

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAĞLIK OCAĞINDA RUH HASTALIKLARI

T831/1-1

Uzmanlık Tezi
Dr. Levent DÖNMEZ

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

Antalya, 1994

TESEKKÜR

Çalışmam sırasında değerli katkı ve önerilerini aldığım tez danışmanım Prof.Dr. Necati Dedeoğlu'na ve Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr. Yılmaz Baykal, Doç.Dr. Osman Saka ve Yrd.Doç.Dr. Mehmet R. Aktekin'e,

verilerin analizine katkılarından dolayı Yrd.Doç.Dr. Mehmet Yardımsever ve Araş.Grv. Can Deniz Köksal'a,

çalışmada kullandığım araçları bulmamda ve çalışma protokolunu belirlememdeki katkılarından dolayı Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi Ruh Sağlığı Bölümü elemanlarından Doç.Dr. Bedirhan Ostün'e,

bulgularımı tartışmada bana ışık tutan Yrd.Doç.Dr. Taha Karaman ve tüm Akdeniz OTF Psikiyatri Ana Bilim Dalı çalışanlarına,

ve

Çalışmam boyunca hiç bir yardımlarını ve olanaklarını esirgemeyen başta Ahatlı Sağlık Ocağı hekimleri olmak üzere tüm sağlık ocağı çalışanlarına teşekkür ederim.

Levent Dönmez

KISALTMALAR DIZINI

- CIDI:** Composite International Diagnostic Interview
- CIS:** Clinical Interview Schedule
- DIS:** Diagnostic Interview Schedule
- DSM-III:** Diagnostic and Statistical Manual III.Edition
- DSM-III-R:** Diagnostic and Statistical Manual III.Edition-
Revized
- DSC:** Dünya Sağlık Örgütü
- GHQ:** General Health Questionnaire
- GP:** Genel Pratisyen
- ICD-10:** International Classification of Disease-10
- PAS:** Psychiatric Assesment Schedule
- PERI:** Psychiatric Epidemiological Research Interview
- PSE:** Present State Examination
- PSS:** Psychiatric Status Schedule
- RDC:** Research Diagnostic Criteria
- SADS:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
- SCID:** Structured Clinical Interview for DSM-III-R

İÇİNDEKİLER

Sayfa

1. GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAC	1
1.2. GENEL BİLGİLER	4
1.2.1. Psikiyatrik Araştırmalarda Karşılaşılan Güçlükler ...	4
1.2.2. Ruhsal Hastalıklar Epidemiyolojisi	11
1.2.3. Ruhsal Hastalıklar için Risk Faktörleri	13
Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Yerleşim, Sosyoekonomik Düzey, Eğitim, Genetik.	
1.2.4. Ülkemizde Ruhsal Bozukluklar	16
1.2.5. Ruh Hastalıklarında ve Hastalarında Tutum ve Davranışlar	17
1.2.6. Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıkların Durumu	18
1.2.7. Psikiyatri ve Genel Pratisyenler	21
1.2.8. Toplumdaki Ruh hastalarının Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Yolları	24
1.3. AMAÇLAR	26
1.3.1. Araştırmanın Kısa Vadeli Amaçları	26
1.3.2. Araştırmanın Uzun Vadeli Amaçları	26
2. GEREC VE YÖNTEM	27
2.1. Araştırma Bölgesinin Seçimi	27
2.2. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	27
2.3. Ahatlı Sağlık Ocağının Durumu	29
2.4. Ahatlı Bölgesi Nüfusunun Özellikleri	30
2.5. Araştırma Evreni ve Örneklem	31
2.6. Veri Toplama ve Anket	33

2.7. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanıtımı	35
2.7.1. Genel Sağlık Anketi (GHQ = General Health Questionnaire)	36
2.7.2. CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	36
2.8. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	38
2.9. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	39
2.10. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Testler	40
3. BULGULAR	41
4. TARTIşMA	63
4.1. Bölgenin ve Çalışma Evreninin Seçimi	64
4.2. Çalışmada Kullanılan Araçlar ve Yöntem	67
4.3. Kişisel, Sosyal, Ekonomik ve Demografik Değişkenler ..	69
4.4. CIDI'den Alınan Tanılar	72
4.5. Pratisyen Hekimin Tanıları	80
4.6. Hastaların Prognozu	87
4.7. Pratisyen Hekimin Tedavisi	88
4.8. Ruhsal Hastalıklarda Hizmet İlkeleri ve Modelleri, Eğitim, Genel Pratisyen ve Psikiyatrist İlişkisi, Organizasyon	90
5. SONUC	96
6. ÖNERİLER	99
7. ÖZET	102
8. KAYNAKLAR	103
9. EKLER	115

TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Hastanın Kendi Doldurduğu Soruluklardan Örnekler	6
Tablo 2: Yapılandırılmış Tanı Koydurucu Görüşmelerden Örnekler	7
Tablo 3: Çeşitli Ülke Toplumlarında Bulunan Psikiyatrik Hastalıklar Prevalansı	12
Tablo 4: Birinci Basamakta Psikiyatrik Morbidite Araştırmaları	19
Tablo 5: Toplumdaki Ruh Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Oranları	25
Tablo 6: Ahatlı Bölgesi Nüfusunun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı	30
Tablo 7: Ahatlı Bölgesindeki 15-65 Yaş Nüfusun Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Dağılımı	31
Tablo 8: Ahatlı Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-65 Yaş Nüfusun Cinsiyete Göre Eğitim Durumları	31
Tablo 9: Psikiyatristin Yaptığı Klinik Görüşme ile Konulan Tanıların CIDI ile Konulan Tanılarla Karşılaştırılması	33
Tablo 10: GHQ Skorları ile Morbidite Ölçen Görüşme Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Değerleri	37
Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Yaşa Göre Cinsiyet Dağılımı	41
Tablo 12: Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Medeni Durum Dağılımı	41
Tablo 13: Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Eğitim Durumu Dağılımı	42
Tablo 14: Araştırmaya Katılanların Göç Durumu ve Göçle Geldikleri Yere Göre Dağılımı	42
Tablo 15: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre GHQ Skoru Durumları	43
Tablo 16: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetine Göre GHQ Skor Durumları	43

Tablo 17: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre GHQ Skor Durumları	44
Tablo 18: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre GHQ Skor Durumları	44
Tablo 19: Araştırmaya Katılanların Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre GHQ Skor Durumları	45
Tablo 20: Araştırmaya Katılanların Göç Durumuna Göre GHQ Skor Durumları	45
Tablo 21: Araştırmaya Katılanların Göçle Geldikleri Yere Göre GHQ Skor Durumları	45
Tablo 22: Araştırmaya Katılanların Sosyoekonomik Durumuna Göre GHQ Skor Durumları	46
Tablo 23: Birinci ve İkinci Görüşmeye Alınan Hastaların Bazı Değişkenler Yönünden Karşılaştırılması	47
Tablo 24: İkinci Görüşmeye Alınanlarda CIDI'den Tanı Alma Durumuna Göre Genel Pratisyen Hekim Tarafından Fiziksel Hastalık Saptanma Durumunun Dağılımı	48
Tablo 25: CIDI'den Alınan Tanılara Göre Daha Önce Sağlık Ocağına Başvurma Durumu	49
Tablo 26: Kişilerin CIDI'den Aldıkları Tanılara Göre Sağlık Ocağına Ortalama Başvuruları	50
Tablo 27: İkinci Görüşmeye Alınan Hastalarda Genel Pratisyen Hekimin Koyduğu Tanıların Dağılımı	51
Tablo 28: İkinci Görüşmeye Alınanlarda Kişinin Kendi Sağlığını Genel Olarak Değerlendirmesine Göre GHQ Skor Ortalamaları	53
Tablo 29: İkinci Görüşmeye Alınanlarda Genel Pratisyenin Kişinin Sağlığını Genel Olarak Değerlendirmesine Göre GHQ Skor Ortalamaları	53
Tablo 30: İkinci Görüşmeye Alınanların GHQ Skor Durumuna Göre Genel Pratisyen'den ve CIDI'den Ruhsal Bozukluk Tanısı Alma Yüzdeleri	54
Tablo 31: İkinci Görüşmeye Alınanların CIDI'den Aldıkları Tanı Durumuna Göre Genel Pratisyen'den Aldıkları Tanıların Durumu	55

Tablo 32: Genel Pratisyenin Ana Başvuru Nedenini Sınıflamasına Göre Genel Pratisyen ve CIDI'den Alınan Tanıların Yüzdeleri	56
Tablo 33: Ana Başvuru Yakınması Fiziksel Hastalığa Bağlı Bedensel Belirtiler Olan 63 Hastada CIDI'den Tanı Alma Durumuna Göre GHQ Skor Ortalamaları ...	57
Tablo 34: Ana Başvuru Yakınması Fiziksel Hastalığa Bağlı Bedensel Belirtiler Olan 63 Hastada Genel Pratisyen Hekimden Tanı Alma Durumuna Göre GHQ Skor Ortalamaları	57
Tablo 35: İkinci Görüşmeye Alınan Kişilerin Kendi Kendinin Sağlığını Değerlendirmesine Göre Genel Pratisyen ve CIDI'den Tanı Alma Yüzdeleri	57
Tablo 36: Birinci Basamak Hastalarında Ruhsal ve Fiziksel Hastalık Arasındaki İlişki	75
Tablo 37: Birinci Basamaktaki Hastaların Başvuru Nedenlerine Göre Ruhsal Bozukluk Sıklıkları	83
Sekil 1: CIDI'den Tanı Alanların Birinci Derecede Rahatsızlık Duyduğu Tanıların Dağılımı	48
Sekil 2: İkinci Görüşmeye Alınanların Ana Başvuru Nedenlerinin Genel Pratisyenin Sınıflandırmasına Göre Dağılımı	50
Sekil 3: İkinci Görüşmeye Alınan Hastaların Genel Sağlık Durumunun Genel Pratisyen Tarafından Değerlendirilmesi	51
Sekil 4: Genel Pratisyen Hekimden Tanı Alanların Hangi Tanıyı Aldıklarının Dağılımı	52
Sekil 5: Kişinin Kendi Kendinin Sağlığını Değerlendirmesi	53
Sekil 6: CIDI'den Tanı Alan 51 Kişinin Bu Rahatsızlıkları Nedeniyle Daha Önce Başvurdukları Yerlerin Dağılımı	59
Sekil 7: CIDI'den Tanı Alan 51 Kişinin Daha Önceki Ahatlı Sağlık Ocağına Başvurularına Göre Tanı Dağılımı	60
Sekil 8: Genel Pratisyenin Ruhsal Bozukluk Tanısı Koyduğu Hastalara Uyguladığı Tedavi ya da Öneriler	62

GİRİŞ:

Sağlık kuruluşlarına olan başvuruların önemli bir kısmının sebebi psikolojik bozukluklardır (10,11,20,47,61,70,74,75,77,82,88). Vakalar arasında çok belirgin hatta dramatik görünümde olanların yanında anksiyete ve depresyon semptomları gösterenler ve herhangi bir organik nedenin saptanamadığı bedensel belirti gösterenler de vardır. Ruhsal belirtilerin tanınmaması ya da geç tanınması gereksiz yere büyük masraflar yapılmasına, iyatrojenik hastalıklara ve sağlık kuruluşunu kullanan ya da hizmeti verenlerde tatminsizliğe yol açabilmektedir. Kötü tanımlanmış ya da tanımlanmamış olan bu sorunlar bedensel hastalık şeklinde ortaya çıkabilir ve halk sağlığı yönünden önem taşıyan özelliklere sahiptir; çok sık görülürler, birey ve toplum için sonuçları şiddetli olabilir, ve iyi bir müdahale ile etkili sonuçlar elde edilebilir (47).

Bazı ülkelerde yapılan araştırmaların sonuçları bu saptamaları somut olarak desteklemektedir. Bununla birlikte bir çok ülke ve kültürde bu tür sorunların tartışıldığı araştırmalar henüz yapılmamaktadır. Çünkü, bazı faktörler ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre değişmektedir. Bu faktörler sıralanırsa; 1) bazı ülkelere sorunun büyüklüğünün anlaşılması için araştırmalara gereksinim duyulmamaktadır, çünkü mortaliteyi yükselten çok daha önemli sorunlar vardır, dolayısı ile öncelik bu tür sorunlara yönelmiştir, 2) bir takım yöntemsel ve parasal engeller aşılammıştır, 3) sosyokültürel sıkıntılar söz konusudur. Örneğin,

psikiyatrik hastalıklar hala önyargılarla yaklaşılan bir hastalık grubudur.

Bu nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülen psikolojik bozuklukların kapsamlı olarak araştırılması görüşünü taşımaktadır. Bu araştırmaların verilerin çok az olduğu ya da hiç olmadığı alanlara yoğunlaşması önerilmekte ve çalışmaların,

1.Ruhsal bozuklukların tipi, şiddeti, insidansı ve prevalansını bulmaya,

2.Bu bozuklukların doğal hikayesini oluşturmaya,

3.Hastaların sağlık kuruluşlarına ulaşma yollarının saptanmasına,

4.Benzer çalışmalar için gerekli olan, yöntemlerin geçerliliğinin belirlenmesi ve kültürlerarası uygulanabilirliğinin belirlenmesine yönelik olması, istenmektedir (47).

Ülkemizde de ruhsal hastalıkların yaygınlığını, ortaya çıkış hızını, etyolojisini incelemek, kökenini araştırmak, toplumsal, kültürel, ekonomik yapı ve genel sağlık düzeyi ile ilişkisini irdelemek, klinik gidişini, sağaltımın etkinliğini ve sonuçları saptamak gereklidir. Bu çalışmaların sonucunda ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve eldeki kaynakların etkin ve ekonomik kullanılması sağlanabileceği gibi, klinikte de risk gruplarının, etyolojik ve kültürel özelliklerin bilinmesi yararlı olacaktır.

Bu çalışmada, birinci basamakta yer alan bir sağlık kuruluşuna başvuranların ne kadarının psikolojik bozukluğunun

bulunduğu ve bunların hangi tip bozukluklar olduğunun yanı sıra genel pratisyen hekimin bu tip hastalara tanı koyma oranı ve tedavi şekli araştırılmış, ayrıca bu hastaların daha çok hangi belirtilerle geldiği ve bu bozukluk nedeni ile ilk önce nereye (ör: doktora, komşuya vs.) başvurdukları incelenmiştir.

GENEL BİLGİLER:

Psikiyatrik Araştırmalarda Karşılaşılan Güçlükler:

Uzun yıllar boyunca ruh sağlığı alanında araştırma yaparken büyük güçlüklerle karşılaşmıştır. Bu güçlüklerden hemen hemen en önemlisi ruhsal hastalıkların tanısındaki ve sınıflandırılmasındaki zorluklardır. Ruhsal hastalıklarda sınıflandırma ihtiyacı 1960'lı yıllarda yoğunluk kazanmıştır ve 1964 yılında DSÖ sorunların boyutunu saptama amacı ile "ruhsal bozuklukların uluslararası düzeyde sınıflandırılması" nı önermiştir (67). Bu gün Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı tanıs ve istatistiksel değerlendirme kılavuzu DSM-III ve DSM-III-R ve DSÖ'nün uluslararası hastalık sınıflandırma kılavuzu ICD-10 en yaygın kullanılan sınıflandırmalardır.

Bu iki sınıflandırmanın ortaya çıkışı ayrı yerlerde olmasına rağmen A.B.D. ve Avrupa'daki çalışmaların sürekli birbirini etkilediği, DSM-III'ün ICD-9'dan, ICD-10'un da DSM-III'den etkilendiklerini ve standart bir sınıflandırmaya doğru yaklaşıldığı söylenmektedir (80).

Hastalıkların iyi tanınması ve sınıflandırılması, araştırmalar kadar uygun tedavi planının uygulanması için de zorunludur. Ancak psikiyatride, hekimliğin her dalında olduğu gibi, hatta daha fazla, tanı ölçütlerine uymayan, tanı sınıflarına sığmayan ya da sınıflar arasında kalan sendromlar bulunmaktadır. Ayrıca bir takım tanı ölçütleri psikiyatriyi dar ve indirgeyici bir biyomedikal model içinde tutmaktadır. Kişiyi biyopsikososyal bir bütün olarak gelişimsel ve çevreye

uyum yönünden tümüyle tanıma yolunda DSM-III'ün beş eksenli tanı dizgesi önemli bir aşamadır (80). Bu dizgenin ilk kısmında hastaya beş eksen üzerinden tanı konulmaktadır; 1) Klinik sendromun tanısı, 2) Gelişimsel bozukluk ve kişilik bozukluğu tanısı, 3) Bedensel bozukluğun tanısı, 4) Psikososyal stresslerin ağırlığının belirtilmesi, 5) Uyumun genel değerlendirilmesi. İkinci kısımda ise her bozukluğun tanımı, eslik eden özellikleri, başlangıç yaşı, gidişi, komplikasyonları, oluş nedenleri, yaygınlığı, ayırıcı tanısı ve tanı ölçütleri sırasıyla özetlenerek verilmiştir. DSM-III tanı koydurucu büyük bir kılavuz sayılabilir (64,80).

Ruh sağlığı alanında güçlük yaratan sorunlardan ikincisi yöntem ve ölçme sorunlarıdır. Beck'in araştırmasında, 4 ayrı psikiatristin tanılarındaki uyum oranı %54 olarak bulunmuştur (14). Daha kolay tanınan psikozda bile %69-88 olan uyum affektif psikozlarda %46'ya inmiştir (9). Prevalans çalışmalarının farklı sonuçlanması gerçek farktan çok tanı koyma yöntemlerindeki farklılığa bağlanmaktadır (72). Bu farklılığı gidermek ve sorunların boyutunu saptamak amacıyla DSO 1964 yılında vakaları saptama ve değerlendirmeye yarayan standart ölçeklerin geliştirilmesini önermiştir (67). Günümüzde çok çeşitli amaçlara hizmet eden bir çok tanı ölçeği bulunmaktadır. Bunlar iki gruptur; (117)

1. Hastanın kendisi tarafından doldurulan anket formları ile klinisyen veya diğer özel personel tarafından doldurulabilen, listelemeye benzer bir yaklaşımla yapılan ölçüm skalaları.

2.Yarı-yapılandırılmış ya da tam standardize edilmiş tanı koydurucu görüşme ölçekleri.

