME MD Tanıları	Psikiyatrik Destek		
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Toplam (n/%)
Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	104(%38.8)	520(%70.0)	624(%61.70)
	MDB	120(%44.8)	119(%16.0)	239(%23.6)
	MinDB	14(%5.2)	54(%7.3)	68(%6.7)
	Distimi	7(%2.6)	39(%5.2)	46(%4.5)
	MDB-KR	8(%3.0)	11(%1.5)	19(%1.9)
	Bipolar	15(%5.6)		15(%1.5)
	Toplam	268(%100)	743(%100)	1011(%100)
Olası Alkol Tanısı	Tanı Yok	246(%91.8)	709(%95.4)	955(%94.5)
	OAKK	22(%8.2)	34(%4.6)	56(%5.5)
	Toplam	268(%100)	743(%100)	1011(%100)
Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	126(%47.0)	577(%77.7)	703(%66.57)
	BTAAB	61(%22.8)	105(%14.1)	166(%16.4)
	YAB	43(%16.0)	41(%5.5)	84(%8.3)
	PB	18(%6.7)	12(%1.6)	30(%3.0)
	PB ve YAB	20(%7.5)	8(%1.1)	28(%2.8)
	Toplam	268(%100)	743(%100)	1011(%100)
Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	137(%51.1)	622(%83.7)	759(%75.1)
	BTASB	50(%18.7)	58(%7.8)	108(%10.7)
	KAB	31(%11.6)	40(%5.4)	71(%7.0)
	MSB	35(%13.1)	5(%0.7)	40(%4.0)
	Hipo	3(%1.1)	6(%0.8)	9(%0.9)
	Diğer	12(%4.5)	12(%2.6)	24(%1.4)
	Toplam	268(%100)	743(%100)	1011(%100)

Tablo.28.1.PRIME-MD Tanılarının Psikiyatriste Gitme ve Psikiyatrik Destek Almak İsteme Durumuna Göre Dağılımı

Destek		Duygudurum Bozuklukları						Olası Alkol Tanısı	
Destek ¹	Destek ²	Yok	MDB	MDB-KR	Distimi	MinDB	Bipolar	Yok	OAKK
Evet	Evet	65(%62.5)	85(%70.8)	5(%62.5)	5(%71.4)	8(%57.1)	15(%100)	170(%69.1)	13(%59.1)
	Kararsızım	11(%10.6)	8(%6.7)			1(%7.1)		20(%8.1)	
	Hayır	28(%26.9)	27(%22.5)	3(%37.5)	2(%28.6)	5(%35.7)		56(%22.8)	9(%40.9)
	Toplam	104(%100)	120(%100)	8(%100)	7(%100)	14(%100)	15(%100)	246(%100)	22(%100)
Hayır	Evet	166(%31.9)	75(%63.0)	7(%63.6)	17(%43.6)	25(%46.3)		276(%39.0)	14(%41.2)
	Kararsızım	74(%14.2)	9(%7.6)		7(%17.9)	7(%13.0)		96(%13.5)	1(%2.9)
	Hayır	280(%53.8)	35(%29.4)	4(%36.4)	15(%38.5)	22(%40.7)		337(%47.5)	19(%55.9)
	Toplam	520(%100)	119(%100)	11(%100)	39(%100)	54(%100)		709(%100)	34(%100)

Tablo.28.2.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	74(%58.7)	14(%77.8)	34(%79.1)	44(%72.1)	17(%85)	76(%55.5)	27(%77.1)	43(%86)	24(%77.4)	2(%66.7)	11(%91.7)
	Kararsızım	11(%8.7)	1(%5.6)	3(%7.0)	4(%6.6)	1(%5)	14(%10.2)	2(%5.7)	2(%4.0)	1(%3.2)		1(%8.3)
	Hayır	41(%32.5)	3(%16.7)	6(%14.0)	13(%21.3)	2(%10.0)	47(%34.3)	6(%17.1)	5(%10.0)	6(%19.4)	1(%33.3)	
	Toplam	126(%100)	18(%100)	43(%100)	61(%100)	20(%100)	137(%100)	35(%100)	50(%100)	31(%100)	3(%100)	12(%100)
Hayır	Evet	204(%35.4)	5(%41.7)	25(%61.0)	50(%47.6)	6(%75.0)	224(%36.0)	4(%80.0)	33(%56.9)	22(%55.0)	2(%33.3)	5(%41.7)
	Kararsızım	77(%13.3)		4(%9.8)	15(%14.3)	1(%12.5)	83(%13.3)	1(%20.0)	6(%10.3)	1(%2.50)	4(%66.7)	2(%16.7)
	Hayır	296(%51.3)	7(%58.3)	12(%29.3)	40(%38.1)	1(%12.5)	315(%50.6)		19(%32.8)	17(%42.5)	0	5(%41.7)
	Toplam	577(%100)	12(%100)	41(%100)	105(%100)	8(%100)	622(%100)	5(%100)	58(%100)	40(%100)	6(%100)	12(%100)

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

Tablo 29’da, çalışmamızda elde edilen ruhsal bozukluk yaygınlıkları ile poliklinik defteri kayıtlarında görülen ruhsal bozukluk tanıları yer almaktadır. Birinci basamak hekimlerin en az ruhsal bozukluk tanısı koydukları sağlık ocakları 13,19 ve 20 no.lu sağlık ocakları olmuştur. Poliklinik kayıtlarına göre 13 no.lu sağlık ocağında 3264 hastanın 12’si (% 0.4), 19 no.lu sağlık ocağında 1097 hastanın 4’ü (% 0.4), 20 no.lu sağlık ocağında ise 8037 hastanın 16’sı (% 0.2) ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Çalışmamızda ise 13 no.lu sağlık ocağında ruhsal bozukluk oranı % 38.8, 19 no.lu sağlık ocağında % 60 ve 20 no.lu sağlık ocağında da % 57.1 olarak bulunmuştur. Birinci basamak hekimlerin en fazla ruhsal bozukluk tanısı koydukları sağlık ocağı ise 9 no.lu sağlık ocağı olmuştur. 9 no.lu sağlık ocağına bir hafta içerisinde başvuran 927 hastanın 34’üne (% 3.7) ruhsal bozukluk tanısı konmuştur. Çalışmamızda ise aynı sağlık ocağında ruhsal bozukluk tanısı oranı % 28 olarak bulunmuştur.

Tablo.29.Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Bir Haftalık Poliklinik Sayıları ile Koydukları

Ruhsal Bozukluk Tanısı Sayılarının PRIME MD Çalışma Sonuçlarıyla Karşılaştırılması