Tablo-1'de hastanın kendi doldurduğu birinci grup araçların kısaca yapısı ve genel içeriği tanımlanmıştır.

Tablo-1: Hastanın Kendi Doldurduğu Soruluklardan Örnekler:

Yayınlayan	Araç ismi	Soru örneği	Yanıtlar
Brodman ve ark.(1949)	Cornell Medical Index	Sık sık sarsılır ya da titrer misiniz	evet-hayır
Mac Millan (1957)	Health Opinion Scale	Uykuya dalmada ya da uyku sürekliliğinde sorunuz var mı	evet-hayır
Langner (1962)	Twenty-two item Scale	Hiç sizi sarsan bir kalp çarpıntınız oldu mu	evet-hayır
Derogatis ve ark.(1974)	Hopkins Symptom Checklist	Karar vermede güçlük	hiç yok güçlkle karar aşırı derecede
Goldberg (1972)	General Health Questionnaire	Bu yakınlarda kendinizi mutsuz ve hüzünlü hissediyor musunuz	genelde olduğundan az/genelde olduğundan fazla.
Harding ve ark.(1980)	Self-reporting Questionnaire	Sık sık baş ağrısı olur mu	evet-hayır
Beck ve ark. (1961)	Beck Depression Inventory	Duygulanım: 0.Üzgün hissetmiyorum 1.Üzgün hissediyorum 2.Sürekli üzgünüm ve son veremiyorum 3.Öyle üzgün ve mutsuzum ki tahammül edemiyorum	
Zung(1965)	Zung self-rating Depression scale	İştah azalması: 0.Normalden daha azalmış değil 1.Genelde olduğundan çok az bir azalma var 2.Genelde olduğu kadar iyi değil,yine de yiyiyorum 3.İştahım çok kötü 4.Hiç iştahım yok ve az bir şey yemek için bile kendimi zorluyorum.	

Kaynak no:117

Tablo-2'de ise yapılandırılmış, standardize tanı

koydurucu ölçeklere örnekler verilmiştir.

Tablo-2:Yapılandırılmış Tanı Koydurucu Görüşmelerden Örnekler

Kısa.	Yazar Adı	İsmi	Tanı	Güvenirlik
PSS	Spitzer et al. 1964, 1970	Psychiatric Status Schedule	25 DSM-I	
CIS	Goldberg et al. 1970	Clinical Interview Schedule	Semptom profili	+
PAS	Dean et al. 1983	Psychiatric Asses- ment Schedule	RDC, * DSM-III	
PSE	Wing et al. 1974	Present State Examination	9 ICD-9 sendromu	++
SADS	Spitzer & Endicott, 1979	Schedule for Affect- tive Disorders and Schizophrenia	RDC * tanıları	+
PERI	Dohrenwend et al. 1978	Psychiatric Epidemi- ological Research Interview	Sendromlar	
NIMH- DIS	Robins et al. 1981	NIMH Diagnostic Interview Schedule	RDC, * Feighner, DSM-III	++
CIDI	WHO 1989	Composite Interna- tional Diagnostic Interview	DSM-III-R, ICD-10	+
SCID	Spitzer & Williams 1985	Structured Clinical Interview for DSM-III-R	DSM-III-R	

* RDC:Research Diagnostic Criteria

Güvenirlik: Birbirinden bağımsız yapılmış en az iki çalışmada gösterilmiş güvenilirlik "+" olarak gösterilmiştir.

Kaynak no:117

Birinci grupta yer alan ölçekler genellikle belirti taramakta ancak tanı koymamaktadır. İkinci gruptakiler ise tanı koydurucudur. Tablolardaki bu ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilik'leri çalışılmış durumdadır (117).

Bu tablolarda sadece ölçeklerin çeşitliliği ve neyi ölçtüklerinden söz edilmistir. Bu tablolarda yer almayan fakat genelde kullanılan başka ölçekler de vardır.

Yapılaştırılmış ölçeklerde özgül ayrıntılar tanımlanmıştır ve başka araştırmacılar tarafından aynı

biçimde kullanılabilirler. Klinik görüşme tarzındaki genel ruhsal durum sorgulamalarında ruhsal belirtiler yüksek oranda bulunmakla birlikte yapılandırılmış görüşmelerde bu oranların düştüğünü belirten kaynaklar mevcuttur (13). Bir bakıma standart ölçeklerin kullanılmadığı durumlarda kişiyi, sanki ruhsal belirtisi varmış gibi değerlendirme şansı daha fazla olmaktadır. Bu nedenle araştırmaların mutlaka standart ölçeklerle yapılması gereklidir.

Bu araştırmada kullanılan GHQ ve CIDI gereç ve yöntem kısmında ayrıca anlatılacaktır.

Özette günümüzde tanı ölçekleri açısından oldukça çeşitli seçenekler önümüze serilmektedir ancak bunların genel pratikte de kullanılabilirliğinin sağlanması için çalışmalar halen devam etmektedir (117).

Ruhsal hastalıklar alanında araştırma yaparken karşılaşılan güçlüklerden birisi de, farklı kültürlerin bu tür rahatsızlıklara farklı bir yaklaşım içinde bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum hem araştırmayı yapan kişinin kültürel yaklaşımı hem de araştırılan toplumun kültürel yaklaşımı şeklinde karşımıza çıkabilmekte ve günümüzde semptomların tanımlanmasında sorun yaratmaktadır.

Kültürel özelliklerin ruhsal bozukluklara katkısını inceleyen Dunham, bu etkilerin değişik biçimlerde olabildiğini göstermiştir. Psikopatoloji aynı olsa da, hastalığın görülme sıklığında, ya da kendini gösteriş biçiminde ayrılıklar söz konusudur (36). Örneğin depresyon için, Afrika grubunda suçluluk duyguları ve intihar

düşünceleri seyrek görülürken depressif durum kendini daha çok, somatik belirtiler ve motor yavaşlama şeklinde göstermektedir. Yine Çin'de hastalar psikolojik belirtilerden çok somatik yakınmalara eğilimlidirler. Batı kültüründe ise suçluluk duyguları, intihar düşünceleri ve anksiyete başta gelen belirtilerdir (16,50,63).

Olkemizde yapılan bir araştırmada köy kesiminin %95'inin depresyonu ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirmedeği görülmüştür (87). Böyle bir kültürden gelmesi olası bir araştırmacı da bulguları normalmiş gibi değerlendirirken, öte yandan üzerinde çalışılan toplum da bulgularını daha az önemseyerek araştırmacıya aktarabilir.

Bu durum tanı koyma oranını etkilediği gibi, tanı konanların gerekli tedaviyi almasını ve uygulamasını da etkileyecektir.

Kültürler arasındaki yaklaşım farklılığı ruh hastalarına karşı davranışı da farklı kılmaktadır. Dolayısı ile bu tür rahatsızlıkların prognozunu etkilemektedir. Örneğin batılı ülkelerde ruhsal hastalığı olanlar genellikle toplumdan ayrı yaşamak durumunda kalırlarken ülkemizde uzun yıllardan beri ruh hastalarına karşı tutum ve anlayışta hoşgörülü bakım ve acıma duygusu hakim olmuş, yardım etme eğilimi kendini göstermiştir (80). Ülkemizde depresyonda intihar teşebbüsü ve intihar oranınının batılı ülkelere göre daha az olmasının ruh hastalarına karşı gösterilen bu tür tutumdan kaynaklandığı söylenmektedir.

Ruh sağlığı alanındaki araştırma güçlüklerinden birisi

de bu alandaki problemlerin saptanmasına gereksinim olup olmadığı konusunda kararsızlık ya da bir öncelik sorunudur. Gelişmekte olan ülkelerde mortaliteyi yükselten çok daha önemli nedenler vardır ve öncelik doğal olarak bu çeşit sorunlara yönelmiştir. Bu ülkelerde öncelikli sorunlar yiyecek ve içecek temizliği, önlenabilir hastalıkların kontrolü ve temel yaşam standardının gelişmesidir (109). Populasyonun %80-85'i kırsal alanda ve psikiyatrik kurumlardan uzakta yaşamaktadır. Hızlı büyüyen kent bölgesinde nüfus, işsizlik, hızlı sosyal değişim ve modern sağlık kurumlarının eksikliği ruhsal sağlık sorunlarının ele alınışı, tanısı ve tedavisini olumsuz olarak etkileyen en önemli problemlerdir. Psikonöroz, emosyonel bozukluk ve kişilik bozukluklarının gelişmiş ülkelere az olduğuna dair herhangi bir veri yoktur. Populasyonun %10'unda bu tür rahatsızlıklar vardır. Temel sağlık hizmetlerine ise şu ana kadar ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmiş değildir (109). Ancak ruhsal hastalıklar daha önce de belirtildiği gibi bir sorunun halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesindeki kriterlerin hemen tümünü üzerinde taşımaktadır, ve gelişmiş toplumlarda halk sağlığı çalışanları, özellikle bulaşıcı hastalıklar alanındaki başarılı çalışmalarından sonra, ruh hastalıkları ile yoğun bir savaşıma girmişlerdir (80). Saha çalışmalarının ise, özellikle hastane olanaklarının sınırlı ve kayıt sistemi yetersiz olan ülkeler için önemli bir gereksinim olduğu belirtilmektedir (93).

Ruhsal bozukluklar, genel sağlık çerçevesi içerisinde,

tüm dünyada ve ülkemizde başta gelen sorunlardan birisidir. Çünkü; (81)

a) Büyük hasta sayıları söz konusudur, ve hasta sayıları giderek artmaktadır.

* Bir araştırmada tedaviyi gerektirecek düzeyde ruhsal hastalığı olanların oranının genel nüfusun %21.3'ünü oluşturduğu bulunmuştur (33).

* 1978'de Fransa'da ilaç tüketimi araştırmasında genel ilaç tüketimi %6 artarken psikotrop tüketiminin %19 arttığı görülmüştür (50).

b) Ruhsal hastalıklar bireye, aile ve topluma en çok acı veren rahatsızlıkları içerir.

c) İnsan yetisi ve gücünü ağır derecede, uzun süre düşürür, bu bakımdan da büyük ekonomik yitimlere sebep olur.

Görülme sıklığı bakımından ön sıralarda yer alan bazı enfeksiyon hastalıklarına kıyasla ruhsal bozukluklar kişiyi daha uzun süre mutsuz, huzursuz, yaratıcılık ve üretkenlikten yoksun bir yaşama zorlar. Bu yüzden en az enfeksiyon hastalıkları kadar ön plandadırlar.

d) Bilgisizlik, korku ve ön yargıların en çok görüldüğü ve bu yüzden tanı ve tedavisinin güçleştiği rahatsızlıklardır.

Ruhsal Hastalıklar Epidemiyolojisi:

Bu kısımda hem ruhsal hastalıkların toplumda görülme sıklığı ve risk grupları, hem bu konudaki tutum ve davranışlar, hem de birinci basamak ve genel tıp pratiğinde ruhsal hastalıkların durumu ile ilgili bilgi verilecektir.

Ruhsal hastalıkların toplum içinde dağılımının incelendiği araştırmalar 1960'lerde gerçekleştirilmiş ve son 10 yılda araştırma ilkeleri ve standart ölçeklerin giderek daha çok uygulandığı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan örnekler özet olarak Tablo-3'de gösterilmiştir. Bu tablodaki hızlar çeşitli ülkelerde toplumu temsil eden örneklerde yapılan prevalans çalışmalarından derlenmiştir (33,80).

Tablo-3: Çeşitli Ülke Toplumlarında Bulunan Psikiyatrik Hastalıklar Prevalansı

Yazar adı	Yılı	Yer	Tüm psikiyatrik morbidite
Pasamanick ve ark.	1959	Baltimore-ABD	9.3
Srole ve ark.	1962	New-York-ABD	23.4
Leighton ve ark.	1963	Stirling County-ABD	20.7
Taylor ve Chave	1964	Londra ve bir kasaba-İngil.	33.0
Hare ve Shaw	1965	Güneydoğu Londra-İngiltere	20.6
Shepherd ve ark.	1966	Londra-İngiltere	14.6
Piotrowski ve ark.	1968	Plock-Polonya	18.0
Piotrowski ve ark.	1968	Ciechanow-Polonya	13.5
Dube	1968	Agra-Hindistan	2.4
Bash ve Bash-Liechti	1969	Kuzistan-İran	14.9
Maya, Marconi ve ark.	1969	Santiago-Sili	15.3
Mariategue	1970	Lima-Peru	18.7
Bash ve Bash, Liechti	1974	Şiraz-İran	16.6
Biannar,			
Reppesgaard, Astrup	1974	Berlewag-Norvec	19.5
Talponolsky ve ark.	1977	BuenosAires, Lanus-Arjantin	15.7
WeismanMyersHarding	1978	New-Haven-ABD	17.8
Jones ve Henderson	1978	Canberra-Avustralya	21.1
Orley, Blitt, Wing	1979	İki Uganda köyü	25.3
Hacettepe Psi.Bölü.	1980	Gölbaşı ve Ankara	21.3

Kaynak no:80

Ayrıca M.Onal (1977) taramalarda tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluk prevalansını %23.14 bulmuştur (99).

Yapılan prevalans çalışmaları ışığında Türkiye'de toplum içinde tüm psikiyatrik morbidite hızı yaklaşık %20 olarak kabul edilmektedir (66,80,81) ve nevrozlar, depressif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklar en yaygın ruhsal

hastalıklar olarak belirlemektedir (10,66).

Yine bu çalışmaların ışığı altında psikiyatrik hastalıklar için bazı risk faktörleri de belirlenmiştir.

Risk Faktörleri:

Cinsiyet: Ruhsal sorun ve bozuklukların kadınlarda erkeklere göre genellikle daha yaygın olduğu görülmektedir (4,8,11,25,50,51,53,56,65,83,93,100).

Kadınlarda özellikle nevroz, psikosomatik hastalıklar, depresyon fazla görülürken, erkeklerde alkolizm ve kişilik bozuklukları daha fazladır (21,93,99,118,122).

Ölümlle sonuçlanan intihar erkeklerde, intihar girişimi ise kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Yaş: Yaş arttıkça ruhsal bozukluklar prevalansının arttığı bildirilmektedir (4). 45 yaş üzerinde nevrozlar, 65 yaş üzerinde ise organik kökenli bozukluklar yaygındır. Yine 40 yaşın üzerinde depresyon, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı daha yaygındır (1,50,51,100).

Bazı kaynaklarda ise (83,93) depresyon ve anksiyete için 18-35 arasının daha yüksek prevalans hızına sahip olduğu, alkolizmin 40 yaşından önce zirve yaptığı söylenmektedir.

Medeni Durum: Tüm ruhsal bozukluklar evli kadınlarda evli erkeklere göre daha çok görülmektedir (4,11). Dullarda psikoz nevroz, psikosomatik hastalıklar ve depresyon fazladır (25,53,93). Evlilerde bekarlara göre psikosomatik hastalıklar ve nevroz fazladır. Bekar, dul ve boşanmışlarda ise uyku bozuklukları fazla görülmektedir (8,29,51,93).

Psikotik bozukluklarda bekarlık prognozu olumsuz

etkilemektedir.

Depresyonun en çok görüldüğü kişiler yakın zamanda ayrılan ya da boşananlardır (21,65). Depressif semptomlar evli kadınlarda bekar kadınlara göre daha fazla iken, evli erkekler bekar erkeklere göre daha az depressif görünmektedirler. Yani bir anlamda evlilik erkekleri depresyondan korurken kadınlar için risk artmaktadır (21,50). **Yerleşim:** Genel olarak ruhsal hastalıklar prevalansının kırdan kente gittikçe arttığı görülmektedir (12,35,83). Başlangıçta kent kavramı nüfusça kalabalık toplumlari belirlemek için kullanılmıştır (93) fakat daha sonralari toplum yapısında artan oranda örgütlenme, iş bölümü ve uzmanlaşma yaratan, insanın davranış ve ilişkilerinde değişikliklere ve yabancılaşmaya yol açan bir süreç olarak kabul edilmiştir (93). Kentleşme ruhsal hastalıklar ile sosyal değişim arasındaki ilişkiyi incelemeye üzerinde önemle durulan bir konudur (55,67).

Psikiyatrik morbiditenin durumu, özellikle hızlı gelişen toplumlarda yer ve zamanla, değişim göstermektedir (93). İnsanın psikososyal çevresindeki hızlı değişimler, uzamış ağır streslere yol açmaktadır. Giderek aile bütünlüğünün bozulması, toplumdaki soyutlanmalar, geçmişten kopma gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır (33).

Bu nedenlerle de özellikle göçmenlerde ruhsal hastalıklar daha fazla görülmektedir (93).

Dohrenwend (1974) nevroz ve kişilik bozukluklarını kentte daha sık bulmuş, şizofreni yine kentte fazla iken

diğer psikozlar, relatif olarak, kırsal alanda daha fazla görülmüştür (21,35).

Sosyoekonomik Düzey: Genel olarak ruhsal bozukluklar alt sosyoekonomik düzeyde olanlarda daha yaygındır (4,8,23,25,29,35,50,84,93). Hollingshead ve Redlich 1950-51 yıllarında nevrozları yüksek sosyoekonomik seviyede psikozları düşük sosyoekonomik seviyede daha fazla bulmuşlardır (93). Depresyonda ise belirtilerin düşük eğitim, kültür ve gelir düzeylerinde sık olduğu gösterilmiştir (13,33).

Bazı kaynaklar alkolizm ve ilaç alışkanlığının üst gelir gruplarında daha yüksek olduğunu belirtirken (99) bazı kaynaklar düşük sosyal sınıfın depressif semptom, alkol kullanımı, ilaç bağımlılığı, kişilik bozuklukları riskinin daha yüksek olduğunu yazmaktadır (21).

Sosyal durum konusunda tedavi görme açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Üst sosyoekonomik düzeydekiler daha çok psikoterapi ve grup terapisi gibi emek yoğun tedaviler alırken, alt sosyoekonomik düzeydekiler ise ilaç, elektrosok gibi organik tedaviler görmektedirler. Hiç tedavi görmeyenler ise yine çoğunlukla alt sosyal sınıflardır (80).

Gruenberg, düşük sınıftaki sağlıklı üyelerin ayıklanma ile üst sınıfa geçtiğini geriye hastalık belirtileri olan kişilerin kaldığını ileri sürmüştür (48). Yani sınıf farklılığının ruhsal hastalığa etki etmediğini ancak ruhsal bozukluğun kişinin sosyal sınıfını belirlediğini savunmuştur.

Eğitim: Genel olarak ruhsal bozukluklar eğitim görmemişlerde daha fazla görülmektedir (1,4,25,50,53,56,93,99). Burada yine

ruhsal sorunların eğitim görmemiş olanlarda mı sık olduğu, yoksa sorunu olanların mı düşük eğitim gördüğü belirgin değildir.

Genetik: Bazı ruhsal bozukluklarda, örneğin şizofrenide ve depresyonda genetik geçişin olduğunu düşündüren çalışmalar vardır (21,73).

Ölkemizde Ruhsal Bozukluklar:

Ölkemizde ruhsal bozukluk türleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden büyük farklılık göstermemektedir. Farklılık bir takım hastalık türlerinin görece olarak daha fazla ya da az olması şeklindedir. Fakat ruhsal bozuklukların görüntüsü bölgelere göre ve hatta aynı bölgede değişik tür yerleşimlere göre değişebilir. Ölkemiz nevrozlar ve strese bağlı bozukluklar yönünden oldukça yüküdüdür. Bunlar arasında en yaygın olanlar anksiyete bozuklukları ve histerik nevrozdur. Yapılan çalışmalarda nevroitik bozukluk %4-5'dir ve bu, Ölkede 1.5-2 milyon hastaya işaret eder. Batıdan farklı olarak, Türkiye'de eskiden histerik nevroz olarak bilinen somatizasyon ve konversiyon bozuklukları çok daha sık olarak görülmektedir. Anksiyete kadınlarda daha fazladır ve bu, kadınların erkeklere oranla daha fazla stresle karşılaşmaları ile ilgilidir. Nevrotik ve strese bağlı bozukluklar genellikle yataklı hizmet gerektirmeyen fakat, çok geniş ayaktan bakım olanaklarını zorunlu kılan sayıca kalabalık bir hasta kitlesidir (80).

Ayrıca Ölkemiz hızla kentleşmekte olan bir yapıya sahiptir (94). Bu gelişim hem kent nüfusunun kendi artışı hem

de kırsal bölgeden kente göç şeklinde olmaktadır. Kent nüfusundaki artış çoğu zaman alt yapı ve kültürel gelişmeden daha hızlı meydana gelmekte bu nedenle de kentlerin kenarlarında alt yapıdan yoksun ve kırsal kültürü kente taşımaya çalışan bir toplumun yaşadığı gecekondular oluşmaktadır. İdari yetkililer bu bölgelere hizmet götürmekte kararsız kalmakta ya da buralara yapılacak yatırımın maliyeti nedeniyle hizmet önceliğini daha ucuza maledilebilecek olan kent merkezine yöneltmektedirler. Gecekondularda yaşayanlar ise işsizlik, yoksulluk gibi sorunların yanında kötü çevre koşulları ve yetersiz hizmet ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Tüm bunlara bağlı olarak bu bölgelerde sağlık göstergeleri de kent merkezine oranla daha kötü görünmektedir. Bebek ölümleri, doğurganlık ve morbidite hızları yüksektir (6). Kültürel değişim ve sosyal sıkıntılar yoğun, eğitim düzeyi ve ekonomik düzey düşüktür. Dolayısıyla gecekondular ruhsal bozukluklara etki edecek dış etkenlerin oldukça fazla miktarda bulunduğu bölgelerdir. Aslında bu bölgelerde insanların nasıl olup da ruh sağlıklarını korudukları sorusu, son yıllarda üzerinde durulan bir belirsizliktir.

Ruh Hastalarında Tutum ve Davranışlar:

Ruh hastalıklarında, hastaların başvuruda buldukları yer ya da kişi bakımından, genel olarak davranışlar tutum ile paralellik göstermektedir. Ancak geleneksel tutumda olanların (hoca, yatır ziyareti, öğüt, teselli vs.) bu tutumlarını sakladıkları, tıbbi kuruma başvuranların ise

hastalıklarını abartılı şekilde dile getirdiği görülmüştür (50).

Ruhsal hastalıkların tipine göre hastaların tedavi tercihlerinde farklılıklar olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte genel olarak ileri yaşlardakilerin geleneksel tutuma eğilimli olduğu, daha genç yaşta olanların ise tıbbi kurumlara başvurduğu (50), hastalık şiddetinin artması ile tıbbi kuruma başvurma oranının arttığı, sağlık kurumunun ulaşılabilirliği ile birlikte tıbbi kuruma başvuruların arttığı yönünde fikirler edinilmiştir (50,115). Yine kentsel kesimde tıbbi kurumlara tercih etme durumu kırsal kesime göre daha fazladır (87,119).

Williams, Wilkinson ve Arreghini genel pratisyenlere başvurmaya neden olan faktörleri incelemişlerdir. Yazarlara göre kişilerin tıbbi yardım isteme tercihleri 4 ana faktörle belirlenir; (47,115)

1. Sorunun şiddeti
2. Alternatif kaynakların olup olmadığı
3. Hizmetlerin ulaşılabilirliği
4. Kişisel tutum.

Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıkların Durumu:

Birinci basamağa başvuranlarda psikiyatrik morbiditeyi ölçen çalışmalardan örnekler Tablo-4'de gösterilmiştir.

Birinci basamakta psikiyatrik morbidite rakamlarına baktığımızda genel olarak şunu söyleyebiliriz: Birinci basamağa başvuranlarda psikiyatrik hastalık prevalansı %10'lar ile %35'ler düzeyindedir, genel pratisyenlerin

yaptıkları çalışmalarda prevalans, eksik tanı koymaya bağlı olarak, düşüktür.

Tablo-4: Birinci Basamakta Psikiyatrik Morbidite Araştırmaları

Yazar adı	Yılı	Yer	Basvuranda Sıklık
Mari ve Williams	1984	Brezilya	33-46
Harding ve ark.	1980	4 gelişmekte olan ülke	*10.6-17.7
Ormel J ve ark	1990	Hollanda	15-46
Vazquez-Barguero	1990	İspanya	19.3
Gautham ve ark.	1980	Hindistan	** 10.0
Kessel ve ark.	1960	Londra	** 9.0
Johnstone ve Goldberg	1976	İngiltere	32-43
Ndetei ve Muhangi	1979	Kenya	20.0
Burwill ve Finlay-Jones	1978	Avustralya	25.1-32.2
Orleans CT ve ark.	1985	ABD	****22.6
Rizzardo ve Palmieri	1984	İtalya	***12.0
Balarajan R ve ark.	1983	İngiltere	***9.6
Barret JE ve ark.	1988	ABD	26.5
Schulberg ve Burns	1988	ABD	25.0

*Bu çalışmanın oranları psikiyatrik morbiditenin en düşük seviyesi olarak kabul edilir. Çünkü gelişmekte olan ülkelerde pratisyen hekimin tanı koyma yüzdesi düşüktür.

**Bu iki çalışmanın verileri birbirini ile çok yakın olarak değerlendirilmiştir ve iki çalışmada da hastanın psikiyatrik vaka olduğunu belirleyen kişi genel pratisyendir.

***Bu iki çalışmada da tanı koyanlar GP'lerdir.

****Bu çalışmada tanı koyanlar aile hekimleridir.

Burada bölgeler ve kültürler arasında, psikiyatrik hastalıkların birinci basamaktaki görüntüsünde farklılıklar olup olmayacağı sorusu akla gelebilir. Gelişmekte olan ülkelerde birinci basamaktaki psikiyatrik morbidite hızının gelişmiş ülkelerle aynı olduğuna dair iddiaları (25) göz önüne alırsak ülkemizde de benzer bir görüntü ile karşılaşacağımızı varsayabiliriz. Ancak yine de gerek ruhsal bozuklukların görülüş şekli gerekse birinci basamağa başvuru alışkanlığının ülkemizde diğer ülkelerden farklı olabileceği de açıktır. Ayrıca genel pratisyenlerin ruhsal hastalıklara

yaklaşımında da farklılıklar olabilir. Zaten çalışmamızın amaçlarından biri de çalışma yaptığımız bölgede ruhsal hastalıkların görüntüsünü saptamaktır.

Bazı araştırmacılar psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sağlık kuruluşuna başvuru hızını ölçmüşlerdir. Finlay-Jones ve Burwill psikiyatrik hastaların bir günlük başvuru hızını erkeklerde 1000'de 1.74 kadınlarda 1000'de 3.72 bulmuştur (24,42). Williams ve ark. (1986) ise Londra'da psikiyatrik vaka gibi görünenlerin 2 haftalık süre içerisinde genel pratişyene başvurma olasılığını 0.27 olarak hesaplamışlardır. Olası vakalarla olası normaller arasındaki başvurma hızı oranı, verilen periyod için 2.1/1 bulunmuştur (114). Benzer bir çalışmada (Finlay-Jones ve Burwill,1978 Avustralya) aynı değerler 0.21 ve 2.17/1 bulunmuştur (42). Buna göre psikiyatrik hastalar genel pratişyen hizmetlerini diğer hastalara (ya da hasta olmayanlara) göre 2 kat daha fazla kullanmaktadırlar.

Hagnel 1966'da hem kümülatif riski hem de başvurma olasılığını hesaplamıştır. Kişi 60 yaşına geldiğinde psikiyatrik hastalık geçirmiş olma riskini erkekler için %43, kadınlar için %73 bulmuştur. Bunların doktora başvurma olasılığını ise sırayla %36.9 ve %76.0 olarak tahmin etmiştir (52). Yani erkekler kadınlara göre hem daha az hasta olmakta hem de hasta olsalar bile hekime başvuruları daha az olmaktadır. Bir anlamda birinci basamak hekiminin erkek olan bir psikiyatrik vaka ile karşılaşması kadın olana göre çok daha zordur. Benzer sonuçlar Yates'in çalışmasında da (1986)

vardır (122). Bu çalışmada da yine kadınların ve yaşlıların daha çok başvuruda buldukları belirtilmiştir.

Psikiyatri ve Genel Pratisyenler:

Genel Pratisyenler, temel sağlık hizmetlerinde pek çok ülkede anahtar kişidir. Örneğin ruh sağlığının korunmasında başlıca rol oynarlar. Bunu etkili bir şekilde yapabilmek için gerek Üniversite öğrenciliği sırasında gerekse mezuniyet sonrası ve hizmet içinde çok iyi psikiyatrik eğitime ihtiyaç duyarlar. Tıp fakültelerindeki eğitimin genel pratisyenliğe uygunsuzluğunun uzun yıllar tartışıldığı ve bundan sonra da tartışılmaya devam edileceği açıktır. Bu nedenle genel pratisyenler mesleklerini uygularken psikiyatristlerle yoğun işbirliği içinde olmak zorundadırlar ve aynı zamanda halk sağlığı uzmanları ve sosyal kuruluşlarla da ilişkilerini sürdürmelidirler (WHO 10-13 nisan 1973 kararları) (108).

Avrupa'da ulusal sağlık sistemlerindeki farklılıklar nedeni ile ilk başvuruda uzman olmayan kişiler tarafından görülen hastaların oranı değişmektedir. Örneğin; Çekoslovakya'daki bir araştırmada psikiyatrik hastaların ilk başvuru yerine bakıldığında bölge hekimi (genel pratisyen) tarafından görülenler %20'den daha az bir kısmı oluştururken İngiltere'de genel pratisyen hemen hemen bunun gibi tüm hastalar için ilk tıbbi başvuru basamağıdır. Yani aynı oran %100'e yakındır (108).

Ruh sağlığının korunmasında genel pratisyenin temel rolü ile ilgili bir kaç tartışma vardır;

* Ruhsal bozukluğu olan hastaların çoğu fiziksel şikayetlerle

gelir ve psikiyatrik tedaviye ihtiyaçları olduğunu farketmezler.

* Çok sayıda hastada, özellikle orta yaşlı ve yaşlılarda, fiziksel hastalıklarla psikiyatrik bozukluklar beraber bulunur.

* Pek çok toplumda psikiyatrik bir hastalığı bulunmak kişinin kendisi açısından hala büyük bir lekedir. Bu olmasa bile, uzman tedavisinin gereksiz olduğu hastalarda kişiyi psikiyatrik hastalıklı olarak damgalamamak önemlidir. Çünkü bu tür hastalarda uzman tedavisi kişiyi toplum içinde güç durumda bırakabilecek ve hastalığın tedavisi ve prognozunda zorluklarla karşılaşılabilir.

* Bazı hastaların (özellikle hipokondriyak eğilimli hastalar) bir uzmandan diğerine sürüklenmesi gibi bir tehlike vardır ve bunlar bir dizi yıpratıcı deneyim ve tedavilere maruz kalırlar. Eğer hasta, bakımı için, sürekli sorumluluğunu alacak ve belirtilerin baştan aşağı tetkikini yapacak bir genel pratişyene başvurursa risk büyük ölçüde azaltılır. Birleşik Devletlerde bu "Prof.Dr." ve "hastane hastane" dolayan "fonksiyonel somatik sendrom" grubu hastalıkların sağlık sistemine "gereksiz" maliyetinin bir yılda 20 milyar doları bulduğu belirtilmektedir (78).

* Çoğu psikiyatrik problemler aile sorunlarına bağlanır ve hastanın belirtileri sadece ailesinin geçmişı gözden geçirildiğinde anlaşılabilir. Psikiyatristler, ailenin durumu hakkında aydınlatıcı bilgi için uzun görüşmelere ve sosyal hizmet uzmanlarının yardımına ihtiyaç duyabilir. Oysa genel

pratisyen hastanın ailesi ile yakın ilişkide olup onları tanımaktadır.

* Psikiyatrik vakalar sıklıkla uzun bir periyotta izlenmek zorundadır fakat psikiyatristin sağlayabileceği hastane sonrası bakımının süresi kısıtlı olacaktır. Buna karşılık genel pratisyen hastasıyla ilişkisini yıllarca sürdürebilir ve gelecekteki herhangi bir psikiyatrik problemde en önce başvuru olan kişi olur.

Genel pratisyen hekimler konusunda bir takım sınırlayıcı etkenler de vardır:

* Genel uygulamada, ortalama çalışma şartlarında vakaların %50'sinden fazlasında psikiyatrik hastalıkların ön tanısı ilk muayenede yapılamamaktadır (20,43,50,54,61,78,88). Bu oldukça normaldir, çünkü hastaların çoğu fiziksel semptomlar yüzünden doktora başvurur ve çoğu kendi kişisel problemlerini açığa vurmakta çekingendir (43,61). Sıklıkla genel pratisyen hastayı bir kaç kez görmeden ve belki de ailesinin diğer üyeleriyle konuşana kadar doğrudan bir tahminde bulunamamaktadır.

* Kentsel bölgelerde genel uygulama geleneksel özelliğini kaybetmektedir. Örneğin ev ziyareti, randevusuz görüşme ve kişisel temas gibi. Kişisel olmayan, teknik yaklaşım genel uygulamada daha sık hale gelmektedir. Bu da ruh sağlığının en iyi şekilde korunmasını güçleştirmektedir.

İlk bakışta genel pratisten hekimlerin az is yaptığı şeklinde bir izlenim olabilir. Tanı koymada çok yeterli değildirler ve uygun tedaviyi veremeyebilirler. Ancak daha

önceki çalışmalarda ruhsal hastalığı olan çoğu hastanın genel pratişyene fiziksel sorunlarla başvurduğu görölmüştür. Anket ve videoteyp çekiminin birlikte yürütüldüğü bir çalışmada, tek görüşmede ruhsal sorunlar pek tartışılmasa da genel pratişyenlerin bu vakaların çoğunun ruhsal sorunları olduğunun farkında oldukları bulunmuştur (15,104).

Tarama testlerinin avantajı, genel pratişyene bu tip hastalara karşı nasıl hareket edeceği konusunda yardımcı olmasıdır. Genel pratişyen bu testler sayesinde hastanın istekleri doğrultusunda değil gerçek ruhsal sağık durumuna göre hareket edecektir. Bununla birlikte fiziksel hastalıkla birlikte olan ve saptanamayan gizli ruhsal hastalıklar için, tanı ve tedavi sorunu devam etmektedir. Çoğu vakada fiziksel hastalıkla birlikte olan ruhsal bozukluk kendini gizler ve psikolojik durumun tek bir görüşmede değerlendirilmesi yanlış olabilir (102).

Toplumdaki Ruh Hastalarının Sağık Hizmetlerine Ulaşma Yolları:

Goldberg ve Huxley (1980)'in toplumdaki ruh hastalarının sağık hizmetlerine ulaşma yolları konusunda belirledikleri ve her bir basamak sağık hizmetindeki ruh hastası sayısını bildiren rakamlar kısaca Tablo-5'de gösterilmiştir (26,46). Bu rakamlar ülkeden ülkeye oldukça büyük farklılıklar gösterebilmesine karşın yine de bize, hasta yoğunlukları ve sevk oranları konusunda, bazı fikirler vermektedir.

Tabloda İngiltere'de psikiyatrik morbiditenin 250/1000 olduğu, 250 hastanın 230'unun ilk basamağı başvurup bunların

140'ına tanı konduğu, 140 hastanın 17'sinin ikinci basamağa sevk edilip bunların da 6'sinin yatırıldığı anlaşılmaktadır.

Tablo-5:Toplumdaki Ruh Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Oranları

	Düzeyler ve Her Bir Düzey Arasındaki Filtre Sistemi	Bir yıllık prevalans (Binde)
Toplum	1.Düzey (Toplum örneğindeki morbidite) --- 1.Filtre:Hastalık davranışı	250
Birinci Basamak Hizmetleri	2.Düzey (1.Basamaktaki toplam psi. morbidite) --- 2.Filtre:Bozukluğun tanısı	230
	3.Düzey (Tanı konmuş olan psi. morbidite) --- 3.Filtre:Psikiyatrists sevk	140
Uzman Psikiyatri Hizmetleri	4.Düzey (Toplam psikiyatrik hastalar) --- 4.Filtre:Hastanın yatırılışı	17
	5.Düzey (Sadece yatırılan psi. hastalar)	6

Bu tabloya göre her bir filtrede anahtar rolü oynayan kişiler ise 1.filtrede hastanın kendisi, 2. ve 3.filtrede genel pratisyen ve 4.filtrede psikiyatristsdir. 1.filtrede kişinin başvurusunu etkileyen faktörler semptomların şekli ve şiddeti yanında hastalığın kişi tarafından biliniyor olmasıdır. Genel pratisyenin tanısını (filtre 2) etkileyen faktörler görüşme tekniği, kişisel faktörler ve eğitim iken, sevkine ise (filtre 3) genel pratisyenin kendine güveni yanında psikiyatrik hizmetlerin kalitesi ve bulunabilirliği etki etmektedir. Ayrıca semptomların görülüş biçimi de genel pratisyenin tanı ve sevkini etkileyen bir faktördür. 4.filtrede etkili faktör ise uygun psikiyatri bakım hizmeti ve yeterli yatak sayısıdır.