Sağlık Ocağı No	Poliklinik Sayısı	Poliklinik Kayıtlarında Görülen Ruhsal Bozukluk Tanılı Hasta Sayısı	Oran	PRIME MD Çalışmasına Katılanların Sayısı	PRIME MD Çalışmasında Tanı Alanların Sayısı	Oran
1	1049	8	%0,8	29	10	%34,5
2	1246	24	%1,9	65	29	%44,6
3	3335	72	%2,2	102	51	%50,0
4	1619	30	%1,9	98	53	%54,1
5	1356	12	%0,9	62	26	%41,9
6	2654	74	%2,8	67	35	%52,2
7	2177	17	%0,8	79	41	%51,9
8	1037	24	%2,3	35	21	%60,0
9	927	34	%3,7	25	7	%28,0
10	514	6	%1,2	19	8	%42,1
11	1144	9	%0,8	40	18	%45,0
12	2175	35	%1,6	64	27	%42,2
13	3264	12	%0,4	103	40	%38,8
14	1205	10	%0,8	61	35	%57,4
15	603	19	%3,2	25	13	%52,0
16	884	28	%3,2	40	19	%47,5
19	1097	4	%0,4	20	12	%60,0
20	8037	16	%0,2	21	12	%57,1
21	2447	66	%2,7	56	25	%44,6
Toplam	36770	500		1011	482	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, BBSK'lara başvuranların % 47.7'sinde en az bir ruhsal bozukluk tanısı bulunmuştur. Bu oran, gerek ülkemiz gerekse dünyada ruhsal bozukluklarla ilgili olarak yapılmış birçok çalışmadaki oranlardan daha yüksek (5,10,26,28,43,47,53) ancak bazı çalışmalarla benzerdir (6,27,38,52). BBSK'larda PRIME MD ölçeğinin kullanıldığı bazı çalışmalarda ruhsal bozuklukların yaygınlığını, Dönmez ve ark. (6) % 46.6, Penayo ve ark. (27) % 47, Annseau ve ark. (38) ise % 42.5 olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızdaki ruhsal bozukluk yaygınlıkları bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde nüfusu temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk çalışma niteliğindeki Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ise ruhsal bozukluklar yüzde 17.2 oranında bildirilmiştir (28). Çalışmamızda ortaya çıkan yüksek oranların nedeni ile ilgili olarak farklı hipotezler ileri sürülebilir. Yüksek oranların, tanı koydurucu ölçek kullanılmasına bağlı olabileceği düşünülebilir. Öte yandan ölçek kullanılan birçok çalışmadaki oranlardan da daha yüksek oranlar elde edilmesinin nedeni de PRIME MD ölçeği olabilir. PRIME MD ölçeğinin, eşik altı belirtileri de hastalık kategorisine sokabilecek olması bu ölçekle gerçekleştirilen çalışmalarda yüksek oranlı sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (6,40). Çalışmamıza paralel sonuçların ortaya çıktığı çalışmaların da genellikle PRIME MD ölçeği ile yapılmış olması bu hipotezimizi desteklemektedir (6,38,52). Çalışmamıza katılanların büyük bir kısmının kadın olması (%62.1) ve kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yaygın görülmesi de (5,25-28,50-52,94) bu yüksek oranlarla ilişkili olabilir. Ayrıca son dönemlerde ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalar ruhsal bozuklukların artmakta olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren geleneksel yapının önemli ölçüde çözülmesinin ve geçiş dönemi yaşayan toplum yapısının ruhsal bozuklukların artışıyla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (95). Yaşanan iç göç ve buna bağlı şehirleşme süreciyle birlikte "yeni kentli" bir kültür grubu ortaya çıkmıştır. Bu grubun, başta kadınlar ve çocuklar olmak üzere, yaşadığı değer çatışmaları ve çelişkilerin ruhsal bozuklukları arttırdığı belirtilmektedir. Eskişehir ilinin de bu iç göç sürecini yoğun olarak yaşadığı bildirilmektedir (95) ve bu durum ruhsal bozuklukların tespit ettiğimiz yüksek oranıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda en yaygın görülen ruhsal bozukluklar, duygudurum bozuklukları olmuştur. Duygudurum bozuklukları, BBSK'lara başvuranların % 38.3'ünde bulunmuş iken tüm tanılar içerisinde en yaygın görüleni yüzde 23.6 ile MDB olmuştur. Anksiyete bozuklukları örneklemin % 30.5'inde gözlenirken, somatoform bozukluklar % 24.9 ve OAKK % 5.5 sıklıkla görülmüştür. Ruhsal bozuklukları araştıran çalışmaların büyük bir kısmında da duygudurum bozukluklarının en yaygın tanılar olduğu tespit edilmiş ancak ABD'deki epidemiyolojik alan taraması ECA programında farklı olarak anksiyete bozuklukları en yaygın karşılaşılan sorunlar olarak bildirilmiştir (5-6,25,38,42). Bizim bulgularımız özellikle PRIME MD ölçeği ile gerçekleştirilen çalışmalarla paralellik göstermektedir (6,38,52). Örneğin, Dönmez ve ark.'nın (6) çalışmasında, BBSK'lara başvuranlarda bu oranlar; duygudurum bozuklukları için % 30.2, anksiyete bozuklukları için % 25.2, somatoform bozukluklar için % 18.8 ve OAKK için % 4.7; Annseau ve ark.'nın (38) çalışmasında ise duygudurum bozuklukları için % 31, anksiyete bozuklukları için % 19, somatoform bozukluklar için % 18 ve OAKK için % 10.1 olarak bulunmuştur (6,38).

Kadınlarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve yüksek oranı birçok çalışmaya konu olmuş ve gerek Türkiye'de gerekse dünyada gerçekleştirilen çalışmaların tamamına yakınında ruhsal bozukluklar kadınlarda daha sık ve yaygın olarak bulunmuştur. (5-6,25-27,38-39,96). Dönmez ve ark.'nın (6) Antalya ilindeki çalışmalarında kadın cinsiyetin, duygudurum bozukluğu riskini 2.07 kat, aksiyete bozukluğu riskini 3.56 kat ve somatoform bozukluk riskini 1.90 kat artırdığı, OAKK riskini ise azalttığı (tahmini rölatif risk 0.086) tespit edilmiştir (6). Von Korff ve ark. (94), ruhsal bozukluk sıklığını kadınlarda %67.6, erkeklerde ise % 32.4 olarak bildirmişlerdir. Linzer ve ark. (25) ise PRIME MD ölçeği kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında kadınların % 43'ünde, erkeklerin ise % 33'ünde ruhsal bozukluk tanısı bulmuşlardır. Çalışmacılar, bizim çalışmamızdaki sonuçlarımıza benzer bir şekilde OAKK dışında tüm tanıları kadınlarda daha yaygın bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarımız bu çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırmalarda, ayrıca bu farklılığın nedeni üzerinde durulmuş ve kadınlarda ruhsal bozuklukların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmıştır (95,97). Kadınlarda, nöroendokrin

faktörlerin, ayrılık, menopoz gibi öznel yaşam olaylarının ve çocuk bakma ile ilgili sorumlulukların ruhsal bozukluklara zemin hazırladığı ileri sürülmektedir. Ayrıca kadınlarda çok sıklıkla görülen cinsel istismar ve taciz öyküleri de başta depresyon ve somatoform bozukluklar olmak üzere ruhsal bozuklukların kadınlarda daha yaygın görülmesine neden olmaktadır (97). Kadının travmatik olaylara daha sık maruz kalması ve toplumdaki güç ilişkisi nedeniyle travmaya daha duyarlı olması da kadınlarda özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından risk oluşturmaktadır (98). Yapılan çalışmalar, kadınların % 27'sinin çocuklukta cinsel istismara uğradığını, %10-30'unun fiziksel şiddet uygulayan bir partnerle yaşadığını, % 12'sinin ise erişkinlikte tecavüze uğradığını bildirmektedir (98-100). Bu durum kadınlarda ruhsal bozuklukların ve özellikle duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının yaygın görülmesinin nedenleri ile ilgili ipucu vermektedir. Küey (101), kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesi ile ilgili olarak, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesinin rolü üzerinde durmuştur. Ayrıca, kadının bu eşitsizlik karşısında, bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ve toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolünün depresyonun ortaya çıkışından sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. Kaya (102), toplumun erkek egemen yapısı ve buna bağlı kadın-erkek eşitsizliğinin, kadının çocukluktan itibaren daha edilgen bir konumda kalmasının, eğitim olanaklarından daha az yararlanabilmesinin ruhsal bozukluklar açısından risk yarattığını ileri sürmüştür. 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. Son zamanlarda gerçekleştirilen çalışmalar OAKK'nin kadınlarda artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (103-104). Ancak yine de tüm dünyadaki çalışmalar OAKK'nin ve alkol bağımlılığının erkeklerde daha yaygın olduğunu bildirmektedir (5-6,38,105). Karaer ve ark.'nın (106) bildirdiğine göre, Avustralya'da erkekler kadınlardan 4 kat oranda daha fazla alkol almakta, ABD'deki alkol bağımlılarının ise % 70'i erkek, % 30'u kadınlardan oluşmaktadır. Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da OAKK'nin kadınlarda daha az görüldüğü ortaya konmuştur (6,105-106). Kadınlarda

OAKK'nin az olması kadının geleneksel rolleri ve kültürel etkenlere bağlanmaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda, ülkemizde kadının toplumdaki statüsü ve rolü gereği (ev hanımı, anne) alkolle karşı karşıya olabileceği ortamlardan uzak kaldığı ifade edilmektedir (106). Ülkemizde, kadınların alkol almasının hoş karşılanmıyor olması kadınların alkol alımını kısıtlayabilmekte, alkol alsalar bile bunu gizleme eğiliminde olmalarını sağlamaktadır (105).

Yaşın ruhsal bozukluklara etkisi pek çok çalışmada farklı olarak bulunmuştur (6,34-35,50,54,57). Bazı çalışmalarda yaşlılarda ruhsal bozukluklar daha fazla görülmekte iken diğer çalışmalarda bu veriler desteklenmemiştir (5,36-37,50-51,70). Banerjee ve Macdonald (70), 65 yaş üzerinde ruhsal bozuklukları % 46 olarak bulmuş ve bu hastaların % 26'sının MDB olduğunu bildirmiştir. Lopes-Torres Hidalgo ve ark. da (107) 15 yaş üzerinde ruhsal bozuklukların istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğunu bulmuşlardır. German ve ark. (108) ise ruhsal bozukluğa sahip yaşlı hastaların gençlere göre daha az görüldüğünü ve daha az tedavi edildiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda yapılan analizlerde yaşın özellikle OAKK tanısını etkilediği saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarıyla da ilişki saptanmakla birlikte bu ilişkinin OAKK'ye göre daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Yaş grupları arttıkça, gerek anksiyete bozuklukları gerekse OAKK için rölatif risk daha az olarak saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları ve somatoform bozukluklar ile yaş arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu sonuçlar birçok çalışma ile çelişkili görünmekle birlikte (5,37,70,109) ECA çalışmasında da çalışmamızdaki sonuçlara benzer bir şekilde anksiyete bozuklukları en az 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunmuştur (42). Sosyal stresörlerin genç yaş grubunda daha etkili olması ve yaşlıların sosyal stresörlere daha dirençli olabilecek olması ruhsal bozuklukların yaşlılarda daha az görülmesini açıklayabilecek bir veri olarak ileri sürülmektedir (97). Öte yandan OAKK ile ilgili yapılan çalışmalarda, aile ortamlarında sorunlarla karşılaşan, fiziksel istismar ve çok katı bir disiplin anlayışıyla karşı karşıya kalan gençlerin OAKK açısından risk altında olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca çoğu zaman alkol, erken yaş grupları açısından bir sosyalleşme aracı olabilmektedir (110). Ülkemiz açısından değerlendirildiğinde ise, gençlerin alkole ulaşmalarını zorlaştıracak yasaların bulunmaması, alkolün hemen her sokakta satılıyor olması, gençlerin bar, disko gibi

eğlence yerlerine kolaylıkla girebilmesi ve bu gibi yerlerde saat sınırlamalarının olmaması gibi etkenler erken yaş gruplarında OAKK'nin yaygın görülmesinden sorumlu tutulmaktadır (111).