AMAÇLAR:

Araştırmanın Kısa Vadeli Amaçları:

- 1.Aynı zamanda göç bölgesi olan bir gecekondu bölgesinde sağlık ocağına başvuranlarda psikiyatrik bozuklukların durumunu hakkında fikir sahibi olmak.
- 2.Aynı evren için sosyodemografik faktörleri incelemek.
- 3.Kişilerin ruhsal hastalıklarda ilk başvurdukları yer konusundaki tutumları hakkında fikir edinmek.
- 4.Genel pratisyen hekimin tanısının standart ölçeklerle uyumluluğunu saptamak.
- 5.Hangi belirtilerin en çok ifade edildiğini saptamak.
- 6.Genel pratisyenin tanısına yardımcı olacak ipuçları bulmak ve ölçekler kullanıldığında daha doğru bir şekilde tanı konulabildiğini göstermek.

Araştırmanın Uzun Vadeli Amaçları:

- 1.Genel pratisyen hekimlerin daha iyi eğitilmelerini sağlamak.
- 2.Psikiyatri tanı ve tedavi hizmetlerini daha iyi sunmak.
- 3.Genel pratisyen ile psikiyatrist arasında konsültasyon ve eğitim ilişkisi kurmak.
- 4.Genel pratisyen hekimin psikiyatrik görev ve sorumluluklarını tanımlamak.
- 5.Toplumda psikiyatrik bozuklukları en aza indirmek ve/veya toplumun bu rahatsızlıklardan en az zarar görmesini sağlamak.

GEREC VE YONTEM:

Araştırma Bölgesinin Seçimi:

Son yıllarda ülkemizde kentleşme hızlı bir şekilde devam etmekte ve nüfusun büyük bir kesimi kentlere kaymaktadır. Kent nüfusunun kendi artışı ile birlikte kırdan kente göç edenler de bu nüfus artışını hızlandırmaktadır. Göç edenlerin yerleştiği gecekondu bölgeleri kentlerde büyük yoğunluklara ulaşmakta ve kentteki sağlık sorunlarının da büyük oranda belirleyicisi olmaktadır.

Bu çalışmada Ahatlı yerleşimi, araştırma bölgesi olarak, Antalya'nın en büyük gecekondu mahallelerinden birisi olması ve buradan alınacak sonuçların genele yansıtılmasının daha gerçekçi olacağı düşünülerek seçildi.

Araştırma Bölgesi ve Özellikleri:

Ahatlı, Antalya kent merkezinin kuzey-batı kıyısına düşen bir gecekondu bölgesidir (Ek-I). 1970'li yılların sonuna kadar Antalya'nın, özellikle Korkuteli ilçesinin, köylerinden gelenlerle birlikte ilk yerleşimler başlamıştır. Zamanla Isparta ve Burdur'dan, daha sonraları iç Anadolu ve son olarak da Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan göçlerle yöre oldukça kozmopolit bir görünüm kazanmıştır. Göçler 1980'li yıllarda yoğunluk kazanmış ve 1985'den sonra Ahatlı Antalya'nın en büyük gecekondu mahallelerinden biri konumuna gelmiştir (3). Yöreye yerleşenler öncelikle köyden kente göçün sosyal sorunlarını beraberlerinde getirmişlerdir. Göçle beraber parçalanmaya başlayan geniş aile yerini giderek çekirdek aileye bırakırken bu değişim altında kadınlar da

aile içindeki statüsünde yeni bir kimlik arayışına girmişlerdir. Göç edenler yaşadıkları yabancılaştırmanın etkisini azaltabilmek için kendi kültürüne yakın kesimlerde bir arada yaşamayı tercih etmişler ve bu da aynı yöreden göç edenlerin oluşturduğu mahallelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Gümüşhaneliler mahallesi, Mardinliler mahallesi gibi). Bu durum geleneksel davranışların değişmesini yavaşlatmıştır. Bu nedenle uzun yıllar bölgede yaşadığı halde Türkçe bilmeyen kadınlar vardır (97).

Su anda bölge hem içe hem de dışa göç ile karşı karşıyadır. Ahatlı'ya göç edenler bir süre sonra ekonomik durumları düzeldiğinde Antalya kent merkezine taşınmaktadır. Böylece Ahatlı, sürekli Antalya'ya yeni göç edenlerin yerleşim bölgesi olarak kalmaktadır.

Ahatlı'nın 1992 yıl ortası nüfusu 26.520 olup nüfus artışı, hızı azalmakla birlikte halen devam etmektedir. 4 mahallesi vardır ve en büyük mahallesi Ahatlı mahallesi olarak bilinir. Diğer mahalleler Yenidoğan, Kültür ve Şafak'tır. Önemli bir kesimi konut alanı olup geniş bir tarım ve sanayi alanı yoktur. Bölgede dağınık olarak küçük sanayi işletmeleri ve az sayıda yetersiz koşullara sahip sıhhi ve gayrisıhhi müesseseler vardır. Kamu kuruluşu olarak 4 ilkokul, 1 ortaokul, ve 1 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bölgedeki sağlık ocağı dört mahalle dışında, dört köye daha sağlık hizmeti vermektedir (96).

Bölgenin büyük bir kısmı icme suyu olarak şehir şebeke suyu kullanmaktadır. Şebeke suyunun olmadığı ya da özellikle

yazın şebeke suyunun sık sık kesildiği bölgelerde ark suları kullanma ve icme suyu olarak kullanılabilmektedir (96).

Gecekondulaşmanın düzensiz oluşu imar planında yol, yeşil alan, hastane olarak görülen alanların sağlıksız konutlarla dolmasına neden olmuştur.

Sağlık Ocağının Durumu:

Ahatlı Sağlık Ocağı, Ahatlı gecekondu bölgesine tedavi edici ve koruyucu hizmetleri birlikte sunan ekip çalışmasının başarı ile yürütüldüğü bir yapılanmaya sahiptir.

Personel sayısı: 25, Doktor sayısı: 5, Doktor başına düşen nüfus: 5304'dür. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetleri, sağlık ocağı ebelerinin düzenli ev ziyaretleri sayesinde, iyi bir şekilde yürütülmekte ve ilgili göstergeler de gün geçtikçe daha iyiye gitmektedir. Kaba Doğum Hızı % 24.2, Genel Doğurganlık Hızı % 86.1, Bebek Ölüm Hızı % 26.4'dür (95,96).

Ahatlı sağlık ocağı bünyesinde hizmet veren bir de danışma evi vardır. Burada halktan kişilerin katıldığı, mahallenin sorunları ve çözüm yollarının tartışıldığı toplantılar yapılmaktadır. Ayrıca konusu halkın isteklerine göre belirlenen eğitim programları düzenlenmekte ve hemen her konuda danışma verilmektedir. Danışma evinin halkla ilişkiler konusundaki katkısı sağlık ocağının halk tarafından bilinmesi ve kullanılmasını artırmıştır. Bölge halkının sağlık ocağını kullanımı ile ilgili Aralık-1992'de yapılan yayınlanmamış Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin yaptığı bir araştırmaya göre; halkın %99.3'ü sağlık ocağını duymuş, %81.2'si en az

bir kez sağlık ocağına gitmiş ve %55.7'si sağlık ocağının görevlerini tam olarak bilmektedir. Buna karşılık %62.0 oranında kişi kendi sağlık probleminde ilk olarak hastaneyi tercih etmektedir. İlk olarak sağlık ocağını tercih edenler %25.3'dr (2). Ahatlı sağlık ocağının yılda yaptığı poliklinik sayısı 26.520 nüfus için 9.074'dr (95,96). Yani kişi başına ortalama başvuru yılda 0.34'dr.

Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri:

Ahatlı bölgesindeki nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo-6'da gösterilmiştir. Çalışmanın ilgili olduğu yaş grubu 15-65 yaş olduğundan Tablo-6 da aynı yaş gruplarını içermektedir. Buna göre nüfusun cinsiyet dağılımı hemen hemen eşit olup, %85.3' 15-44 yaş grubundadır.

Tablo-6: Ahatlı Bölgesi Nüfusunun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ahatlı S.O. kayıtları 1992)

YAş GRP.	ERKEK	(%)	KADIN	(%)	TOPLAM	(%)
15-19	1399	52.5	1267	47.5	2666	15.9
20-24	1139	45.3	1376	54.7	2515	15.0
25-29	1327	46.9	1504	53.1	2831	16.9
30-34	1405	52.6	1265	47.4	2670	15.9
35-39	1072	51.4	1012	48.6	2084	12.4
40-44	859	56.3	667	43.7	1526	9.1
45-49	498	57.6	366	42.4	864	5.2
50-54	395	54.7	327	45.3	722	4.3
55-59	252	54.3	212	45.7	464	2.8
60- +	218	54.9	179	45.1	397	2.4
TOPLAM	8564	51.2	8175	48.8	16739	100.0

*Yüzdeler tablo içinde satır tablo toplamında kolon yüzdesidir.

Ahatlı bölgesindeki 15-65 yaş nüfusun cinsiyete ve medeni duruma göre dağılımı ise Tablo-7'de, yine 15-65 yaş nüfusun cinsiyete ve eğitim durumuna dağılımları da Tablo-8'de gösterilmiştir.

Bu tablolara göre kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda "evli" ve daha fazla oranda "boşanmış-ayrı-esi ölmüş"tür. Erkekler kadınlara göre daha eğitimidirler.

Tablo-7: Ahatlı Bölgesindeki 15-65 Yaş Nüfusun Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Dağılımı (Ahatlı S.O. kayıtları 1992)

MEDENİ DURUM	ERKEK	(%)	KADIN	(%)	TOPLAM	(%)
EVLI	6001	68.0	6181	74.4	12182	71.1
DUL-AYRI-BOS.	49	0.6	232	2.8	281	1.6
BEKAR	2775	31.4	1893	22.8	4668	27.3
TOPLAM	8825	100.0	8306	100.0	17131	100.0

Tablo-8: Ahatlı Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-65 yaş Nüfusun Cinsiyete Göre Eğitim Durumları (Ahatlı S.O. kayıtları 1992)

EĞİTİM DURUMU	ERKEK	(%)	KADIN	(%)	TOPLAM	(%)
OK-YAZ DEĞİL	323	4.1	1453	18.8	1776	11.3
OKUR-YAZAR	122	1.5	310	4.0	432	2.8
İLKOKUL	5758	72.5	5152	66.7	10910	69.6
ORTAOKUL	669	8.4	309	4.0	978	6.2
LİSE	888	11.2	431	5.6	1319	8.4
YÜKSEK	181	2.3	72	0.9	253	1.6
TOPLAM	7941	100.0	7727	100.0	15668	100.0

Ahatlı bölgesinin sosyal güvence durumu incelendiğinde 15-65 yaş nüfusun %43.1'i sosyal güvenceden yoksun, %36.1'i SSK'lı, %11.7'si emekli sandığına bağlı ve %9.1'i Bağkur'ludur (96). Bölgede işsizlik oranı ise %7-8'dir (97).

Araştırma Evreni ve Örneklem:

Araştırma gözleme dayalı, analitik, özellikle kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma evrenini Ahatlı Sağlık Ocağına muayene olmak isteği ile başvuran 15-65 yaş grubundaki tüm kişiler oluşturmaktadır. Evren içinden basit rastgele sistematik

yöntemle 1/2 oranında örneklem kişilerin başvuru sırası takip edilerek seçildi. Böylece 1992-Eylül ayının sonundan 1993-Şubat ayı ilk haftasını da içine alan bir süre boyunca evreni temsil eden toplam 300 kişi ile görüşüldü. Bu 300 kişiye hem kişisel bilgileri içeren bir anket formu hem de 12 soru içeren Genel Sağlık Soruluğu (GHQ-12; General Health Questionnaire-12) uygulandı. Kişiler GHQ-12'den aldıkları skora göre 3 gruptan birine dahil edildiler. GHQ-12'den 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek, 2-3 puan alanlar orta ve 0-1 puan alanlar düşük skorlu olarak değerlendirildiler. Böylece kişiler GHQ skoruna göre bir anlamda tabakalanmış oldular. Daha sonra her bir tabakadan ikinci bir örnek seçildi. Hangi tabakadan ne oranda örnek seçileceğine karar verirken, DSÖ'nün benzer çalışma protokolünde önerdiği oranlar göz önüne alındı. DSÖ sözü geçen oranları, bu tür hastalıklar için tahmin edilen prevalans hızlarını, birinci basamağa başvuranlardaki tahmini GHQ skor dağılımını ve GHQ'nun duyarlılığını göz önüne bulundurarak belirlemistir (111).

Bu protokol gereğince yine basit sistematik örnekleme yolu ile;

yüksek skorluların %100'ü (57 kişinin tamamı)

orta skorluların %30'u (55 kişiden 18'i)

düşük skorluların %10'u (188 kişiden 19'u) ikinci

görüşmeye alındı. İkinci görüşmede ise toplam 94 kişiye uluslararası bir tanı koydurucu ölçek olan CIDI (Composite International Diagnostic Interview) uygulandı.

Sosyoekonomik, kişisel ve demografik değişkenler ilk

seçilen örnekte incelendi. Hastaların hangi tanıları aldıkları, genel pratisyen hekimin tanısı, tedavisi ve sevkı, genel pratisyen hekim ile CIDI tanılarının karşılaştırılması ise ikinci örnekte incelendi.

Araştırma evrenini tanımlayan tablolar bulgular kısmının ilk bölümlerinde gösterilmiştir.

Veri Toplama ve Anket:

Araştırmanın verileri Ahatlı Sağlık Ocağına başvuran 15-65 yaş grubundaki örneğe giren kişilerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Anket formunun ve beraberinde uygulanan ölçeklerin (GHQ-12 ve CIDI) işleyip işlemediğini anlamak amacı ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran ve daha önce herhangi bir tanı almamış olan hastalarda (15 kişide) pilot çalışma yapıldı (Tablo-9).

Bu pilot çalışmada hastalara anket uygulaması olağan poliklinik muayenesinden hemen önce yapıldı ve sonuçta anketin koyduğu tanı ile psikiyatristin yaptığı klinik görüşme sonucunda konulan tanı karşılaştırıldı. Burada CIDI'nin klinik görüşmeye göre seçicilik ve duyarlılığı

Tablo-9: Klinik Görüşme ile Konulan Tanıların CIDI ile Konulan Tanılarla Karşılaştırılması (Ağustos-1992)

CIDI SONUCU	KLİNİK GÖRÜŞME SONUCU		TOPLAM (%)
	TANI VAR (%)	TANI YOK (%)	
TANI VAR	9	1	10
TANI YOK	-	5	5
TOPLAM	9	6	15

sırasıyla %83.3 (5/6) ve %100.0 (9/9) bulunmuştur. Buna göre duyarlılık iyi olmakla beraber seçicilik biraz düşük gibi

görülmektedir. Yani CIDI vaka olmayanların %16.7'sini sanki vaka imiş gibi değerlendirmiştir.

Anketin işlediğine karar verilerek araştırma 1992-Eylül ayının son haftası içersinde başlatıldı. Uygulama sırasında önemli bir sorunla karşılaşılmamakla birlikte, yaklaşık 3 ay sürmesi planlanan veri toplama süresi tatiller ve daha önce görüşmeye alınanların daha sonraki aylarda tekrar başvurması ve bunların ikinci kez görüşmeye alınmaması nedeni ile araştırmanın hızının yavaşlaması sonucu uzadı ve yaklaşık 4.5 aylık süreyi kapsadı. Sağlık ocağının kısıtlı alt yapısı nedeni ile görüşmeye alınacak kişiler için ayrı bir oda bulmak zaman zaman güçlük yaratmasına rağmen çalışmayı aksatmadı. Görüşmeyi ilk aşamada reddeden 2 kişi, ikinci aşamada reddeden 1 kişi oldu. İkinci aşamada reddeden kişi ile daha sonraki günlerde tekrar görüşerek anketini tamamlamak mümkün oldu. Dil sorunu sebebi ile de 6 kişi ile hiç görüşülmedi.

Anket uygulaması şu şekilde yapıldı:

Polikliniğe başvuran hastalar başvuru sırasına göre dizildi ve 1/2 basit rastgele örnekleme ile seçilerek görüşmeye alındı. Her bir kişi için "anket formu-1" (ek-II) dolduruldu. Bu form kişisel bilgileri (yaş, cins, medeni durum, göç vb.) ve "GHQ-12"den (ek-III) alınan skoru içeriyordu. "Anket formu-1" doldurulduktan sonra kişinin "ikinci görüşme"ye alınıp alınmayacağına karar verildi. Bu karar kişinin GHQ skoru göz önüne alınarak verildi. Kişi; 1)GHQ'dan yüksek skor aldıysa, 2)GHQ'dan orta skor aldıysa ve

%30' luk örneğe denk geliyorsa, 3)GHQ'dan düşük skor aldıysa ve %10' luk örneğe denk geliyorsa, ikinci görüşmeye alınmasına karar verildi. İkinci görüşme için karar verilen hasta "anket formu-1" in doldurulmasından sonra sanki sağlık ocağına yeni gelmiş gibi sağlık ocağı hekimi tarafından muayene edildi. Sağlık ocağı hekimi hastayı muayene ettikten sonra, kişinin ana başvuru nedeni ve hekimin hasta hakkındaki tanı ve görüşlerini içeren, "hekimin tanı formu"nu (ek-IV) doldurdu. Hasta, daha sonra "ikinci görüşme" için tekrar araştırmacının yanına geldi ve burada kişiye standart tanı koydurucu ölçek olan CIDI (ek-V) uygulandı. "Hekimin tanı formu" nun ikinci görüşmeden önce doldurulmasının nedeni genel pratisyen hekimin taraf tutmasını önlemektir. Kişinin CIDI'ye göre tanısı, hangi bulguları olduğu, kişisel sağlık fişi bilgileri ve kişinin öncelikle nereye başvurduğunu içeren bilgileri "ikinci görüşme formu" na (ek-VI) kaydedildi. "ikinci görüşme formu" nun doldurulmasıyla anket tamamlanmış oldu.