Özetle yaş, çalışmamızda anksiyete bozuklukları ve OAKK tanılarını üzerinde etkili bulunmuştur. Ancak yaşın, özellikle anksiyete bozuklukları üzerine olan etkisi, cinsiyet, bedensel hastalık, gelir düzeyi gibi değişkenlere göre daha zayıf görünmektedir. Bu nedenle risk faktörleri ele alınırken yaş gruplarının bu değişkenlerle birlikte ele alınması daha uygun olacaktır.

Çalışmamızda, gelir düzeyinin OAKK dışındaki tüm PRIME MD tanılarını etkilediği tespit edilmiştir. Gelir düzeyi azaldıkça ruhsal bozukluklar daha yaygın olarak bulunmuştur. Baum ve ark. da (32), ruhsal bozuklukları gelir düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olarak bulmuşlar iken, Patel ve ark. (36) çalışmalarında, ekonomik sorunları olanların ruhsal bozukluk açısından daha büyük risk altında olduğunu ortaya koymuşlardır. Buna benzer sonuçları ortaya koyan pek çok çalışma (33-35,71,74) ile çalışmamız benzerlik göstermektedir. Ayranıcı ve Yenilmez (18) ise Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında poliklinik defterlerini tarayarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, çalışmamızdaki sonuçlardan farklı sonuçlar bulmuşlar ve sosyoekonomik açıdan geri sayılabilecek bölgelerdeki sağlık ocaklarında ruhsal bozuklukların daha az oranda olduğunu gözlemlemişlerdir. Çalışmamız gelir düzeyi düşüklüğünün ruhsal bozukluklar açısından diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Gelir düzeyinin düşük olmasının, bu hastaların sağlık kurumlarından ve özellikle ruh sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı profesyonellerinden yeterince yararlanamaması sonucunu doğurabileceği ve bu şekilde ruhsal bozuklukların artışıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Genç yaş gruplarıyla gerçekleştirilen çalışmalarda, gelir düzeyi düşüklüğü ve buna bağlı ekonomik zorlukların gelişimi olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (112). Gelir düzeyi düşük olan kişiler ayrıca yaşamlarında daha çok olumsuz olayla karşılaşmakta ve bu olumsuz yaşam olayları, benlik saygısında azalmaya yol açarak başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (113-114). Kaya (102) ise gelir düzeyinin düşük olmasının ve sosyal güvencenin olmamasının, uyum sağlamada bedenselleştirmenin

bir araç olarak kullanılmasını koştuladığını ve bu durumun somatoform bozuklukların gelişimine yol açtığını ileri sürmüştür.

Eğitim düzeyi ile ruhsal bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki gerek Türkiye gerekse dünyadaki pek çok çalışma ile ortaya konulmuştur (6,24-25,28,50,54). Almeida ve ark.'nın (24) çalışmasında eğitim alınan yıl sayısı arttıkça ruhsal bozuklukların azaldığı bildirilmiştir. Dönmez ve ark.'nın (6) çalışmasında eğitim düzeyinin az olması anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklar açısından risk faktörü olarak bulunmuşken bu ilişki duygudurum bozuklukları ve OAKK için kurulamamıştır. Ülkemizdeki diğer çalışmaların bazılarında da eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozukluklar açısından risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (50,54,56). Çalışmamız, eğitim düzeyi ile duygudurum bozuklukları, OAKK ve somatoform bozukluklar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş, anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ise eğitim düzeyi ile değişmemiştir. Çalışmamız ayrıca, duygudurum bozuklukları ve somatoform bozuklukların, ilköğretim düzeyi ve altında eğitim görenlerde daha fazla görüldüğünü, OAKK tanısının ise eğitim düzeyi arttıkça daha yaygın görüldüğünü ortaya koymuştur. Çalışma bulgularımız ülkemizdeki en büyük epidemiyolojik çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nin verileri ile de benzerdir (28). Eğitim düzeyinin düşük olmasının, duyu içeren sözcük dağarcığının gelişmesine engel olduğu ve duygusal zorlanmalara yol açtığı ileri sürülmektedir (102,115). Bu durum bir yandan duygudurum bozukluklarının gelişimiyle ilişkili görünmekte diğer yandan ise iletişimin daha çok beden diliyle gerçekleşmesini sağlamaktadır (115). Ayrıca, eğitim düzeyi düşük olanlar, hastalık belirtilerini ve nedenlerini anlamakta güçlük çekeilmekte, bedensel duyumlarını abartılı algılamakta ve yanlış yorumlayabilmektedir (102).

Çalışmamızın sonuçları, medeni durumun en çok OAKK tanısını etkilediğini ortaya koymuştur. Medeni durum, OAKK dışında anksiyete bozuklukları üzerinde de etkili bir değişken olarak bulunmuş ancak duygudurum bozuklukları ve somatoform bozukluklarla ilişki anlamlı düzeyde bulunmamıştır. OAKK açısından en riskli grubun bekarlar olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürle de uyum göstermektedir (116-118). Örneğin Matzger ve ark. (116), çalışmalarında medeni durumun uzun süreli alkol kullanımı açısından önemli bir değişken olduğunu ve hiç evlenmeyenlerde alkol sorunlarının evlilere göre anlamlı düzeyde daha fazla

olduğunu bildirmişlerdir. Prescott ve ark. ise (117), boşanmış alkol bağımlılığı sorunu olan kadınların evli alkol bağımlılığı sorunu olan kadınlara oranla daha sık olarak içtiklerini saptamışlar, bununla beraber boşandıktan sonra yeniden evlenen kadınların yeniden evlenmeyenlere oranla daha az alkol kullandıklarını bildirmişlerdir. Ülkemizdeki bir çalışmada da Bakır ve ark. (118) alkol sorunlarını bekarlarda daha sık olarak tespit etmişlerdir. Evlilerde OAKK'nin daha az görülmesinin ailenin koruyucu etkisi ve sosyal destek sistemlerinin daha gelişmiş olmasıyla açıklanabileceğini düşünmekteyiz. Sosyal destek, kişiye sevildiğini, değer verildiğini ve karşılıklı işbirliğine dayanan bir iletişim içinde bulunduğunu gösteren özel bir bilgi olarak açıklanmaktadır. Yeterli bir sosyal ağın içinde bulunma, kişide bir gruba ait olma duygusu uyandırarak kendine güven ve benlik saygısını arttırmaktadır. Evlilerde, sosyal desteğin daha iyi olması ve kişinin değer gördüğünü bilmesi, karşılıklı işbirliği içerisinde olduğu aile ve çevresinden onu uzaklaştırabilecek olan alkolden uzak durmasını sağlayabilir. Ülkemizdeki bazı çalışmalarda alkol sorunu olan bekarların evlilere göre daha az akraba sayısı bildirdikleri tespit edilmiştir (119). Akraba sayısının az olması akraba ilişkilerinin yetersiz ve kişinin aldığı desteğin daha az olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, sorunu olan kişinin bu sorunla baş edebilmesini güçleştirebilmekte ve OAKK'ye zemin hazırlayabilmektedir.

Medeni durum ile cinsiyet eşleştirildiğinde, kadınlarda evlilikle ruhsal bozuklukların arttığı, erkeklerde ise evliliğin ruhsal bozukluktan koruyucu etkisi vurgulanmaktadır (59). Çalışmamızda da evli erkeklerde herhangi bir ruhsal bozukluğun bekar veya dul erkeklere göre görülme oranı anlamlı derecede az bulunmuş ancak evli ve evli olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kadınların, yaşam olaylarına karşı erkeklere göre daha kırılgan olduğu ancak ayrılığa erkeklerden daha dirençli olduğu vurgulanmaktadır (97). Bu nedenle dul olmak erkekler açısından daha büyük bir risk faktörü olarak görünmektedir. Erkeklerde saptadığımız bu sonuç, Hirschfeld ve Cross'un (120) tespit ettiği, evlenmenin ve özellikle uyumlu evliliklerin ruhsal bozukluklara neden olan yaşam olaylarının etkisine karşı orta derecede koruyucu bir rol oynadığı bulgusunu da desteklemektedir. Bu arada çalışmamızla ilgili göz önünde bulundurulması gereken bir durum çalışmaya katılan kadınların büyük bir kısmının

evli ve ev hanımı olmasıdır. Ev hanımlarında psikolojik belirtilerin diğer kadınlara göre daha fazla görüldüğü bazı çalışmalarda ortaya konulmuştur (121). Ev hanımlarının aile içinde eşleri ve çocuklarının sorunlarını yoğun bir şekilde yüklenmeleri, sıradanlaşan günlük işleri, sorunlu evliliklerine karşın boşanma ya da dul kalmanın toplumda iyi karşılanmayacağı düşüncesi ile evliliklerini sürdürmeleri onlarda ruhsal bozuklukların daha yaygın olarak gelişmesinde etkili olabilir (109).