Anketin birinci bölümünün uygulanması yaklaşık 10 dk'lık bir zaman alıyordu. İkinci görüşme ise 25 ile 40 dk'lık bir süre arasında değişebilen miktarda sürüyordu. İkinci görüşmeye alınacaklar için genel pratisyen hekim tarafından doldurulan "hekimin tanı formu" nun doldurulması da yaklaşık 5 ile 10 dk'lık bir zaman alıyordu.

Araştırmada Kullanılan Standart Ölçeklerin Tanıtımı:

Araştırmada kullanılan ölçekler, formlar ve araştırma protokolu, DSÖ, Ruh Sağlığı Bölümü tarafından geliştirilmiş olup çeşitli uluslararası ve ulusal araştırmalarda

kullanılmıştır (111). Arastırmada iki çeşit standart ölçek kullanılmıştır ve GHQ-12 "anket formu-1" in uygulanması aşamasında, CIDI ise "ikinci görüşme formu" nun uygulanması sırasında kullanılmıştır.

GHQ (=Genel Sağlık Soruluğu): Dünya'da olasılıkla en genel kullanılan ve hastanın kendisi tarafından doldurulan bir soruluktur (117). Çok çeşitli dillere çevrilmiş durumdadır ve spesifik olarak klinikteki hastaların durumu için önemli olabilen psikiyatrik bozukluk formunu tanımak için düzenlenmiştir.

GHQ bir çok standardize görüşme ile karşılaştırılarak çalışılmış, geçerlilik ve güvenilirliği ölçülmüştür (Tablo-10). En önemlisi, GHQ tam bir kullanım kolaylığı sağlar, çeşitli şekilleri vardır ve en genel kullanılanlar 60- 30-ve 28-sorulu olanlardır.

GHQ bugün ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ilk aşama tarama testi olarak kullanılmaktadır (44,102,121). Kisinin psikiyatrik vaka olarak sınıflanma olasılığını ölçer. Standardize klinik görüşme ile, GHQ seçici ve duyarlı olarak tanınmıştır (44,69,102,113).

CIDI: CIDI geniş, tam standardize bir görüşme ölçeğidir ve ruhsal bozuklukları değerlendirmek ve ICD-10 ve DSM-III-R kriterlerine göre tanı koymak için kullanılabilir. Öncelikle ruhsal bozuklukların epidemiyolojik çalışmasında kullanmak için tasarlanmıştır, fakat diğer (klinik ve araştırma gibi) amaçlarla da kullanılabilir. Çeşitli şekilleri vardır ve modüller eklenebilir. CIDI'nin gelişmesi en azından bes

büyük ölçeğin verileri ışığında (DIS: Diagnostic Interview Schedule, PSE: Present State Examination, WHO-CIDI, DCR: Diagnostic Criteria for Research, SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ve bir çok uzmanlar ve kurumlarla uluslararası işbirliğinin uzun yılları sonucunda olmuştur (117).

Tablo-10: GHQ skorları ile Morbidite Ölçen Görüşme Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

Araştırmacı	Yılı	Görüşme Ölçeği	Korelasyon	Ortalama
GHQ-60				
Goldberg&Blackwell	1970	CIS	0.80	
Munoz et al.	1978	CIS	0.81	
Hobbs et al.	1983	CIS	0.72	0.72
Medina-Mora et al.	1983	CIS	0.62	
Vasquez-Barquero et	1985	CIS	0.72	
GHQ-30				
Goldberg et al.	1976	CIS	0.77	
Tarnopolsky et al	1979	CIS	0.45	
Nott&Cutts	1982	CIS	0.59	0.59
Banks	1983	PSE	0.58	
Cheng	1985	CIS	0.65	
GHQ-28				
Goldberg&Hillier	1979	CIS	0.76	
Rabins&Brokks	1981	PSE	0.83	0.76
Banks	1983	PSE	0.67	
GHQ-12				
Banks	1983	PSE	0.53	
Radanovic&Eric	1983	CIS	0.71	0.70
Mari&Williams	1985	CIS	0.70	
TOPLAM				0.70

CIS:Clinical Interview Schedule,
PSE:Present State Examination

Kaynak no:117

CIDI'nin uygulanabilirliği ve güvenilirliğini ortaya çıkaran çalışmalar mükemmel sonuçlar bildirmektedir (89,116, 117). CIDI'nin avantajları şunlardır;

1) Çeşitli somatoform bozukluklar için (somatizasyon, kronik ağrı bozukluğu, hipokondriyazis) DSM-III-R ve ICD-10'a

göre tanı algoritması sunar.

2) Eşik altı affektif bozuklukların tanısında isteğe göre davranma olanağı verir. (Eğer affektif bozukluk belirtileri var ancak eşik altı ise çalışmaya alınıp alınmayacağına araştırmacı kendisi karar verebilir.)

3) Madde kötü kullanımı ve bağımlılığı modülünü içerir.

4) Kesitsel olarak tanı koymaya izin verir.

CIDI'nin 14 dilde çevirisi mevcuttur ve DSÖ'nün 21 ayrı yerdeki saha çalışmaları ile test edilmiştir.

Bu olumlu özelliklerine karşılık DIS ve CIDI gibi tam yapılandırılmış ölçekler, bunların avantaj ve dezavantajları konusunda asıl yargıyı verdirecek olan ilk basamak hekimlik ortamında yeteri kadar sık kullanılmamaktadırlar.

Bazı çalışmalarda CIDI görüşmesinin, klinik muayene ve tanı sınıflandırmalarına göre uygunluğu ölçülmüştür. Örneğin Janca ve ark.'nın 1992 yılındaki çalışmasında CIDI görüşmesi ile ICD-10 kriterlerine göre yapılan klinik muayene arasındaki uygunluk iyi bulunmuştur. Bu çalışmada toplam $\kappa=0.77$, anksiyete için $\kappa=0.73$, depressif bozukluk için $\kappa=0.78$ bulunmuştur (58).

Yine Janca ve ark.'nın bir çalışmasında DSM-III-R ile yapılan CIDI karşılaştırılmasında da tanı koydurucu uygunluk iyi bulunmuştur. Toplam $\kappa=0.78$; depressif bozukluk için $\kappa=0.84$, madde kullanımı için $\kappa=0.83$, anksiyete fobik bozukluk için $\kappa=0.76$ dir (57).

Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler:

Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenler kişinin yaş,

cins, medeni durum, eğitim, meslek ve sosyoekonomik durumu ile, evde birlikte yaşayan kişi sayısı, hangi mahallede oturulduğu ve göç durumu olarak belirlenmiştir.

Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler:

Kişinin GHQ'dan aldığı skor, kişinin kendi kendinin sağlığını değerlendirmesi, CIDI'den ruhsal bozukluk tanısı alıp almadığı, kişinin sağlık ocağına başvurduğu sıradaki "ana başvuru nedeni", genel pratisyenin kişinin sağlığını genel değerlendirmesi, hangi tanıyı alanların hangi belirtiyi gösterdiği, genel pratisyenin kişinin ruhsal bozukluğunu değerlendirışı ve genel pratisyenin ruhsal bozukluğu olan hastayı yönetişi ise araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak belirlenmiştir.

Değişkenler her ne kadar bu şekilde belirlenmisse de bazı bağımlı değişkenler bazen diğerlerinin bağımsız değişkeni olarak kabul edilip bu yönde de tablolar yapılmıştır.

Sosyoekonomik durum değerlendirilirken evde telefon olup olmaması ve/veya özel oto olup olmaması (ki ticari otolar özel oto sayılmadı) göz önüne alınarak gruplandırma yapıldı. Eğer otomobil varsa telefon durumuna bakılmaksızın "sosyoekonomik düzeyi iyi" olarak değerlendirildi. Otomobil olmadığında ise eğer telefon varsa "sosyoekonomik düzeyi orta", telefon da yoksa "sosyoekonomik düzeyi kötü" olarak sınıflandırıldı. Bu sınıflama eğitim düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı gibi değişkenlerle de uyumlu bulunmuştur.

Kişinin ana başvuru nedeni; kişinin olağan muayene

sirasında ilk (yani kendiliğinden) ifade ettiği belirti olarak kaydedildi. Ana başvuru nedeni için belirtilerin sınıflandırılması genel pratisyenin kendisi tarafından yapıldı.

Ölçeklerin uygulanması sırasında, GHQ aslında kişilerin kendisinin dolduracağı bir soruluk olmasına rağmen, araştırma evreninin önemli bir kısmının eğitim düzeyinin düşük olması nedeni ile, formdaki tüm sorular kişiye şıkları ile birlikte okundu ve şıklardan birini seçmesi istendi. Eğitim düzeyi iyi olanlara da farklı davranılmadı. CIDI uygulanırken ise yine sorular anket formundan aynen okundu ve eğer kişi sorulan belirtiyeye "evet" yanıtını verdi ise ayrıntılı soruşturması yapıldı.

Kişi kendi kendinin sağlığını değerlendirirken soru kişiye yine şıkları ile birlikte okundu ve kişinin ilk verdiği yanıt işaretlendi.

Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Testler:

Çalışmada kişisel, sosyal, ekonomik ve demografik değişkenlerin GHQ skoruna etkisi Khi Kare ile test edilmiş, tüm bu değişkenlerden hangisinin daha etkili olduğunu bulmak için ise log-linear model kullanılmıştır. Bu model BMDP'nin 4F bilgisayar programı ile çalışılmıştır. CIDI ile genel pratisyenin tanılarının karşılaştırılmasında ise bağımlı örneklerde khi kare (McNemar) testi kullanılmıştır.

BULGULAR:

Tablo-11'de araştırmaya katılanların yaşa göre cinsiyet dağılımı görülmektedir. Aynı yaş gruplarına göre cins dağılımı ise tüm Ahatlı Sağlık Ocağı bölgesi için Tablo-6'da gösterilmişti. Buna göre kadınlar her yaş grubunda erkeklere göre daha fazla sağlık ocağına başvurmuş görünmektedir. Özellikle doğurganlık çağında (20-44) bu fark artmaktadır.

Tablo-11: Araştırmaya Katılanların Yaşa Göre Cinsiyet Dağılımı

YAS GRUPLARI	ERKEK (%)		KADIN (%)		TOPLAM (%)	
15-19 YAS	9	25.0	27	75.0	36	12.0
20-24 YAS	6	12.0	41	87.2	47	15.7
25-29 YAS	8	13.6	51	86.4	59	19.7
30-34 YAS	4	6.8	55	93.2	59	19.7
35-39 YAS	8	21.6	29	78.4	37	12.3
40-44 YAS	1	4.4	22	95.6	23	7.7
45-49 YAS	4	44.4	5	55.6	9	3.0
50-54 YAS	4	22.2	14	77.8	18	6.0
55-59 YAS	4	50.0	4	50.0	8	2.7
60 + YAS	2	50.0	2	50.0	4	1.3
TOPLAM	50	16.7	250	83.3	300	100.0

*Yüzdeler tablo içinde satır, tablo toplamında kolon %'sidir.

Araştırmaya katılanlarda evli olma durumu erkeklerde %74.0 kadınlarda %88.4, bekar olma ise sırayla %26.0 ve %8.0'dır. Erkeklerde dul, ayrı ya da boşanmış kimse yok iken, kadınlarda 9 kişi (%3.6) mevcuttur (Tablo-12). Ahatlı geneline

Tablo-12: Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Medeni Durum Dağılımı

MEDENİ DURUM	ERKEK (%)		KADIN (%)		TOPLAM (%)	
EVLI	37	74.0	221	88.4	258	86.0
DUL-AYRI-BOSANMIS	-	0.0	9	3.6	9	3.0
BEKAR	13	26.0	20	8.0	33	11.0
TOPLAM	50	100.0	250	100.0	300	100.0

göre, araştırmaya katılanlar arasında bekarlar iki misli daha

az, dul-ayrı ve boşanmışlar iki misli fazladır.

Cinsiyete göre eğitim durumu dağılımında (Tablo-13) erkeklerin kadınlara göre daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Okur yazar olmama durumu için oran kadınlarda %24.0'e ulaşmaktadır. Araştırmaya katılanların eğitim düzeyi her iki cinsiyette de Ahatlı geneline göre daha düşüktür (Tablo-8).

Tablo-13: Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Eğitim Durumu Dağılımı

EGİTİM DURUMU	ERKEK	(%)	KADIN	(%)	TOPLAM	(%)
OK-YAZ DEĞİL	4	8.0	60	24.0	64	21.3
OKUR-YAZAR	1	2.0	21	8.4	22	7.3
ILKOKUL	39	78.0	147	58.8	186	62.0
ORTAOKUL	3	6.0	8	3.2	11	3.7
LİSE	1	2.0	12	4.8	13	4.3
YOKSEK	2	4.0	2	0.8	4	1.3
TOPLAM	50	100.0	250	100.0	300	100.0

Araştırmaya katılanlarda eğitim durumu azaldıkça ortalama evde yaşayan kişi ve ortalama evde yaşayan çocuk sayıları artmaktadır. Araştırmaya katılanların %76.0'sı bölgeye göç ile gelmişlerdir ve göçle gelenlerin ise %53.9'u kırsal alandan göç etmişlerdir (Tablo-14).

Tablo-14: Araştırmaya Katılanların Göç Durumu ve Göçle Gelenlerin Geldikleri Yere Göre Dağılımı

GÖÇ DURUMU	SAYI	(%)
YERLİSİ	72	24.0
GÖÇ İLE	228	76.0
TOPLAM	300	100.0

GELDİKLERİ YER	SAYI	(%)
ŞEHİR	39	17.1
KASABA	66	28.9
KÖY	123	53.9
TOPLAM	228	100.0

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre GHQ'dan aldıkları skorlar Tablo-15'de görülmektedir. Buna göre yaş arttıkça GHQ skoru iyileşiyor gibi görülmektedir, ancak

aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Cinsiyete göre GHQ skoruna bakıldığında ise kadınlarda GHQ skorunun erkeklere göre yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Erkeklerin %8.0'i kadınların %21.2'si GHQ'dan yüksek skor almışlardır (Tablo-16) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tüm çalışma evreni için toplam GHQ skoru ortalaması 1.81 ve standart sapması 2.33 bulunmuştur.

Tablo-15: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre GHQ Skoru Durumları

YAS GRUPLARI	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK (%)	ORTA (%)	YÜKSEK (%)					
15-25	52 59.8	14 16.1	21 24.1	87	100.0			
26-35	76 62.3	24 19.7	22 18.0	122	100.0			
36 +	60 65.9	17 18.7	14 15.4	91	100.0			
TOPLAM	188 62.7	55 18.3	57 19.0	300	100.0			

$$X = 2.34 \quad \text{Ser.Derecesi}=2 \quad p=0.31$$

Tablo-16: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetine Göre GHQ Skor Durumları

CINSİYET	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK (%)	ORTA (%)	YÜKSEK (%)					
ERKEK	38 76.0	8 16.0	4 8.0	50	100.0			
KADIN	150 60.0	47 18.8	53 21.2	250	100.0			
TOPLAM	188 62.7	55 18.3	57 19.0	300	100.0			

$$X = 3.90 \quad \text{Ser.Derecesi}=1 \quad p=0.048$$

Medeni duruma göre GHQ skorları değerlendirildiğinde (Tablo-17) aradaki fark anlamsız olmakla birlikte dul, ayrı ya da boşanmışlarda GHQ'dan yüksek skor alma oranının fazla olduğunu görüyoruz. Ancak bu gruptaki kişi sayısının yetersiz olması (9 kişi) yargıya gitmemizi güçleştirmektedir.

Tablo-17: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumuna Göre GHQ Skor Durumları

MEDENİ DURUM	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK	(%)	ORTA	(%)	YÜKSEK	(%)		
EVLİ	164	63.6	47	18.2	47	18.2	258	100.0
DUL-AYRI-	5	55.6	-	0.0	4	44.4	9	100.0
BEKAR	19	57.6	8	24.2	6	18.2	33	100.0
TOPLAM	188	62.7	55	18.3	57	19.0	300	100.0

$$X = 3.90 \quad \text{Ser.Derecesi}=2 \quad p=0.14$$

Tablo-18'de araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre GHQ'dan aldıkları skorlar görülmektedir. Okur yazar ve daha düşük eğitimi olan grupta GHQ'dan yüksek skor alma oranı %26.7 iken daha iyi eğitilmiş grup için aynı oran daha azdır (%15.9) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo-18: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre GHQ Skor Durumları

EĞİTİM DURUMU	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK	(%)	ORTA	(%)	YÜKSEK	(%)		
OYDveOY	49	57.0	14	16.3	23	26.7	86	100.0
İLKveYÜK.	139	64.9	41	19.2	34	15.9	214	100.0
TOPLAM	188	62.7	55	18.3	57	19.0	300	100.0

$$X = 4.02 \quad \text{Ser.Derecesi}=1 \quad p=0.044$$

Evde birlikte yaşanan kişi sayısı arttıkça GHQ'dan yüksek skor alma oranı da artmaktadır. Evde yaşayan kişi sayısı 4'den fazla olduğunda yüksek GHQ skoru alma oranı %25.3 iken evde 4 ve daha az kişi bulunduğunda bu oran %13.0'dır (Tablo-19). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca evde yaşayan çocuk sayısının GHQ üzerindeki etkisi de evde yaşayan kişi sayısı ile paraleldir.

Tablo-19: Araştırmaya Katılanların Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre GHQ Skor Durumları

EVDEKİ KİŞİ SAY.	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK	(%)	ORTA	(%)	YÜKSEK	(%)		
4 ve aşı.	107	69.5	27	17.5	20	13.0	154	100.0
4'den yuk.	81	55.5	28	19.2	37	25.3	146	100.0
TOPLAM	188	62.7	55	18.3	57	19.0	300	100.0

$$X = 6.65 \quad \text{Ser.Derecesi}=1 \quad p=0.0098$$

Araştırmaya katılanlarda göç durumunun GHQ skor durumuna etkisi Tablo-20'de görülmektedir. Göçle gelenlerde yüksek skor alma oranı %21.0, bölgenin yerlisi olanlarda %12.5'dir. Göçle gelenler arasında ise kentsel bölgeden göç edenlerde yüksek skor alma oranı (%28.2) en fazladır (Tablo-21). Ancak bu oranlar istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo-20: Araştırmaya Katılanların Göç Durumuna Göre GHQ Skor Durumları

GÖÇ DURUMU	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK	(%)	ORTA	(%)	YÜKSEK	(%)		
YERLİ	51	70.8	12	16.7	9	12.5	72	100.0
GÖÇ İLE	137	60.1	43	18.9	48	21.0	228	100.0
TOPLAM	188	62.7	55	18.3	57	19.0	300	100.0

$$X = 2.07 \quad \text{Ser.Derecesi}=1 \quad p=0.15$$

Tablo-21: Araştırmaya Katılanların Göçle Geldikleri Yere Göre GHQ Skor Durumları

GELDİĞİ YER	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK	(%)	ORTA	(%)	YÜKSEK	(%)		
KENT	18	46.2	10	25.6	11	28.2	39	100.0
KASABA	37	56.1	12	18.2	17	25.7	66	100.0
KÖY	82	66.7	21	17.1	20	16.3	123	100.0
TOPLAM	137	60.1	43	18.9	48	21.0	228	100.0

$$X = 3.78 \quad \text{Ser.Derecesi}=1 \quad p=0.15$$

Sosyoekonomik duruma göre GHQ skor durumu incelendiğinde sosyoekonomik indeksi iyi durumda olanlarda ruh sağlığı daha iyi görünmektedir (Tablo-22) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo-22: Araştırmaya Katılanların Sosyoekonomik Durumuna Göre GHQ Skor Durumları

SOS.EKO. INDEX	GHQ SKOR DURUMU						TOPLAM (%)	
	DÜŞÜK (%)	ORTA (%)	YÜKSEK (%)					
İYİ	50	76.9	9	13.9	6	9.2	65	100.0
ORTA	95	63.0	28	18.5	28	18.5	151	100.0
KÖTÜ	43	51.2	18	21.4	23	27.4	84	100.0
TOPLAM	188	62.7	55	18.3	57	19.0	300	100.0

$$X = 7.89 \quad \text{Ser.Derecesi}=2 \quad p=0.019$$

Şimdiye kadar sunulan sosyal, ekonomik, demografik ve kişisel değişkenlerle GHQ skorunun ilişkisi ayrıca log-lineer modelde çalışılmıştır. Sonuçta modele sokulan değişkenlerin tümüyle GHQ skorunun ilişkili olduğu ve bu değişkenlerden ikisinin (evde yaşayan kişi sayısı ve sosyoekonomik durum) GHQ skorunda daha etkili olduğu bulunmuştur.

Bulguların bundan sonraki bölümünde ikinci görüşmeye alınan hastalar için tanımlayıcı bilgiler verilecek, yine bu hastalarda genel pratisyenin hekimin yaklaşımı yanında hastaların davranışları değerlendirilecektir.

İkinci görüşmeye alınan hastalar, aldıkları GHQ skoruna göre, birinci görüşmeye alınanlar arasından seçilmişti. Birinci ve ikinci görüşmeye alınanların bazı değişkenler bakımından karşılaştırılması Tablo-23'de verilmiştir. İki grup arasında, beklendiği gibi, belirgin bir fark bulunmamaktadır.

Tablo-23: Birinci ve İkinci Görüşmeye Alınan Hastaların Bazı Değişkenler Yönünden Karşılaştırılması

Değişkenler	I.Görüşme Hastaları	II.Görüşme Hastaları
Yaş(ort)	31.7 (10.8) *	31.7 (11.5) *
Erkek/Kadın	50/250 = 0.20	12/82 = 0.15
Göç/Yerli	228/72 = 3.2	76/18 = 4.2
Medeni Durum		
Evli	%86.0	%86.2
Dul-ayrı	% 3.0	% 4.2
Bekar	%11.0	% 9.6
Eğitim		
OYD+OY	%28.7	%33.0
İlkokul+	%71.3	%67.0
Evde yaşa.kişi(ort)	4.9 (2.1) *	5.2 (2.3) *
Sosyoekonomik Durum		
iyi	%21.7	%14.9
orta	%50.3	%54.3
kötü	%28.0	%30.9
GHQ skor(ort)	1.8 (2.3) *	4.1 (2.8) *

* Parantez içindekiler standart sapmayı göstermektedir.

CIDI'den tanı alanlarda ruhsal bozukla ilgili değişik tanıların tek başına ya da birlikte görülme durumuna bakıldığında CIDI'den tanı alanların (51 kişinin) çoğunun birden fazla ruhsal bozukluk için tanı aldığı görülmektedir. Tek bir ruhsal tanı alanların oranı sadece %37.2 (19 kişi)'dir. Hastalar büyük oranda (%62.8) birden fazla tanı almıştır.

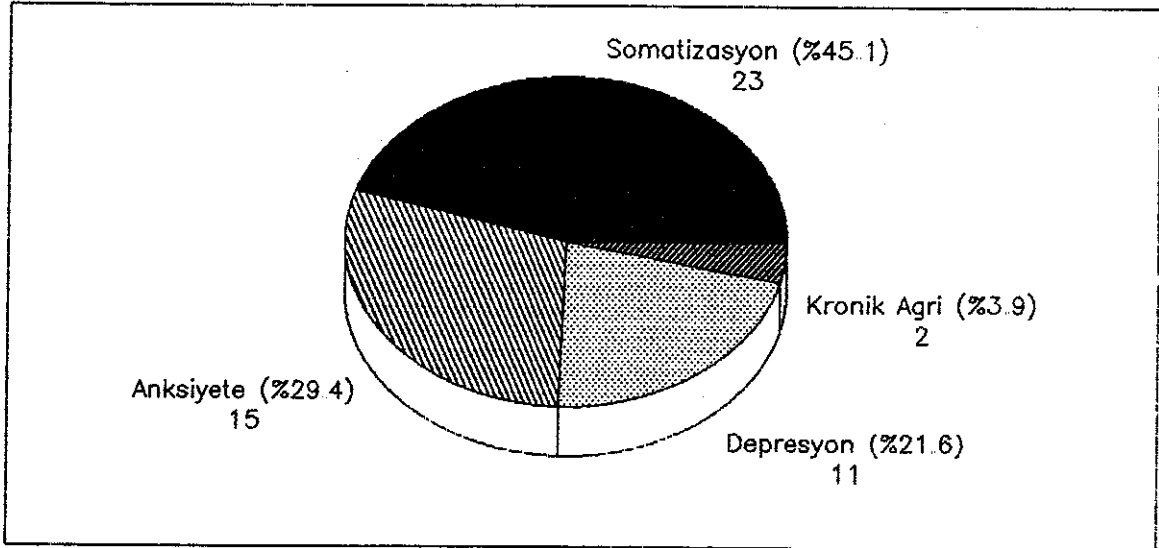
Tablo-24'de CIDI'den tanı alan 51 kişinin %58.8'inde (30 kişi) genel pratisyen hekimin ayrıca fiziksel bir hastalık da bulduğu görülmektedir. Çalışma yapılırken kişide fiziksel hastalık olup olmadığını saptamak amacı ile ek bir uygulama yapılmadığı için tablo bu konuda genel pratisyen hekimin vermiş olduğu karara göre düzenlenmiştir. Buna göre ruhsal hastalığın fiziksel bir hastalıkla birlikte görülme oranı oldukça yüksektir.

Tablo-24: İkinci Görüşmeye Alınanlarda CIDI'den Tanı Alma Durumuna Göre Genel Pratisyen Hekim Tarafından Fiziksel Hastalık Saptanma Durumunun Dağılımı:

CIDI'DEN RUHSAL TANI ALMA DURUMU	FİZİKSEL HASTALIK				TOPLAM (%)	
	VAR	(%)	YOK	(%)		
ALDI	30	58.8	21	41.2	51	100.0
ALMADI	37	86.0	6	14.0	43	100.0
TOPLAM	67	71.3	27	28.7	94	100.0

Görüldüğü gibi ruhsal bozukluklar karşımıza oldukça karmaşık bir tanı çeşitliliği ile çıkmıştır. Çalışmada, CIDI'den birden fazla ruhsal bozukluk tanısı alan hastalara "sizi en çok rahatsız eden belirti hangisiydi" diye sorularak tanılardan hangisinin öncelikli olduğuna karar verilmiştir. Buna göre kişiyi en çok rahatsız eden tanı o kişinin tanısı olarak kabul edilmiştir. Sonuçta CIDI tanıları Şekil-1'deki gibi görünmüştür.

Şekil-1: CIDI'den Tanı Alanların Birinci Derecede Rahatsızlık Duyduğu Tanıların Dağılımı (94 kişi)



Aynı tanılarına göre daha önce sağlık ocağına başvurup başvurmadığı durumu Tablo-25'de gösterilmektedir.

Tablo-25: CIDI'den Alınan Tanılara Göre Daha Önce Sağlık Ocağına Başvurma Durumu

RUHSAL TANI	DAHA ÖNCE SAĞ.OCAGINA				TOPLAM (%)	
	BAŞVURDU (%)		BAŞVURMADI (%)			
Somatoform Boz.	13	56.5	10	43.5	23	100.0
Kronik Ağrı Boz.	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Anksiyete	6	40.0	9	60.0	15	100.0
Depresyon	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Tanı Almayan	12	27.9	31	72.1	43	100.0
TOPLAM	34	36.2	60	63.8	94	100.0

*CIDI'den tanı almış olan 51 kişiden 29'u daha önceden sağlık ocağına hiç başvurmamıştır.

Buna göre somatoform bozukluk ya da anksiyete tanısı alanlar sıklıkla daha önce sağlık ocağına başvurmuşlardır.

Hastaların aldığı ruhsal bozukluk tanılarına göre sağlık ocağına başvuru sayısında farklılık var mıdır? Başka bir deyişle, acaba bazı ruhsal hastalıklarda kişinin tekrarlayan başvuruları var mıdır? Tablo-26'da sağlık ocağına en sık başvuranların somatoform bozukluk tanısı alanlar olduğu görülmektedir (ortalama 2.3). Depresyonlular ise ruhsal tanısı olmayanlara göre bile daha seyrek sağlık hizmeti kullanmaktadır (ortalama 0.7). Anksiyete tanısı alan 15 kişinin ortalama başvurusu tabloda 2.5 görünmesine rağmen bu kişilerden bir tanesi daha önce sağlık ocağına 14 kez başvurduğu için ortalamayı yükseltmektedir. Bu kişi çıkarıldığında hesaplanan ortalama değer 1.6 ve standart sapması da 2.4 olmaktadır. Bu yüzden Anksiyete tabloda üçüncü sıraya konmuş ve "en sık başvuranlar somatizasyon tanısı alanlardır" şeklinde yorum yapılmıştır.

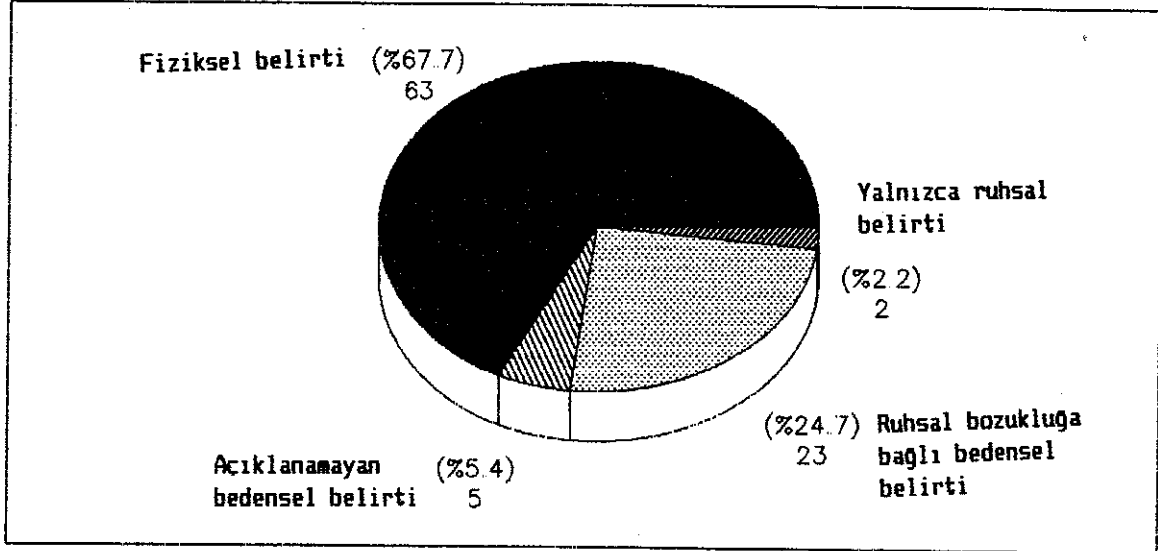
Tablo-26:Kişilerin CIDI'den Aldıkları Tanılara Göre Sağlık Ocağına Ortalama Başvuruları

RUHSAL TANI	(n)	ORT.BAŞV.SAYISI	(STAN.SAPMA)
Somatoform Boz.	23	2.3	(2.8)
Kronik Ağrı Boz.	2	2.0	(2.8)
Anksiyete	15	2.5	(4.0)
Depresyon	11	0.7	(1.7)
Tanı Almayan	43	1.2	(2.3)

*Tanı alıp daha önce sağlık ocağına başvurmamış olanlara "0" değeri verilmiştir.

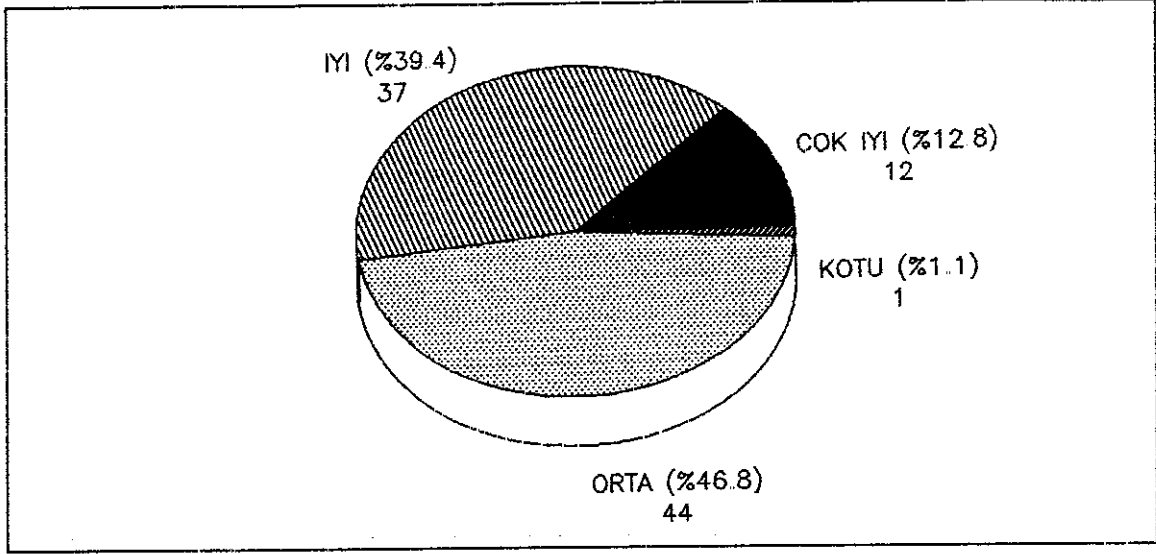
İkinci görüşmeye alınan 94 kişinin ana başvuru nedenlerinin genel pratisyen hekim tarafından sınıflandırılması Şekil-2'dedir. Buna göre ikinci görüşmeye aldığımız hastaların çoğunluğunun fiziksel hastalığa bağlı bedensel belirtilerle başvurduğu anlaşılmaktadır.

Şekil-2:İkinci Görüşmeye Alınanların Ana Başvuru Nedenlerinin Genel Pratisyenin Sınıflandırmasına Göre Dağılımı (94 kişi)



Yine genel pratisyen hekim gördüğü hastaların genel sağlık durumunu Şekil-3'deki gibi değerlendirmiştir.

Sekil-3: İkinci Görüşmeye Alınan Hastaların (94 kişi) Genel Sağlık Durumunun Genel Pratisyen Tarafından Değerlendirilmesi



Genel pratisyen hekimin hastaya fiziksel ve/veya ruhsal tanı koyma durumu Tablo-27'dedir. Buna göre genel pratisyen hekim gördüğü hastaların %18.1'ine sadece ruhsal hastalık, %56.4'üne sadece fiziksel hastalık ve %14.9'una da hem fiziksel hem de ruhsal hastalık tanısı koymuştur.

Tablo-27: İkinci Görüşmeye Alınan Hastalarda Genel Pratisyen Hekimin Koyduğu Tanıların Dağılımı

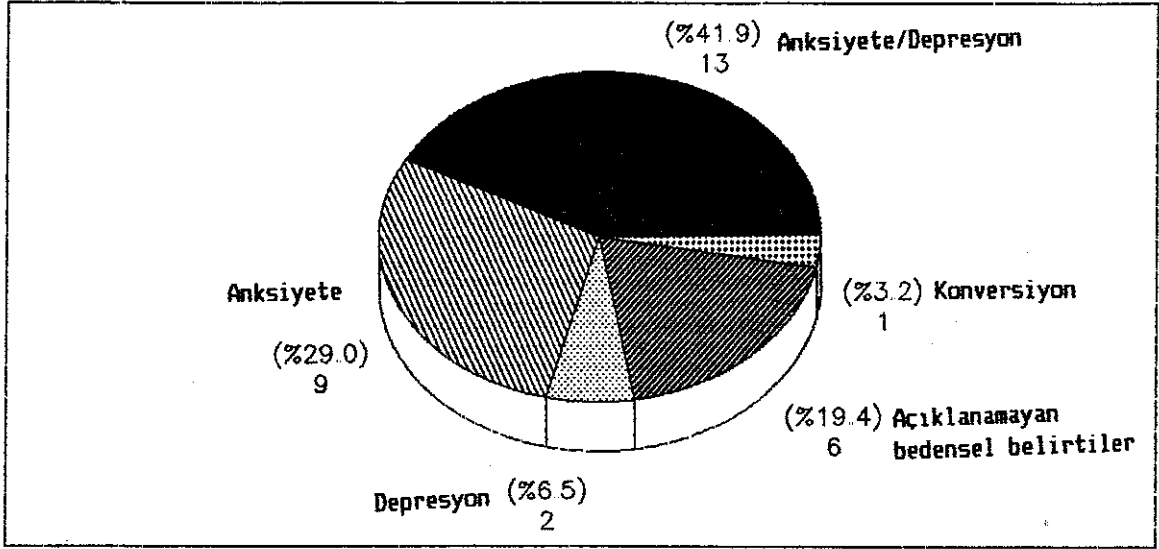
FİZİKSEL HASTALIK	RUHSAL HASTALIK				TOPLAM (%)	
	VAR	(%)	YOK	(%)		(%)
VAR	14	14.9	53	56.4	67	71.3
YOK	17	18.1	10	10.6	27	28.7
TOPLAM	31	33.0	63	67.0	94	100.0

Tablo-24'de CIDI'den tanı alma durumuna göre genel pratisyen hekimin fiziksel tanı koyma durumu verilmisti. Tablo 24 ve 27'ye göre, kişide fiziksel hastalık bulunduğu durumda, CIDI'den tanı alma oranı %44.8 iken (30 kişi) genel pratisyen hekimden ruhsal bozukluk tanısı alma oranı %20.9'dur (14 kişi). Yani, CIDI'nin fiziksel hastalığı

olanlarda aynı zamanda bir ruhsal tanı da koyması, genel pratisyen hekime göre iki kat daha fazladır.