Ülkemizde çalışma durumu ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmaların bazılarında aktif olarak çalışanlar ile çalışmayanlar arasında ruhsal bozukluk sıklığı ve yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış iken (50-51,55), ülkemizdeki ve dünyadaki çalışmaların önemli bir kısmında ruhsal bozukluklar çalışmayanlarda daha sık ve daha yaygın olarak saptanmıştır (78-81,85). Çalışma sonuçlarımız da, dünyadaki birçok çalışmaya benzer şekilde ruhsal bozuklukların çalışmayanlarda daha fazla görüldüğü hipotezini desteklemektedir. Sonuçlarımız, çalışma durumu tek değişken olarak alındığında, anksiyete bozukluğu dışındaki tüm PRIME MD tanılarının anlamlı olarak çalışmayanlarda daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete bozuklukları açısından ise, çalışma durumunun, tek başına hastalık tanısını etkilemediği ancak cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu gibi değişkenler de beraber değerlendirildiğinde, anksiyete bozukluklarının eğitim ve gelir düzeyi düşük ve çalışmayan kadınlarda yaygın olduğu bulunmuştur. İş kayıpları ve işsizliğin, finansal gerilimi artırarak anksiyete ve depresyonun daha belirgin olmasını sağladığı, işsizlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının çalışanlara göre 2 ile 3 kat daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (97). Literatür bilgileri ayrıca, çalışmanın yalnızca gelir elde etmenin bir çabası olarak görülmediğini, çalışmanın insanlar için bir yaşam biçimi olarak değerlendirildiğini ortaya koymaktadır (122). Bir işte çalışmak, kişinin kendine güven ve saygı duygusunu geliştirmekte, ona bir değer katmaktadır. Çalışmak aynı zamanda kişinin topluma ait olma duygusunu güçlendirmektedir (122). Bu nedenle işsiz kalmak kişinin güven duygusunu zedeleyebilmekte, benlik saygısında azalmaya yol açabilmektedir. Jahoda (84), çalışmasında işsizliğin ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu ileri sürmüş ve bunu iki nedene bağlamıştır: Birincisi, işsizlerin yaşam standartlarındaki ani düşmeden ötürü; ıstırap duymaları, yeni istihdam olanaklarının bulunmaması durumunda aşırı finansal güçlükler ve yoksulluklara maruz kalmaları,

ikincisi ise işsizlerin günlük yaşama ve çalışma alışkanlıkları ve işe bağlı sosyal ilişkilerin bozulması ve engellenmesidir.

Çalışmamızda, sık görülen bedensel hastalıklar, çalışmaya katılanların kendi bildirimlerine göre değerlendirilip, ruhsal bozukluklarla ilişkisi araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarımız, ruhsal bozuklukları etkileyen en önemli etkenlerin cinsiyet ve bedensel hastalıklara sahip olmak olduğunu ortaya koymuştur. Bedensel hastalıklardan en az birisine sahip olmak, OAKK tanısı dışındaki tüm ruhsal bozuklukların riskini önemli derecede artırmaktadır. Özellikle, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve astımı olan hastalarda ruhsal bozukluklar diğer gruplara göre daha fazla görülmüştür. İstatistiksel analizde ise astımı olan hastaların diğer bedensel hastalığı olan bireylere göre ruhsal bozukluklar açısından daha riskli olduğu saptanmıştır.

ABD’de gerçekleştirilen normatif yaşlanma araştırmasında, anksiyete ve depresyon belirtileri ile koroner hastalık riski arasında yakın ilişki bulunduğu bildirilmektedir. Hipertansiyonla ilgili yapılmış çalışmalar da, olumsuz duygulanımla hipertansiyon arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda anksiyete ve depresyonun hipertansiyon üzerinde belirgin etkisi olduğu belirtilmektedir (97).

Astım’ı olan hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların sık görüldüğü ileri sürülmektedir (97,123). Bu hastalarda, ciddi nefes darlığı veya boğulmaya benzer semptomların sık sık ortaya çıkmasının hastaları travmatize ettiği ve bu şekilde anksiyete bozukluklarına, özellikle de panik bozukluğa zemin oluşturduğu belirtilmektedir. Bu hastalarda, ayrıca utanma ve benlik saygısında azalma gibi depresyon belirtilerine de sıklıkla rastlandığı ifade edilmektedir (97,123). Depresyon ve anksiyete bozuklukları, bu hastalarda, gerek yaygın görülmeleri, gerekse hastalığın gidişatını olumsuz etkilemeleri nedeniyle son derece önemlidir. Çalışmamızda 1011 kişilik örneklemin 39’unda astım bildirilmiş ve bu hastaların 23’ünde (% 59.0) en az bir ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. Astım’lı hastalarda ruhsal bozukluk görülme riski diğer bedensel hastalıklara göre daha anlamlı bulunmuştur. Goodwin ve arkadaşları da çalışmalarında, astımlı hastalarda depresyon sıklığında ve buna bağlı intihar düşüncesinde anlamlı düzeyde

artış bulmuşlar, astım dışındaki diğer bedensel hastalıklarda bu riskin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (123).

Diabetes Mellitus'lu (DM) hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların topluma göre iki kat fazla olduğunu bildiren yayınlar vardır (124-125). Fisher ve ark. (126), DM'li hastalarda düşük eğitim düzeyi, evlenmemiş olma, sosyal desteğin az olması, kronik stresörler ve kötü yaşam olaylarının ruhsal bozukluklara zemin hazırladığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda, DM'li hastaların % 40'ında duygudurum bozuklukları, %27.8 oranında anksiyete bozuklukları bulunmuş olup bulduğumuz sonuçlar DM olmayan grupla istatistiksel bir anlamlılığın olmadığını göstermiştir.

Çalışmamızda ruhsal bozuklukların ilişkili olduğu sosyodemografik değişkenler ayrı ayrı incelendiği gibi bu bozuklukların en yaygın görüldüğü ve bu nedenle en büyük risk altındaki grupların tespiti amacıyla uyum analizleri de gerçekleştirilmiştir.

Uyum analizleri, duygudurum bozukluğu tanılarının en çok, gelir düzeyi 400 YTL altında olan, eğitim düzeyi ilköğretim düzeyinde olan ya da okur yazar olmayan 30-49 yaş arasında olan kadınlarda görüldüğünü göstermektedir. Çalışmamızda saptadığımız bu sonuçlar literatürle de uyumludur. Birçok çalışmada kadın olmanın, eğitim düzeyi düşüklüğünün, 18-44 yaş arasında olmanın, işsiz olmanın, hiç evlenmemiş olmanın, düşük sosyoekonomik düzeyin önemli risk etmenleri olduğu bildirilmiştir (76,127-129). Biyolojik yapısı, kişilik yapısı, ruhsal özellikleri, sorunlarla baş etme biçimleri, sosyal ve kültürel konumu kadını duygudurum bozukluklarına yatkın hale getirmektedir (77,130). Eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü kadınların BBSK'lardan ve özellikle de ruh sağlığı kliniklerinden yardım almasını engelleyebilmekte, özellikle eğitim düzeyi düşüklüğü ruhsal bozukluğu olanların şikayetlerini dile getirmelerini engelleyebilmektedir (102). 30-49 yaş grubu ise kadınların ev ve çocuk bakımı ile ilgili sorumluluklarının arttığı bir döneme denk gelmektedir. Bu yaş grubundaki kadınlar ev kadını da olsalar çalışıyor da olsalar çocuk bakımı onların üstlendiği bir görev olmaktadır. Özellikle çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaşılan güçlüklerin ve buna bağlı stres yükünün arttığı ve bu durumun kadınlarda duygudurum bozukluklarına zemin hazırladığı bildirilmektedir (95) . Bu yaş döneminde evlilikle ilgili sorunlar ve eşinden ayrılmak ya da dul

kalmak gibi faktörler de duygudurum bozukluklarına zemin hazırlamaktadır. Zira çalışmalar, erken yaşlarda dul kalmanın özellikle depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyarken, kadınlarda depresyon açısından en büyük risk faktörünün mutsuz evlilikler olduğu tespit edilmiştir (120,131-133).

Uyum analizleri, OAKK'nin 400-999 YTL geliri olan, lise mezunu, 20-29 yaş arası erkeklerde daha yaygın gözlendiğini, yaş arttıkça yaygınlığın azaldığını, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça yaygınlığın arttığını, ayrıca kadınlarda OAKK'nin daha az görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu bulgularımız, OAKK'nin genç, eğitim ve gelir düzeyi yüksek erkeklerde görüldüğünü bildiren literatür bilgileri ile de uyumludur (103,105,134). Kadınlarda OAKK'nin daha az olması, ülkemizde kadının toplumsal rolleri gereği alkolle karşı karşıya kalabileceği ortamlarda uzak olması, kadınların alkol almasının hoş karşılanmıyor olması gibi nedenlerle ilişkili gibi görünmektedir. Yaşla ilgili çalışmalarda da OAKK'nin genellikle genç yaştaki kişilerin sorunu olduğu vurgulanmakta ve ülkemizde de genç yaş grubunda OAKK'nin önemli bir sorun olduğu bildirilmektedir (103,105). Öte yandan çalışmalarda alkole başlama yaşının da 14-17 olduğu belirtilmektedir (105). 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 (106). Eğitim düzeyinin artmasının, değer yargılarının değişmesi ve daha esnek hale dönüşebilmesi sonucunu doğurduğu ayrıca sosyal çevrenin de değişmesine yol açarak bu kişilerde OAKK'yi arttırdığı ileri sürülmektedir (118).

Anksiyete bozukluğu tanıları, uyum analizi sonuçlarına göre, okur yazar olmayan, 400 YTL altı ve 400-999 YTL arası gelir düzeyine sahip, aktif olarak çalışmayan, 60 ve üzeri yaş grubu kadınlarda yoğunlaşmaktadır. Literatür bilgileri, anksiyete bozukluklarının düşük eğitim ve gelir düzeylerine sahip, işsiz kadınlarda yoğunlaştığını göstermektedir (135-136). Bu sonuçlar çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla da uyumludur. Yaş ile ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Yaşlılarda anksiyete belirtileri yoğun olarak görülmekle birlikte tanı koyacak düzeyde anksiyete bozukluklarının daha genç grupta ve özellikle 25-44 yaş grubunda daha yaygın görüldüğünü bildiren yayınlar mevcuttur (41-42,109,137). Bazı yayınlar ise anksiyete bozukluklarının, yaşlılarda daha yaygın görüldüğünü ileri sürmektedir

(5,58). Çalışmamızda yaş tek değişken olarak ele alındığında yaş arttıkça anksiyete bozukluğu riskinin azaldığı bulunmuştur. Ancak uyum analizleri gerçekleştirildiğinde, yaş; eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu gibi demografik değişkenlerle birlikte alınmış ve anksiyete bozuklukları 50 yaş üzerindeki kişilerde ve özellikle eğitimsiz, gelir düzeyi düşük olanlarda yoğunlaşmıştır. Bu nedenle risk faktörleri değerlendirilirken sosyodemografik değişkenlerin bir arada değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bu grupta ruhsal bozuklukların daha yaygın olmasının farklı nedenleri olabilir. Yaşın artmasıyla birlikte bedensel hastalıklarda da artış görülebilmesi ve bedensel hastalıklarla ruhsal bozukluklar arasında saptadığımız yakın ilişki bu yaygınlığın nedeni olarak ileri sürülebilir. Ayrıca sosyal stressörlerin genç yaş grubunda daha etkili olduğu ileri sürülmesine rağmen yaşlı kadınlarda, yaşam olaylarının ve kayıpların daha çok yaşanıyor olması, toplumsal güç dengesi nedeniyle kadının daha kırılgan olması, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğüne bağlı olarak bu grubun sağlık kuruluşları ve özellikle psikiyatri kliniklerine ulaşmalarında yaşanabilecek olası sorunlar bu yaygınlıkla ilişkili olabilir (95,101-102,115).

Uyum analizlerinde somatoform bozukluk tanımlarının 30-49 yaş arası grubundaki, eğitim düzeyi düşük ve evli kadınlarda yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Dünyada gerçekleştirilmiş pek çok çalışmada da somatoform bozuklukların 15-45 yaş arasında başladığı ve en yaygın olarak 25-44 yaş arasındaki evli, eğitim ve gelir düzeyi düşük kadınlarda görüldüğü bildirilmektedir (54,102,138). Toplumdaki kadın-erkek eşitsizliği, kadının edilgen konumu ve duygularını ifade etmesindeki yetersizlikler bedenselleştirmeyi ortaya çıkarıyor gibi görünmektedir (102,105). Özellikle çocuklu ailelerde çocuk bakımı, kadının üstlenmesi gereken bir görev olmakta, bu durum kadının stres yükünü artırmaktadır (95). 25-44 yaş arasındaki kadınlar bu nedenle risk altında olabilir. Ayrıca toplumsal, ekonomik ve yasal eşitsizliklere maruz kalması, eğitim olanaklarından yeterince yararlanamaması, eğitim düzeyi düşüklüğüne bağlı bedensel duyumlarını farklı algılayabilmesi, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğüne bağlı olarak tedavi olanaklarından yeterince yararlanamaması bu grubu daha kırılgan hale getiriyor ve uyum sağlamak için bedenselleştirmenin bir araç olarak kullanılmasını sağlıyor olabilir (95,102,115,121).

Çalışma kapsamında, çalışmaya katılanların psikiyatriye yönelik yardım arayışları da sorgulanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, psikiyatriste ve psikiyatri kliniklerine başvuru konusundaki yetersizliklerle ilgili ipuçları içermektedir. Çalışmamıza katılan 1011 kişinin 743'ü yaşamının hiçbir döneminde psikiyatriste gitmediğini belirtmiş iken 368 kişi psikiyatriste gittiğini ifade etmiştir. Psikiyatrik yardım almayan 743 kişinin 223'ünde (% 30) duygudurum bozuklukları, 34'ünde (%4.6) OAKK, 166'sında (%22.3) anksiyete bozuklukları ve 121'inde (%16.3) somatoform bozukluklar bulunmuştur.

Ruhsal bozukluğa sahip olanların psikiyatrik yardım aramamaları ile ilgili olarak farklı hipotezler ileri sürülmektedir. Özellikle psikiyatriste ve psikiyatri kliniklerine başvuranlarla ilgili olarak yaşanan “damgalama”, halen güncel bir sorun olarak vurgulanmakta ve çalışmalara konu olmaktadır (139-140). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanması, hastanın tedaviye başvurmamasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açmakta ve onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir (141). Fabrega (142), ruhsal bozukluklara sahip olanları, bütün toplumların ve kültürlerin damgaladığını ileri sürmüştür. Ayrıca, ruhsal bozukluklara sahip ailelerde görülen yoğun utanç duygusu ile ailenin onurunun zedelendiği inancı yardım arayışını engelleyebilmektedir (143). Akbıyık ve Önder'in (144) bildirdiğine göre, ABD ve Yeni Zelanda'da yapılan karşılaştırmalı çalışmada, psikolojik sıkıntıları olanların uzmanlardan yardım istemekten kaçınma nedenleri incelenmiş ve sonuçta bu hastaların büyük bir kısmının bu sıkıntıları kendilerinin yenmeleri gerektiğine inandıkları için, bir kısmının kendilerine kimsenin yardım edemeyeceğini düşündükleri için, geriye kalanların ise tedaviden korktukları için uzman yardımı istemedikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Öte yandan gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda ruhsal bozukluğu olanların, psikiyatrik yardımdan çok geleneksel yöntemleri tercih ettikleri bildirilmektedir (29). Gater ve ark. (145), ruhsal bozukluğu olanların, ilk olarak geleneksel yollara başvurma oranlarını Endonezya'da % 54, Hindistan'da % 12, Pakistan'da % 13, ve Yemen'de % 9 olarak bildirmişlerdir.

Hastaların, ruhsal bozukluklara ve psikiyatriye karşı tutumlarının yanında, hastalıklarının farkında olmamaları ve genelde ilk başvuru merkezleri olan

BBSK'larda da ruhsal bozukluklara yeterince tanı konulamaması ayrıca sevk sürecinde yaşanabilen güçlükler ve olumsuzluklar bu hastaların psikiyatri uzmanlarına ulaşmasına engel olabilmektedir (144). Üstün ve ark.'nın (8) belirttiği gibi, ruhsal bozukluğu olan hastalar, BBSK'lara büyük oranda, baş ağrısı, baş dönmesi, sırt ağrısı gibi atipik somatik şikayetlerle başvurumaktadırlar. Gerek BBSK'larda çalışan hekimlerin bedensel belirtilere odaklanması, gerekse hastaların, bu belirtilerinin bedensel belirtiler olduğu yönündeki tutumu, tanı konulmasını güçleştirip ruh sağlığı uzmanına ulaşmayı engellemektedir (40).

BBSK'larda çalışan hekimlerin ruhsal bozuklukların teşhis ve tedavisinde önemli bir yeri olduğu ancak bu hekimlerin psikiyatrik hizmet sunumunda, teşhis ve tedavide önemli zorluklar yaşadığı birçok çalışmanın konusu olmuştur (9,31,44,91). Andersen ve Harthorn (9), birinci basamak hekimlerin ruhsal bozuklukların teşhisinde ruh sağlığı uzmanları kadar iyi olduğunu bildirmelerine rağmen, Türkiye ve dünyadaki çalışmaların büyük bir kısmı bu veriyi desteklememiştir (31,44,50-51,91-92). Schulberg ve ark.'nın (91) BBSK'lardaki çalışmasında depresyon hastalarının % 74'üne birinci basamak hekimlerince doğru tanı konulmadığı bildirilmiştir. Weyerer (92) ise çalışmasında birinci basamak hekimlerin, BBSK'lardaki ruhsal bozuklukların ancak yarısını tanıyabildiklerini ve özellikle nevrotik ve psikosomatik bozuklukları tanıma konusunda önemli zorluklar yaşadığını bildirmiştir. Jones ve ark. da (146), birinci basamakta çalışan hekimlere verilen eğitim sonrasında dahi, birinci basamak hekimlerin koyduğu ruhsal bozukluk tanılarının % 79 oranında yanlış olduğunu tespit etmişlerdir.