Genel pratisyen hekimin "ruhsal bozukluk var" kararı verdiği hastalara hangi ruhsal tanıları koyduğu Şekil-4'de verilmiştir.

Şekil-4: Genel Pratisyen Hekimden Tanı Alanların Hangi Tanıyı Aldıklarının Dağılımı



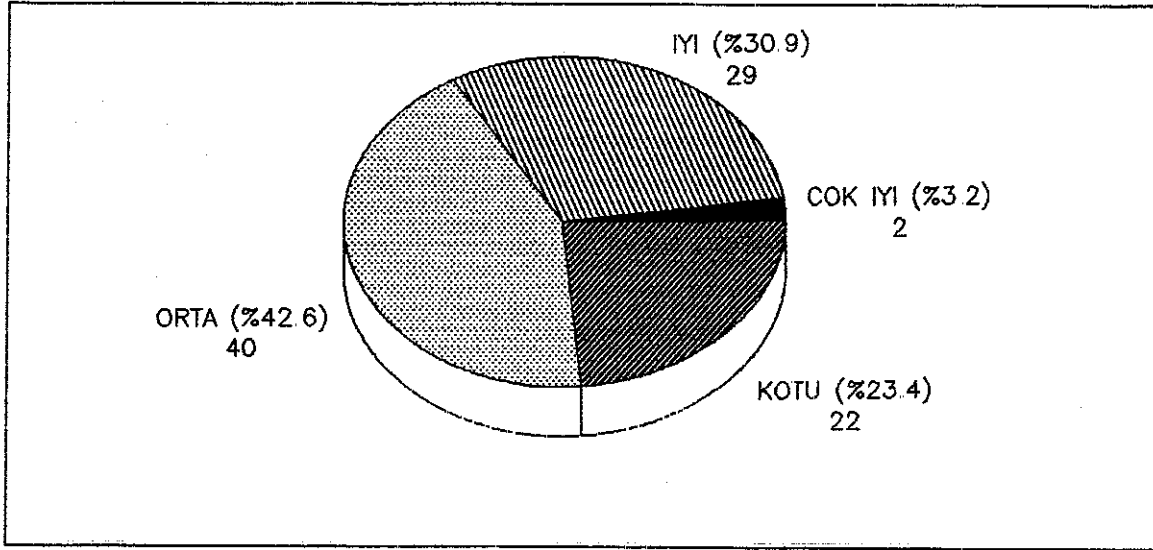
Genel pratisyen hekimin "kisinin sağlığını genel değerlendirme Şekil-3'de verilmişti. Kisinin kendi kendinin sağlığını değerlendirmesi ise Şekil-5'dedir. Bu iki şekle göre genel pratisyen hekimin sağlığı subjektif değerlendirme kişininkine göre daha iyimser olmaktadır.

Sağlığın genel olarak değerlendirilmesi konusunda genel pratisyen hekimin düşüncesi ile kişinin kendi ifadesinin GHQ skor ortalaması göz önüne alınarak karşılaştırılması ise Tablo-28 ve Tablo-29'da gösterilmiştir.

Buna göre, kişinin kendisinin "genel sağlık durumu orta-kötü" dediği hastaların GHQ skoru daha yüksektir. Yani

kişinin bu konudaki ifadesi ruhsal hastalık bakımından ipucu

Sekil-5: Kişinin Kendi Kendinin Sağlığını Değerlendirmesi



olabilir. Genel pratisyen hekimin kişinin genel sağlığını değerlendirmesinin ise bir değeri yoktur (P=0.66).

Tablo-28: İkinci Görüşmeye Alınanlarda Kişinin Kendi Sağlığını Genel Olarak Değerlendirmesine Göre GHQ Skor Ortalamaları

KİŞİNİN KENDİ İFADESİ	(n)	GHQ SKORU ORTALAMASI	(STAN.SAPMA)	(P)
ÇOK İYİ-İYİ	32	3.188	(2.945)	
ORTA-KÖTÜ	62	4.613	(2.607)	0.017

Tablo-29: İkinci Görüşmeye Alınanlarda Genel Pratisyenin Kişinin Sağlığını Genel Olarak Değerlendirmesine Göre GHQ Skor Ortalamaları

GENEL PRATİSYENİN DÜŞÜNCESİ	(n)	GHQ SKORU ORTALAMASI	(STAN.SAPMA)	(P)
ÇOK İYİ-İYİ	49	3.857	(2.858)	
ORTA-KÖTÜ	45	4.422	(2.726)	0.66

Tablo-30'da kişilerin aldığı GHQ skorlarına göre genel pratisyen hekim ve CIDI'nin tanı koyma yüzdeleri görülmektedir. Buna göre GHQ'dan yüksek skor alanlarda genel pratisyen %44.6 oranında ruhsal bozukluk tanımlarken, CIDI

%73.7 oranında tanı koymuştur. Yani bir anlamda CIDI'nin GHQ ile uyumu genel pratisyenden daha yüksektir.

Tablo-30: İkinci Görüşmeye Alınanların GHQ Skor Durumuna Göre GP'den ve CIDI'den Ruhsal Bozukluk Tanısı Alma Yüzdeleri

GHQ SKOR DURUMU	KİŞİ SAYISI	G.P'DEN TANI ALAN (%)	CIDI'DEN TANI ALAN (%)
DÜŞÜK	19	2 10.5	1 5.3
ORTA	18	4 22.2	8 44.4
YÜKSEK	57	25 44.6	42 73.7
TOPLAM	94	31 33.3	51 54.3

Her bir GHQ skor durumuna göre CIDI'den tanı alma yüzdeleri göz önüne alınarak, sağlık ocağına başvuran 300 kişi için kabaca bir hesap yapmak ve sağlık ocağına başvuranlarda ruhsal bozukluk sıklığını tahmin etmek olanaklıdır. Ancak hemen belirtmek gerekir ki bu tahmini değer tam doğru sonucu vermez. Gerçek değer, bu hesaplara bulunacak olan orandan biraz daha yüksek ya da düşük olabilir. Fakat yine de bize kaba bir fikir verecektir. Buna göre sağlık ocağına başvuranların GHQ skor durumu dağılımı (düşük skor=188 kişi, orta skor=55 kişi, yüksek skor=57 kişi) ve her bir skor durumuna göre tanı alma yüzdeleri (düşük skorluların %5.3'ü, orta skorluların %44.4'ü, yüksek skorluların %73.7'si) göz önüne alındığında, sağlık ocağına başvuranlarda tahmini ruhsal hastalık sıklığını %25.4 olarak tahmin etmekteyiz.

CIDI ile genel pratisyen hekimin kişide ruhsal bozukluk olması ya da olmaması konusundaki tanı uyumluluğu (29.0+41.9) %70.9'dur. Buna karşılık olguların %24.0'ü (23 kişi) CIDI'den

herhangi bir tanı alırken genel pratisyen hekim tarafından "ruhsal sorunu yok" olarak değerlendirilmiştir (Tablo-31). Genel pratisyen hekimin ruhsal bozukluk tanısı koymadaki secicilik ve duyarlılığı CIDI'ye göre sırasıyla %91 ve %53 bulunmuştur. Yani genel pratisyen hekim ruhsal sorunu

Tablo-31:İkinci Görüşmeye Alınanların CIDI'den Aldıkları Tanı Durumuna Göre Genel Pratisyen'den Aldıkları Tanıların Durumu

CIDI'YE GÖRE TANI	G.P'E GÖRE TANI				TOPLAM (%)	
	ALDI	(%)	ALMADI	(%)		
ALDI	27	29.0	23	24.7	50	53.7
ALMADI	4	4.3	39	41.9	43	46.2
TOPLAM	31	33.3	62	66.7	93*	100.0

McNemar test $X = 13.37$ $p < 0.05$

*"1" kişi genel pratisyen tarafından hiç tanı almamış ve ilgili sorusu boş bırakılmıştır.

olmayanları iyi ayırt edebilmekte ancak ruhsal sorunu olanları atlamaktadır. CIDI ile genel pratisyen arasındaki tanı farklılığı istatistiksel olarak da anlamlıdır. Ancak genel pratisyen hekim tarafından negatif bulunan 23 kişinin 15 tanesi için genel pratisyen hekim "bazı belirtiler var ama hasta sayılmaz (subklinik)" değerlendirmesinde bulunmuştur. Yani aslında genel pratisyen hekim bu 23 kişinin bir kısmının (15 kişi) ruhsal sorunu olabileceğinin farkındadır.

Genel pratisyen hekimler kişinin ana başvuru nedenini göz önüne alarak belirtileri sınıflandırmışlardır. Bu sınıflamaya göre olguların genel pratisyen hekim ve CIDI'den ruhsal bozukluk tanısı alma yüzdeleri genellikle birbirine yakındır. Ancak fiziksel belirtilerle başvuran 63 kişide bu durum aynı değildir. Genel pratisyen hekim sözü geçen 63 kişinin 7'sini (%11.1) "ruhsal bozukluğu var" diye

tanımlarken CIDI'ye göre bu rakam 26 kişi (%41.3)'dir. Yani genel pratisyen hekimler ana başvuru nedenini "tamamen fiziksel hastalığa bağlı belirtiler" olarak sınıflandırdığı kişilere, CIDI'ye göre daha düşük oranda ruhsal bozukluk tanısı koymuşlardır (Tablo-32). Diğer bir deyişle, CIDI referans test kabul edildiğinde, genel pratisyen hekimler kişide fiziksel bozukluk olduğu durumda birlikte bulunan ruhsal bozukluğun bir kısmını atlamaktadır.

Tablo-32:Genel Pratisyenin Ana Başvuru Nedenini Sınıflamasına Göre Genel Pratisyen ve CIDI'den Alınan Tanıların Yüzdeleri

BELİRTİLERİN SINIFLANMASI	KİŞİ SAYISI	G.P'DEN TANI ALAN (%)	CIDI'DEN TANI ALAN (%)
FİZİKSEL	63	7	11.1
AÇIKLANA.BEDENSEL	5	3	60.0
BELKİ RUHSAL	23	19	82.6
RUHSAL	2	2	100.0

Belirti fiziksel olduğunda acaba genel pratisyen hekime tanıda yardımcı olabilecek bir ipucu var mıdır? Fiziksel belirti ile başvuranlarda, CIDI'den tanı alanlarla almayanlar arasında farklılık nedir? Bu farklılık genel pratisyen hekime yardımcı olabilir mi? Bu soruların yanıtı için fiziksel belirtilerle başvuran 63 kişinin verilerini değerlendirmek gerekir. Tablo-33 ve 34'de bu 63 kişinin GHQ skor ortalamalarındaki farklılık CIDI'ye göre ve genel pratisyen hekime göre ayrı ayrı gösterilmiştir.

Tablo-33:Ana Başvuru Yakınması Fiziksel Hastalığa Bağlı Bedensel Belirtiler Olan 63 Hastada CIDI'den Tanı Alma Durumuna Göre GHQ Skor Ortalamaları

CIDI'YE GÖRE	(n)	GHQ SKOR ORT.	(STAN.SAPMA)	P
TANI ALANLAR	26	5.3	(2.2)	
ALMAYANLAR	37	2.7	(2.7)	0.0003

Tablo-34:Ana Başvuru Yakınması Fiziksel Hastalığa Bağlı Bedensel Belirtiler Olan 63 Hastada Genel Pratisyen Hekimden Tanı Alma Durumuna Göre GHQ Skor Ortalamaları

G.P.'YE GÖRE	(n)	GHQ SKOR ORT.	(STAN.SAPMA)	P
TANI ALANLAR	7	4.3	(0.5)	
ALMAYANLAR	56	3.7	(3.0)	0.5

Yani CIDI'den tanı alanlarla almayanlar arasındaki GHQ skoru farklılığı oldukça belirgin olmasına karşın, genel pratisyen hekim için durum aynı değildir. Buna göre genel pratisyen hekim, fiziksel şikayetle başvuranlara GHQ da yer alan sorulardan sorduğunda şu andakinden daha fazla vaka için tanı koyabilecektir.

Olguların kendi kendinin sağlığını değerlendirmesine göre genel pratisyen hekim ve CIDI'den aldığı tanı alma oranları arasındaki ilişki Tablo-35'de görülmektedir.

Tablo-35:İkinci Görüşmeye Alınan Kisilerin Kendi Kendilerinin Sağlığını Değerlendirmesine Göre GP ve CIDI'den Tanı Almaları

KİŞİNİN KENDİ SAĞLIĞINI DEĞERLENDİRMESİ	KİŞİ SAYISI	G.P'DEN TANI ALMA (%)	CIDI'DEN TANI ALMA (%)
ÇOK İYİ-İYİ	32	9 28.1	12 37.5
ORTA	40	14 35.9	24 60.0
KÖTÜ	22	8 36.4	15 68.2
TOPLAM	94	31 33.3	50 53.2

Kişilerin kendini kötü hissetmesi durumunda ruhsal bir

tanı alma oranı genel pratisyen hekimler için %36.4, CIDI için %68.2'dir. Yani kişinin "ben kendimi kötü hissediyorum" demesi genel pratisyen hekimin ruhsal bozukluk tanısı koyması yönünde bir katkı sağlamazken, CIDI'nin bu kişilere tanı koyma oranı artmıştır. Bir anlamda kişinin kendi kendinin sağlığını değerlendirmesi ruhsal hastalığı olup olmaması konusunda bir ipucu olabilmektedir. Bu bulguya Tablo-28 ve 29'da da değinilmişti.

Genel pratisyen hekim ile CIDI'nin tanı koydukları hastalar çoğunlukla aynı kişiler olmasına karşın bazı vakalarda farklılık ortaya çıkmıştır. Örneğin, genel pratisyen hekimin "Anksiyete/Depresyon karışık" dedikleri arasından iki kişi CIDI'den tanı almazken, "açıktanamayan bedensel belirtiler" dedikleri arasından da iki kişi CIDI'den tanı almamıştır.

Genel Pratisyen hekimin ruhsal bozukluk yok dediği 42 kişinin ise 23 tanesi CIDI'ye göre herhangi bir tanı almıştır. Bu 23 kişinin;

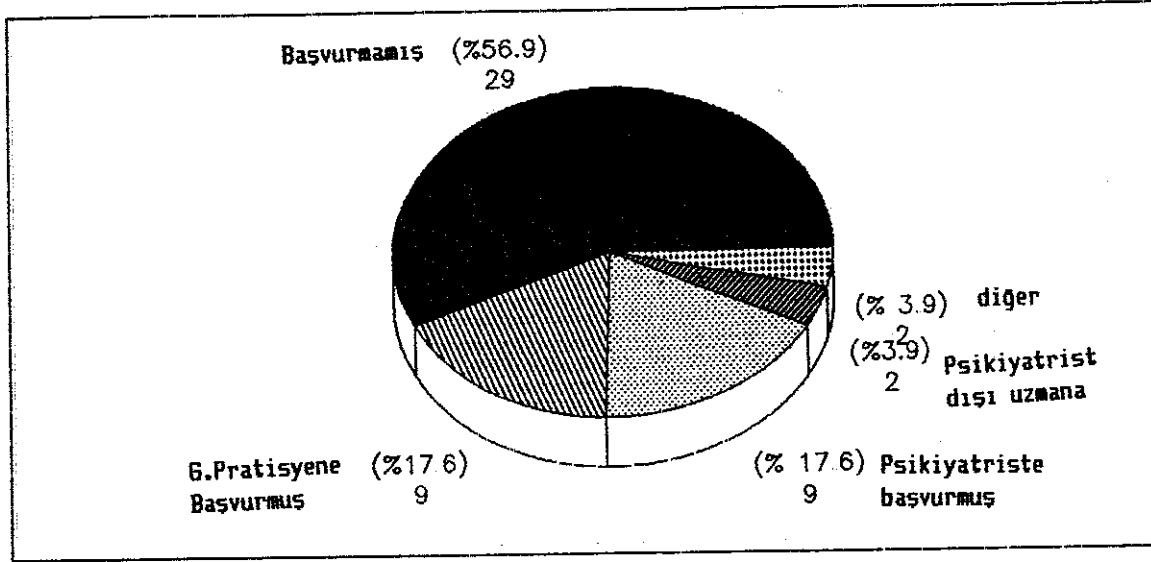
- 5 tanesi somatoform bozukluk,
- 4 tanesi somatoform boz+kronik ağrı boz.
- 4 tanesi Anksiyete
- 2 tanesi Depresyon
- 1 tanesi Anksiyete+Depresyon

Diğerleri ise somatoform bozukluk ve/veya kronik ağrı bozukluğu ile birlikte görülen Anksiyete ve/veya Depresyon tanısı almıştır.

Sekil-6'da CIDI'den tanı alan 51 kişinin daha önce bu rahatsızlığı ile ilgili herhangi bir yere başvurup başvurmadıkları ve basvuranların nereye başvurdukları görülmektedir. Buna göre tanı alanlardan 29 kişi (%56.9) daha önce herhangi bir yere başvurmamışlardır. Başvuranlar ise

genellikle genel pratisyen hekim ya da uzman psikiyatriste başvurmuşlardır.