Eskişehir il merkezinde yer alan 19 sağlık ocağında poliklinik defterleri tarandığında, birinci basamak hekimlerin koyduğu ruhsal bozukluk tanılarıyla, PRIME MD ölçeği kullanarak bulduğumuz ruhsal bozukluk tanıları arasında büyük farklılıklar saptanmıştır. Örneğin birinci basamak hekimlerin en yüksek oranda tanı koydukları sağlık ocağı olan 9 no.lu sağlık ocağında, bir hafta boyunca hastaların % 3.7'sine ruhsal bozukluk tanısı konulurken, aynı sağlık ocağında bizim tespit ettiğimiz ruhsal bozukluk oranının % 28 olması dikkat çekicidir. Yöntemlerde farklılıklar olmakla birlikte, çalışmamızda, birinci basamak hekimlerin ruhsal bozuklukları yeterince tanıyamadıklarını ileri süren Türkiye ve dünyadaki birçok çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (31,50-51,91-92). Birinci basamak

hekimlerin, ruhsal bozuklukları yeterince tanıyamaması ile ilgili birçok neden ileri sürülmektedir. Eğitim yetersizliği, hekimlerin daha çok bedensel belirtilere odaklanması, poliklinik defterlerine kayıtların yapılmaması ileri sürülen nedenlerin başlıcalarıdır (40). Ayrıca, hekimlerle yapılan çalışmalarda, hekimler de kendilerini ruhsal bozuklukları tanıma konusunda yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir (40). Birinci basamak hekimler, bu yetersizlikle ilgili olarak, bu hastalıkları tanımak için yeterli zamanları olmadığını, tanı koyabilmek için gerekli talebi karşılayacak personelden yoksun olduklarını, tanı ve tedaviye yönelik hasta direnci olduğunu ileri sürmekte, psikiyatrik sağlık hizmeti verebilmek için sağlık ocaklarının işlevsel olmadığını düşündüklerini bildirmektedirler (40,94).

Çalışmamız, ölçek kullanılan çalışmalar içerisinde, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasından bu yana Eskişehir'de en büyük örnekleme gerçekleştirilen çalışmalardan birisidir. Çalışmamız, ruhsal bozukluğa sahip kişilerin yeterince tanı alamadığını ve ruhsal bozuklukların hala önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu düşüncesinin doğru olduğunu bir kere daha ortaya koymuştur. Bu çalışma, ruhsal bozuklukların beklediğimiz ¼'lük orandan çok daha yaygın olarak görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu tür çalışmaların artması ile risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması, hekimlerin ruhsal bozukluklarla ilgili eğitimi, BBSK'lar ile ruh sağlığı hizmeti veren kurumlar arasında işbirliği sağlanması, hayata geçirilmesi gereken önlemlerden bazılarıdır. Ayrıca bu tür çalışmalar ve risk gruplarının belirlenmesi bu gruplara yönelik ruh sağlığı politikalarının hayata geçirilmesine katkıda bulunabilir.

Çalışmamız bazı kısıtlılıklar da içermektedir. Bu kısıtlılıklardan bazıları;

- 1) PRIME MD ölçeği kullanılması nedeniyle eşikaltı belirtilerin de hastalık olarak algılanabilecek olması ve bu nedenle ruhsal bozukluk yaygınlığının olduğundan fazla çıkma olasılığı,
- 2) PRIME MD ölçeği ile sadece duygudurum, alkol, anksiyete ve somatoform modülündeki hastalık tanılarının konulabilip, diğer hastalık tanıları ile ilgili bilgi toplanamamış olması,
- 3) Risk gruplarının, sosyodemografik değişkenlerle kısıtlı kalması ve çocuklar, özürlüler, göçmenler gibi risk gruplarının çalışılmaması,

4) Hastaların, damgalanma korkusu nedeniyle sorulara doğru cevap vermemiş olma olasılığıdır.

6. SONUÇLAR

- 1) BBSK'larda ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve ilişkili sosyodemografik değişkenleri araştırmak için gerçekleştirilen bu çalışmada, PRIME MD ölçeği kullanarak ruhsal bozuklukların yaygınlığı % 47.7 olarak bulunmuştur.
- 2) Çalışmamızda en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklar duygudurum bozuklukları olmuş ve çalışmaya katılanların % 38.3'ünde görülmüştür. Anksiyete bozuklukları % 30.5, OAKK % 5.5 ve somatoform bozukluklar % 24.9 oranında bulunmuştur.
- 3) Cinsiyete göre değerlendirildiğinde OAKK dışındaki tüm ruhsal bozukluklar kadınlarda anlamlı derecede fazla bulunmuştur.
- 4) Yaş, anksiyete bozuklukları ve OAKK üzerinde etkili bir değişken olarak saptanmış ancak somatoform bozukluklar ve duygudurum bozukluklarına etkisi anlamlı bulunmamıştır. Yaş arttıkça OAKK ve anksiyete bozuklukları görülme riskinin azaldığı tespit edilmiştir.
- 5) Gelir düzeyi OAKK dışındaki ruhsal bozukluk tanıları üzerinde etkili bir değişken olarak bulunmuş ve gelir düzeyi düşük olanlarda ruhsal bozukluklara daha yaygın olarak rastlanmıştır.
- 6) Eğitim düzeyi ruhsal bozukluk gruplarının tamamıyla ilişkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukların riskinin azaldığı OAKK riskinin ise arttığı saptanmıştır.
- 7) Medeni durumun en çok OAKK tanısını etkilediği ve bekarların OAKK açısından anlamlı derecede riskli olduğu bulunmuştur. Medeni durum ayrıca zayıf düzeyde de olsa anksiyete bozuklukları üzerine etkili olarak bulunmuş ve anksiyete bozuklukları evlilerde daha yaygın olarak bulunmuştur.
- 8) Çalışma durumu ruhsal bozukluklar üzerinde etkili bir değişken olarak bulunmuştur. Çalışmayanlarda duygudurum bozuklukları ve anksiyete

bozuklukları daha yaygın olarak bulunmuşken, OAKK çalışanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur.

- 9) Bedensel hastalıklar ruhsal bozukluklar üzerinde cinsiyetle birlikte en etkili değişkenlerden birisi olarak tespit edilmiştir. Bedensel hastalıklara sahip olanlarda ruhsal bozukluklar anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur.
- 10) Yaşamı boyunca hiç psikiyatrik destek almamış olanlarda da ruhsal bozukluklar yaygın olarak görülmüştür. Bu kişilerin % 30'unda duygudurum bozuklukları, % 4.6'sında OAKK, % 22.3'ünde anksiyete bozuklukları ve % 16.3'ünde somatoform bozukluklar gözlenmiştir. Yaşamı boyunca hiç psikiyatrik destek almamış olan ve şu anda da destek almayı düşünmediğini belirten kişilerde de yaygın olarak ruhsal bozukluklar bulunmuştur.
- 11) Poliklinik defterlerindeki bir haftalık hasta kayıtları incelendiğinde birinci basamak hekimlerin koydukları ruhsal bozukluk tanı oranları ile çalışmamızda PRIME MD ölçeği kullanılarak bulunan ruhsal bozukluk oranları arasında ciddi farklılıklar tespit edilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*.1987; 44:16-30.
- 2) 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.
- 3) Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 4. Basım Ankara. Hekimler Yayın Birliği; 1992.
- 4) Tiemens B. Management of mental health problems in primary care: the doctor, the patient and the medical model [dissertation]. Groningen: University of Groningen.1999.
- 5) 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; 8:1175-84.
- 6) Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2000;11:198-203.
- 7) Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*.1988;10(2):79-87.
- 8) Üstün TB, Gater R. Integrating mental health into primary care. *Curr Opin Psychiatry*.1994; 7:173-180.
- 9) Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care*.1989;27(9):869-86

- 10) 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.
- 11) Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep.*1994;109(2): 251–258
- 12) Kaptanoğlu C, Yenilmez , Ayrancı . Temel Sağlık Hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler. 5US yayınları;2003.
- 13) 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.
- 14) Ayrancı , Yenilmez . Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2001; 2 (2) :87-98
- 15) Oral ET, Kıyak M, Temiz S, Uluşahin A, Baral I, Ögel K, stn TB, Ggş A. Temel Sağlık Hizmetlerinde ICD-10 ile Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.*1995;6(2):99-106
- 16) Williams K. Self-assessment of clinical competence by general practitioner trainees before and after a six-month psychiatric placement. *Br J Gen Pract.*1998;48(432): 1387–1390.
- 17) Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ.*1988;22 (2): 132-8.
- 18) Ayrancı , Yenilmez . Eskişehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi.*2002; 13(2):115-124
- 19) Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med.*1999;14(4):249-54.
- 20) Saravay SM, Cole SA. Mental disorders in the primary care sector: a potential role for managed care. *Am J Manag Care.*1998;4(9):1319-22.

- 21) Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhtar S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. *Br J Psychiatry*.2000;177: 557-562.
- 22) Mubarak AR. A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. *Med J Malaysia*.1997;52(3):274-84.
- 23) Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Higgins ES. The SDDS-PC: a diagnostic aid for multiple mental disorders in primary care. *Psychopharmacol Bull*.1995;31(2):415-20.
- 24) Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, Faria MM, Lourenco CC, de Oliveira DA. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*.1997; 12(7):728-36.
- 25) Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*.1996;101(5):526-33.
- 26) 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.
- 27) Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*.1990;82(1):82-5.
- 28) Erol N, Kılıç C, Ulusoy M: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.;1998.
- 29) Abiodun OA. Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*.1991;37(2):113-20.
- 30) 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):713-21.
- 31) Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ. Results from the Ankara Centre in Mental illness in General Health Care: An International Study. John Wiley & Sons Ltd;1995.
- 32) Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic status and chronic stress. Does

- stress account for SES effects on health? *Ann N Y Acad Sci.*1999;896:131-44.
- 33) Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet.*1998;22(352):605-9.
- 34) Spinhoven P, Van Der Does AJ. Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric out-patients. *Psychol Med.*1999;29(1):213-20.
- 35) 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.
- 36) Patel V, Todd C, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda W, Mann A. Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors. *Br J Psychiatry.*1997;171:60-4.
- 37) Clement JP, Preux PM, Fontanier D, Leger JM. Mini-GDS in elderly population administered by general practitioners. *Encephale.*2001;27(4):329-37.
- 38) 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.
- 39) 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): 1749-56.
- 40) 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.
- 41) Özmen E. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. İç:Doğan O,editör. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları. 2002.s.49-57
- 42) 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.

- 43) 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.
- 44) Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.*1980;10(2):231-41.
- 45) Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med.*1996;11(1):9-15.
- 46) Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.*1994;16(4):267-76.
- 47) 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.
- 48) Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand.*1990;81(5):418-25.
- 49) Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M. Sonuç ve öneriler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü. Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi Yayınları;1997.
- 50) Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi.*2000;11(1):3-16.
- 51) Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi.*1995;6(1):13-20.
- 52) Çorapçıoğlu AÖ. Bir Mediko-Sosyal Merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi.*1999;10(2):115-122.
- 53) Dönmez L, Dedeoğlu N. Ahatlı Sağlık Ocağında ruhsal hastalıkların görüntüsü, tanınması, tedavi ve sevki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 1996; 10(2):76-85.
- 54) Sağduyu A. Sağlık Ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi.*1995;6(1):21-29.

- 55) Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2002;13(1):23-32.
- 56) 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.
- 57) Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G, Diez Manrique JF, Lequerica J, Guillen J. Psychiatric morbidity and physical illness in health centres. *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 81(4):335-9.
- 58) Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas. Dilek matbaası;1995.
- 59) Kaplan HI, Sadock J. Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Yayınevi; 2004.
- 60) Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*.1991; 2(2):123-132.
- 61) 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.
- 62) 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.
- 63) 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.
- 64) Rothschild AJ. Mood disorders. In: Nicholi Jr AM, editor. *Harvard Guide to Psychiatry*. 3 th ed., Cambridge, Harvard University Press;1999.p.281-307.
- 65) Sadock VA, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. 2.baskı. Nobel Tıp Yayınevi; 2005.
- 66) Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and manic syndromes. In: Georgotas A,Cancro R,editors. *Depression and Mania*. Elseiver;1988.p.328-333.
- 67) Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barrett JE, Blacklow RS. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract*.1995; 41(6): 543-550.

- 68) Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1987;150: 737-751.
- 69) 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.
- 70) 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.
- 71) Reijneveld SA, Schene AH. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage? *J Epidemiol and Community Health*. 2001;55(11):847.
- 72) 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.
- 73) Yuen EJ, Gerdes JL, Gonzales JJ. Patterns of rural mental health care. An exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry*.1996;18(1):14-21.
- 74) Goldsmith HF, Wagenfeld MO, Manderscheid RW, Stiles D. Speciality mental health services in metropolitan and nonmetropolitan areas: 1983 and 1990. *Adm Policy Ment Health*.1997;24(6):475-488.
- 75) Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clinical Neuropharmacology*.1989;12:(2):1-12.
- 76) 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.
- 77) Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2000;1(1):41-7.
- 78) Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge. 1992.

- 79) Meltzer H, Gill B, Petticrew M. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report No 1. The prevalence of psychiatric morbidity among adults aged 16-64 living in private households in Great Britain. London: HMSO. 1995.
- 80) Rodgers B. Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*1991;26:104-114.
- 81) Warr P. *Work, unemployment and mental health.* Oxford: Oxford Science. 1987.
- 82) Boolton, W, Oatley K. "A Longitudinal Study of Social Support and Depression in Unemployed Men". *Psychol Med.*1987;17:453-460.
- 83) 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.
- 84) Jahoda, M. "Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues". *J Soc Issues.*1988;44:13-23.
- 85) Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ.*1998;11(317):115-9.
- 86) Stoudemire A. Expanding psychopharmacologic treatment options for the depressed medical patient. *Psychosomatics.*1995;36(2):19-26.
- 87) Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 1989;146:1440-1446.
- 88) Swartling PG, Kebbon L, Smedby B. Mental health problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care.* 1987;5(4):201-4.
- 89) 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.
- 90) Üçok GÖ. Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. *Türk Psikiyatri Dergisi.*1995;6(3):180-185.
- 91) Schulberg HC, Saul M, Mc Celland M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen*

Psychiatry.1985;42:1164-70.

92) Weyerer S. Detection of psychiatric diseases in general practice: Results from Germany. *Gesundheitswesen*.1986;58(1):68-71.

93) Abay E, Aklın T, Aydın H. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri uygulamasında Anksiyete Bozuklukları. *Anksiyetenin ABC'si*.1995;2: s-2.

94) Von Korff M, Myers L. The primary care physician and psychiatric services. *Gen Hosp Psychiatry*.1987;9(4):235-40.

95) Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi*.1995;3(1-2):88-103.

96) Herran A, Vazquez-Barquero JL, Artal J, Garcia J, Iglesias C, Montejo J, Diez-Manrique JF. The recognition of mental disease in primary health care and its determining factors. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27(2):87-95.

97) Rihmer Z, Angst J. Epidemiyoloji. İç:Sadock B,Sadock V,editör.Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Güneş Kitabevi;s.1575-81.

98) Gökalp PG. 27.02.2007. Stres, Anksiyete ve Kadın. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3621.pdf>.

99) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*.1995;52(12):1048-60.

100) Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*.2001;24(1):19-39.

101) Küey L. Depresyon ve Kadın. *Sendrom*.1990;(2):49-51.

102) Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. İç:Doğan O,editör. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Ege Psikiyatri Yayınları.2002.s.66

103) Samarasinghe DS, Dissanayake SA, Wijesinghe CP. Alcoholism in Sri Lanka: epidemiological study. *Br J Addiction*.1987;82(10):1149-53.

- 104) Schuckit MA. Alcoholic men with no alcoholic firstdegree relatives. Am J Psychiatry.1983;140:439-443.
- 105) Arıkan Z, Coşar B. Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. Kriz Dergisi.1996;4 (2):81-91.
- 106) Karaer Ş, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas il merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının epidemiyolojisi, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve eksen I tanıları. Yeni Symposium.2003;41(3):131-142.
- 107) Lopez-Torres Hidalgo J, Escobar F, Fernandez C, Gonzalez C, Urbistondo L, Requeza M. Mental disorders and the utilization of the general medicine consultation. Aten Primaria.1992;10(3):665-70.
- 108) German PS, Shapiro S, Skinner EA. Mental health of the elderly: use of health and mental health services. J Am Geriatr Soc.1985;33(4):246-52.
- 109) Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi.2006;17(4): 276-285.
- 110) Weiss S, Moore M. Why, where and with whom do Israeli teenagers drink? To whom do they turn for help with alcohol problems? Alcohol Alcohol.1994;29(4):465-71.
- 111) Tuğrul C, Akman Y. Üniversite gençliğinde alkol kötüye kullanım riskini yordayan değişkenler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.1996;3(2):73-80.
- 112) Bolger KE, Patterson CJ, Thompson WW. Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. Child Dev. 1995;66:1107-1129.
- 113) Gad M, Treadwell MG, Johnson JH. Correlates of adolescent life stress as related to race, SES, and levels of perceived social support. J Clin Child Psychol.1980;9:13-16.
- 114) Kumpfer KL, Hopkins R. Recent advances in addictive disorders. Prevention. Current research and trends. Psychiatr Clin North Am.1993;16(1):11-20.

- 115) Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Őengöl C, Bayam G. Major Depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranıőı ve niyetine etkisi. Klinik Psikiyatri.2004;7:153-160.
- 116) Matzger H, Delucchi K, Weisner C, Ammon L. Does marital status predict long-term drinking? Five-year observations of dependent and problem drinkers. J Stud Alcohol.2004;65(2): 255-65.
- 117) Prescott CA, Kendler KS. Associations between marital status and alcohol consumption in a longitudinal study of female twins. J Stud Alcohol.2001;62(5):589-604.
- 118) 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.
- 119) Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E, Coőkunol H. Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi.2005;6(3):129-135.
- 120) Hirschfeld R, Cross C. Epidemiology of affective disorders: psychosocial risk factors. Arch Gen Psychiatry.1982;39:35–46.
- 121) Çilli AS, Kaya N, Bodur S. Çalışan ve ev kadınlarında psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Antalya.1997.
- 122) Yüksel İ. İşsizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara örneği). C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.2003;4(2):21.
- 123) Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major Depression, physical illness, and suicidal ideation in Primary Care. Psychosom Medicine.2003;65:501-5.
- 124) 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):1069-78.
- 125) 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.

126) Fisher L, Catherine A, Mullan JT, Skaff MM, Kanter RA. Contributors to Depression in Latino and European-American Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*.2001;24:1751-7.

127) Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain initial findings from the household survey. *Int Rev Psychiatry*.2003;15(1-2):29-42.

128) Schulberg HC, McClelland M, Gooding W. Six-month outcomes for medical patients with major depressive disorders. *J Gen Intern Med*.1987;2:312-7.

129) Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*.1977;34:98-111.

130) Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D. Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric inpatients? *Br J Psychiatry*.1993; 163:747-54.

131) Klerman GL, Weissman MM. The Changing epidemiology of depression. *Clin Chem*.1988;34(5) 807-81.

132) Hauenstein EJ. Young women and depression origin, outcome, and nursing care. *Nursing Clinics of North America*.1991;26(3):601-612.

133) Weissman MM. Advances in psychiatric epidemiology rates and risks for major depression. *Am J Pub Health*.1987;77: 445-51.

134) Harford TC. Family history of alcoholism in the US: Prevalance and demographic characteristics. *Br J Addiction*.1992;87(6): 931-5.

135) Doğan O. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi. İç: Dilbaz N, editör. Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler. 2005.s.75.

136) 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.

- 137) Robins KN, Regier DA. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York. Free Press.1991.
- 138) Weissman MM, Myers JK, Harding PS. Psychiatric disorders in U.S.urban community 1975-1976. Am J Psychiatry.1978;135:459-465.
- 139) Arkar H. Akıl Hastalarının Sosyal Reddedimi. Düşünen Adam.1991;4:6-9.
- 140) Arkar H. Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. Düşünen Adam.1992;3:243-8.
- 141) Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. <http://www.turkpsikiyatri.com/yayinlanmamis>.2006;17(4).
- 142) Fabrega H. Psychiatric stigma in non-Western societies. Comp Psychiatry.1991; 32:534-551.
- 143) Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Madhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2001;36:299-303.
- 144) Akbıyık Dİ, Önder ME. Ruh Sağlığı hizmetlerine ulaşım yolları ve sorunlar. 3P Dergisi.1995;3(1):44-8.
- 145) 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):761-74.
- 146) Jones LR, Badger LW, Ficken RP, Leeper JD, Anderson RL. Mental health training of primary care physicians: an outcome study. Int J Psychiatry Med. 1988;18(2):107-21.

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

HASTA SORU FORMU

ADINIZ SOYADINIZ: _____ CİNSİYETİNİZ: Erkek Kadın YAŞINIZ: _____ BUGÜNÜN TARİHİ: _____

MEDENİ DURUMUNUZ

- Evli
 Dul
 Ayrı yaşıyor
 Boşanmış
 Hiç evlenmemiş

EĞİTİM DURUMUNUZ

- İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite

YÖNERGELER: Bu form, olabilecek sorunlarınız için doktorunuzun sizi daha iyi anlamasına yardımcı olacaktır. Doktorunuz bu formdaki bazı maddelerle ilgili olarak size başka sorular da sorabilir. Lütfen her maddenin yanındaki kutuyu işaretlediğinizden emin olunuz.

SON BİR AY İÇİNDE, aşağıdakilerden SIKLIKLA rahatsız olduklarınızı işaretleyiniz.		SON BİR AYda...	
	EVET HAYIR		EVET HAYIR
1. karın ağrısı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. bulantı, gaz ya da hazımsızlık	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. sırt ağrısı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. kendini yorgun hissetme ya da bitkinlik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. kollarınızda, bacaklarınızda ya da eklemelerinizde ağrı (dizler, kalça vb.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. uyuma güçlüğü	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. adet ağrısı ya da aybaşı sorunları	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. tanısı konmamış ciddi bir hastalığınız olduğu düşüncesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17. yaptığınız şeylere karşı çok az ilgi duyma ya da bunlardan artık zevk almama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. baş ağrıları	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. kendini çökkün, kederli ya da umutsuz hissetme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19. sinirlilik, gerginlik ya da endişeli olma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. baş dönmesi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20. değişik şeyler için büyük ölçüde üzüleme, kaygılanma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. bayılma nöbetleri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10. kalp çarpıntısı ya da kalp atışlarında artma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11. nefes darlığı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12. kabızlık ya da ishal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		21. bir sıkıntı nöbetiniz oldu mu (birden ortaya çıkan korku ya da panik)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		22. alkol alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		23. alkolü bırakmayı düşündünüz mü	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		24. herhangi bir kimse içki içiyor olmanızdan ötürü yakındı mı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		25. içmenizden ötürü suçluluk ya da üzüntü duydunuz mu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		26. beş ya da daha fazla kadeh rakı, şarap ya da bira içtiğiniz bir gün hiç oldu mu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Genelde sağlık durumunuzun nasıl olduğunu söyleyebilirsiniz:	
		Mükemmel	<input type="checkbox"/>
		Çok iyi	<input type="checkbox"/>
		İyi	<input type="checkbox"/>
		Orta	<input type="checkbox"/>
		Kötü	<input type="checkbox"/>

DUYGUDURUM MODÜLÜ

MAJÖR DEPRESYON

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

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğüünüz ya da çok fazla uyuduğunuz? | Evet | Hayır |
| 2. Kendinizi yorgun hissettiğiniz ya da bitkin düştüğünüz? | Evet | Hayır |
| 3. İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz? | Evet | Hayır |
| 4. Yaptığınız şeylere karşı ilgisizlik ya da bunlardan zevk almadığınız? | Evet | Hayır |
| 5. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiğiniz? | Evet | Hayır |
| 6. Kendinizi kötü hissettiğiniz – ya da yetersiz hissettiğiniz – ya da hayal kırıklığına uğradığınız ya da ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınız? | Evet | Hayır |
| 7. Televizyon seyrederken, gazete okurken ya da bu gibi alanlarda dikkatinizi toplama güçlüğüünüz? | Evet | Hayır |
| 8. Yerinde duramayan ya da huzursuz biri gibi her zamankinden daha fazla dolanıp durduğunuz?
Yanıt Hayırsa: Ya da bunun tam tersi - başkaları farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ya da yavaş konuştuğunuz?
Sorulardan herhangi birine verilen yanıt Evetse ya da görüşme sırasında psikomotor ajitasyon ya da retardasyon varsa Evet olarak değerlendiriniz. | Evet | Hayır |
| 9. Son 2 hafta içinde "ölsem 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, işsizlik, 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 gününün 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 #16'ya geçiniz

Hayır

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 olmadığınız durumlarda?

Evet

Hayır

#34'e
geçiniz

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

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

20. Nefesiniz daraldı mı?

25. Ateş basmalarınız ya da ürpermeniz oldu mu?

29. Titreddiğiniz 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? düşecekmiş gibi oldunuz mu? bayıldınız mı?

31. Ölüyor olmaktan korktunuz mu?

23. Terlediniz mi?

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

32. Çıldıırıyor 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 şeyler 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 gelenleri 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 duyduğunuzu 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 sorudan ötürü bir doktor içkiyi bırakmanızı hiç önerdi mi?
Doktor içkiyi bırakmasını önerdikten sonra, hâlâ son 6 aydır içmeyi sürdürüyorsa 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 alkole ilişkili önemli bir sorununun olduğunu olasılıkla gösteriyor mu?
- | | |
|------|-------|
| Evet | Hayır |
|------|-------|
- ÇIKINIZ**

SOMATOFORM MODÜLÜ

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

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

Hayır Evet

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

Evet Daha ileri bir semptom taraması Hayır

Somato-
form
değil

?

Somato-
form

Hasta Soru Formu Maddesi

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

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

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

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

MULTISOMATOFORM

53. "Somatoform" olarak işaretlenmiş üç ya da daha fazla semptom var mı? Evet Hayır-#55'e geçiniz
54. Son birkaç yıldır doktorların tam bir açıklama getiremediği bu tür ya da başka belirtileriniz ya da yakınmalarınız oldu mu? **Getirilen açıklama "sinirlilikten ötürü ya da strese bağlı" biçiminde olmuşsa da Evet olarak değerlendiriniz.** Evet 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-#55'e 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-#55'e geçiniz

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 gerçekçiye 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