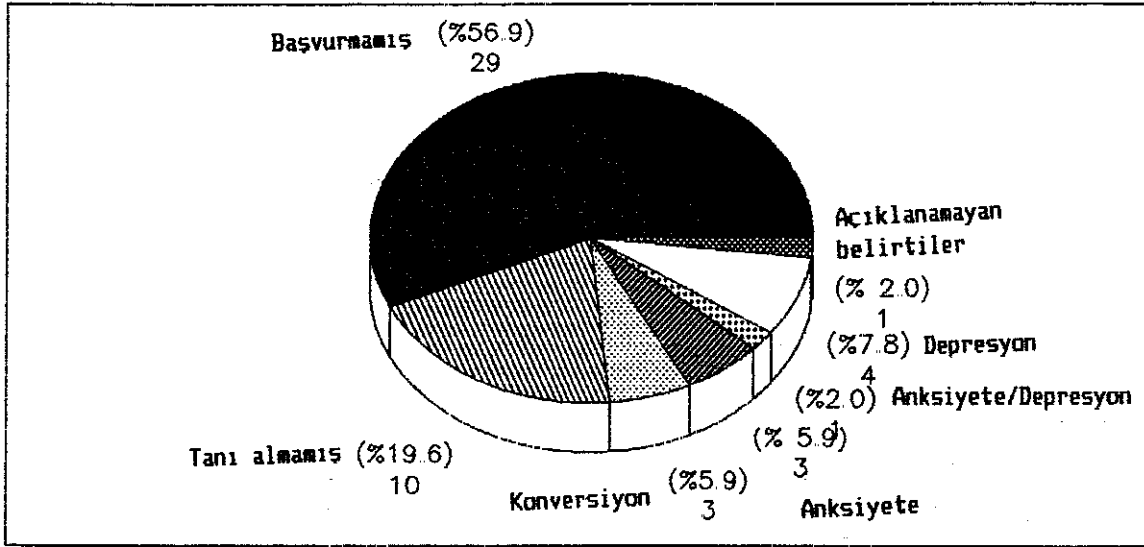
Sekil-6:CIDI'den Tanı Alan 51 Kişinin Bu Rahatsızlıkları Nedeni ile Daha Önce Başvurdukları Yerlerin Dağılımı



Bu rahatsızlığı nedeni ile daha önce herhangi bir yere başvuranlara (22 kişi) nereye başvuracağını kimin tavsiye ettiği sorulduğunda 12 kişi (%54.5) kendisi karar verdiğini, 5 kişi (%22.7) ailesinin önerdiğini söylemiştir. Diğer 5 kişi (%22.7) ise değişik kişilerin tavsiyesi ile hareket etmiştir. Yine bu 22 kişiye hangi tedavilerin uygulandığı sorulduğunda 6 kişi herhangi bir tedavi almadığını, 4 kişi tedavinin içeriğini bilmediğini söylemiş, 11 kişi ise değişik ilaç tedavileri belirtmiştir.

Sekil-7'de CIDI'den tanı alan 51 kişinin daha önce Ahatlı sağlık ocağına başvurup başvurmadıkları ve başvuranların ruhsal bozukluk tanısı alıp almadıkları ya da hangi tanıyı aldıkları görülmektedir.

Şekil-7:CIDI'den Tanı Alan 51 Kişinin Daha Önceki Ahatlı Sağlık Ocağına Başvurularına Göre Tanı Dağılımı



Bu tabloya göre yine 29 kişi Ahatlı sağlık ocağına daha önce hiç başvurmamıştır. Başvuran 22 kişinin ise yarısından fazlası daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Daha önce Ahatlı sağlık ocağına başvuran bu 22 kişinin sağlık ocağına ortalama başvurusu ise ortalama 4.59 bulunmuştur. Hangi tanıları alanların sıklıkla daha önce sağlık ocağına başvurduğunu ise Tablo-25 de göstermiştik.

CIDI'ye göre tanı alanlarda görülen semptomlar ve sıklıkları aşağıda gösterilmektedir (Bu semptomlar klasik bilgilerle uyumludur) :

a) Depresyon tanısı alan 17 kişinin ifade ettiği semptomlar,

depressif duygu durumu	13 kişide (%76.5)
iştah kaybı	11 kişide (%64.7)
uykuya dalmakta güçlük	9 kişide (%52.9)
kendini değersiz hissetme	9 kişide (%52.9)
ilgi kaybı	8 kişide (%47.1)
yorgun-halsiz hissetme	7 kişide (%41.2)
sabahları kötü hissetme	6 kişide (%35.3)
kilo kaybı	6 kişide (%35.3)
uykunun bölünmesi	5 kişide (%29.4)
yavaş konuşma-hareket	5 kişide (%29.4)
dikkat toplamada güçlük	5 kişide (%29.4)

intihar düşüncesi 5 kişide (%29.4)
diğer 15 kişide

b)Anksiyete tanısı alan 29 kişinin ifade ettiği semptomlar,

huzursuz hissetme 20 kişide (%69.0)
sürekli sınırlı hissetme 20 kişide (%69.0)
uykuya dalma güçlüğü 15 kişide (%51.7)
kötü bir şey olacağından korkma 14 kişide (%48.3)
ruhsal gerginlik 13 kişide (%44.8)
terleme-ateş basması 11 kişide (%37.9)
başında sıkışma hissi 9 kişide (%31.0)
sersemlik-baş dönmesi 9 kişide (%31.0)
dikkat toplayamama 9 kişide (%31.0)
ağız kuruluğu 8 kişide (%27.6)
rahatlayamama 8 kişide (%27.6)
diğer 42 kişide

c)Somatoform bozukluk tanısı alan 69 kişinin semptomları,

baş ağrısı 28 kişide (%40.6)
hissizlik-keceleşme gibi 27 kişide (%39.1)
yorgunluk dışında çarpıntı 18 kişide (%26.1)
çınlama uğultu 17 kişide (%24.6)
kol-bacak ağrısı 15 kişide (%21.7)
bayılma 15 kişide (%21.7)
boğazında tıkanıklık hissi 14 kişide (%20.3)
yorgunluk olmadan nefes darlığı 14 kişide (%20.3)
bel-sırt ağrısı 11 kişide (%15.9)
mide bulantısı 11 kişide (%15.9)
baş dönmesi 11 kişide (%15.9)
göğüste ağrı-baskı hissi 10 kişide (%14.5)
dilinde pas tutması 10 kişide (%14.5)
titreme nöbetleri 10 kişide (%14.5)
diğer 69 kişide

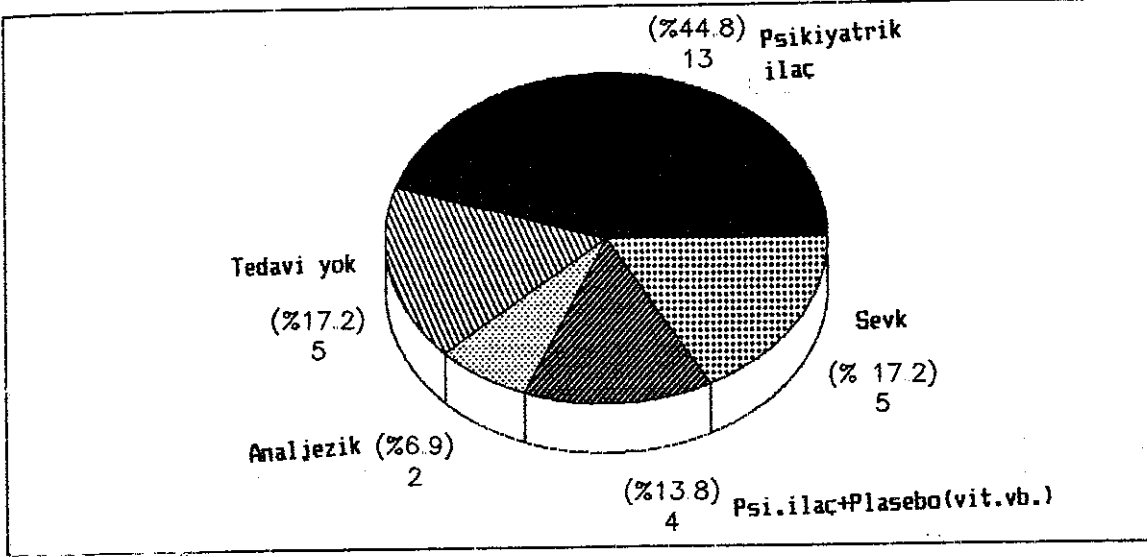
d)Kronik Ağrı bozukluğu tanısı alan 17 kişinin semptomları,

baş ağrısı 12 kişide (%70.6)
göğüste ağrı-baskı hissi 6 kişide (%35.3)
kol ve bacaklarda ağrı 4 kişide (%23.5)
bel-sırt ağrısı 3 kişide (%17.6)
karın ağrısı 2 kişide (%11.8)
eklem ağrısı 1 kişide (% 5.9)

Genel pratisyen hekimin tanı koyduğu hastalara yaptığı öneri, sevk ya da tedaviler Sekil-8'de gösterilmiştir. Buna göre genel pratisyenin ruhsal bozukluk düşündüğü hastalardaki sevk hızı %17.2'dir. Ruhsal hastalığı tedavi edici ilaçla birlikte vitamin v.b. plasebo ilaç verdiği kişi sayısı 4'dür

ve 2 kişiye de semptomatik olarak sadece analjezik vermiştir.

Şekil-8: Genel Pratiyenin Ruhsal Bozukluk Tanısı Koyduğu Hastalara Uyguladığı Tedavi ya da Öneriler (29 Kişi)



Buna göre genel pratisyenin ruhsal bozukluk tanısı koyduğu hastalarda herhangi bir şekilde ruhsal bozuklukla ilgili ilaç verme hızı $[(13+4)/29]$ %58.6'dır.

TARTISMA:

Dünyada demografik ve sosyal değişimler sağlık hizmetlerinin hedeflerini de değistirmekte, doğumların ve çocukluk çağı mortalitesinin azalması hedef yaş gruplarını daha ileri yaşlara taşımaktadır (110). Ekonomik durgunluk, işsiz sayısını artırmakta ve özellikle vasıfsız işçiler ve göçmenler arasında yoğun sosyal problemler yaratmaktadır. Büyük şehirlerde barınma durumu kötüleşirken, suç oranı gibi çeşitli sosyal patoloji göstergeleri belirgin hale gelmektedir. Tıbbi ve sosyal hizmetlerde de gözle görünür değişiklikler vardır. Enflasyonla birlikte sağlık hizmetlerinin maliyeti de artmakta ve bu durum bazı ülkelerde finans gücünü yaratmaktadır. Bunların sonucunda sosyal ve tıbbi programlar azalmakta ve eğitilmiş insan gücü yetersizleşmektedir. Eş zamanlı olarak, daha fazla uzmanlaşma ve daha geniş teknoloji isteği, büyük ve yeni hastane yapılarının kurulmasına neden olmaktadır ki bu yapılar genellikle nüfusun çoğunluğunun bulunduğu yerlerden uzaktadır. Bu görüntü karşısında, doğal olarak, psikiyatrik görüntünün doğası ve içeriği de değismektedir (110).

Son yıllarda psikiyatrik hastalıklar epidemiyolojisi tüm dünyada yoğun bir şekilde araştırılmaktadır. Ülkemizde de son 10 yıldır bu konu ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte araştırmaların çoğu ya psikiyatri kliniğindeki hastalarda ya genel toplumda yapılmış, bölge olarak kentsel ya da kırsal kesim seçilmiş, sağlık ocağı bulunan ya da bulunmayan yerlerin karşılaştırılması yapılmıştır (8,12,33,37,38,50,51,

53,65,87,93,99,100). Özellikle ülkemiz açısından birinci basamağa başvuranlarda ruhsal bozuklukların görüntüsü ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bizim birinci basamak hizmeti veren bir kuruma yapılan başvurularda ruhsal bozuklukların değerlendirmesini yaparken bu kurumun bir göç bölgesine hizmet veriyor olması da çalışmamızı diğerlerinden farklı kılmıştır.

Çalışmanın tartışma bölümü çok boyutlu ele alınmış, anlam bütünlüğünün ve okuma kolaylığının sağlanması amacı ile her bir boyut ayrı başlık altında tartışılmıştır. Herhangi bir konu tartışılırken, yeri geldikçe, diğer bölümlerdeki tartışmalardan anımsatmalar yapılmıştır.

Bölgenin ve Çalışma Evreninin Seçimi:

Gelişmiş illerde, ki bunlardan Eskişehir, Kocaeli ve Konya dışındakilerde kent nüfusu gecekondü ağırlıklıdır, gecekondü alanlarının denetimi giderek olanaksızlaşmaktadır. 2000 yılında, Türkiye nüfusunun %40'dan fazlası, gecekondü alanlarının ağırlıkta olduğu kent merkezlerinde yaşıyor olacaktır (94).

Çalışmamızda Ahatlı sağlık ocağı bölgesinin seçilmesi verilerin genele yansıtılmasında daha gerçekçi olmuştur. Çünkü kentsel bölgelerin önemli bir kısmı gecekondüdür (Antalya nüfusunun %25-30'u) (5) ve gecekondular özellikle hızlı büyüyen kentlerdeki sağlık sorunlarının da büyük oranda belirleyicisi olmaktadır. Ancak gecekondü bölgelerinin kent merkezinden farklılıkları olduğu da açıktır. Sağlık göstergeleri kent merkezine göre daha bozuk, eğitim ve

sosyoekonomik düzeyleri de oldukça kötüdür (6). Ayrıca bu bölgeler kent merkezine oranla çok değişken bir yapıya sahiptir. Kent merkezindeki yerleşimler genellikle uzun süreliyen gecekonduda yerleşim süresi oldukça kısadır. Bölgeye göç ile gelenler bir süre sonra ekonomik durumlarını düzelttiklerinde kent merkezine taşınmakta, onların yerine de yenileri göç etmektedir. Kırdan kente göçün tüm ekonomik, sosyal, kültürel sorunları gecekondularında yaşanmakta ve bu durumun sürekliliği uzun yıllar devam etmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda da uzayan sosyoekonomik, kültürel sıkıntıların morbiditeye etki ettiği, eğitim düzeyi ve kültürel yapının psikiyatrik hastalıkların görüntüsünde farklılıklar yarattığı bilinmektedir (4,8,21,25, 29,35,36,50,67,93,99). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçların bu nedenlerle, daha çok, gelişmekte olan, eğitim düzeyi düşük, sosyokültürel sıkıntısı yüksek olan toplumlarda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermesi beklenir. Kent merkezinde ise psikiyatrik hastalıkların görüntüsü daha farklı olacaktır.

Çalışma sağlık ocağına başvuranlar evreni için yapılmıştır. Çalışma evreninin seçimi çalışmanın amaçları göz önüne alınarak belirlenmiştir. Bu seçim genel pratişyene ruhsal bozukluğu olan hastaları tanımakta yardımcı olacak ipuçlarını bulmanın yanında standart ölçüm skalalarının birinci basamakta kullanıma girmesinin önerilmesi ve birinci basamaktaki hastaların özelliklerini incelemekte yararlı olmuştur. Çalışma evreninin sağlık ocağına başvuranlar olarak

belirlenmesi nedeni ile, sonuçlarımız birinci basamaktaki bir sağlık kuruluşunda psikiyatrik hastalıkların görüntüsü yanında psikiyatrik sorunu olan hastalara nasıl yaklaşıldığı ve nasıl yaklaşılması gerektiği, bu hastaların özellikleri, hasta olanlarla olmayanlar arasındaki farklılıkları irdelemiştir. Buna karşılık çalışma evrenimiz toplumdaki ruhsal hastalığı olanları temsil etmemektedir. Her ne kadar ruhsal bozukluğu olanlar diğer hastalara göre sağlık hizmeti veren kuruluşlara iki kat daha fazla başvursalar bile (24,42,114), gerek ve yöntem bölümünde de belirtildiği gibi bölge halkının sağlık ocağına başvurma oranı oldukça düşüktür. Buna göre toplumda bizim bu çalışmada bulduğumuzdan çok daha fazla sayıda ruh hastası bulunduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Araştırma bu açıdan bazı hatalar içerebilir ve prevalans hesabı yapmak yanlış olur. Prevalans, ancak toplum içinden seçilen temsilci gruplara ölçekler uygulanarak saptanabilir. Bu yüzden prevalans ile ilgili yargıya varmamız olanaklı olmamakla birlikte sağlık ocağına başvuranlarda sıklığın oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Diğer araştırmalarda birinci basamağa başvuranlarda ruhsal bozukluk sıklığının %10 ile %35'ler dolayında olduğuna genel bilgiler bölümünde değinmiştik. Bizim çalışmamızda bu rakam CIDI tanılarını göz önüne alındığında çok kaba bir hesapla %25.4'dür. Burada CIDI görüşmesine, yani ikinci görüşmeye alınan kişilerin seçimindeki örneklem tekniği nedeniyle, elde ettiğimiz bu oranın gerçekte biraz daha düşük ya da yüksek olabileceğini tekrar vurgulamakta yarar vardır.

Çalışmada Kullanılan Araçlar ve Yöntem:

Çalışmada kullanılan araçlardan GHQ dünyada oldukça yaygın kullanılan bir ölçektir. Bizim kullandığımız 12 soruluk şeklinin morbidite ölçen soruluklarla korelasyonu ortalama 0.70 olarak bildirilmiştir (Tablo-10). Ayrıca O. Gureje'in çalışmasında GHQ-12'nin iç tutarlılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (49). CIDI'nin ise Türkçe versiyonu Hacettepe Üniversitesi'nde hazırlanmış ve kullanılmaktadır. CIDI'nin geçerliliği ile ilgili rakamlar gerek ve yöntem bölümünde verilmişti. Ayrıca biz, araştırmamıza başlamadan önce yaptığımız pilot çalışmada CIDI'nin seçicilik ve duyarlılığını psikiyatristin yaptığı klinik görüşme referans kabul edildiğinde oldukça yüksek bulduk (Tablo-9). Özetle çalışmada kullandığımız ölçekler oldukça güvenli ölçeklerdir ve bu durum çalışmamızın bulgularını güçlendirmektedir. Buna karşılık çalışmamız CIDI ile ya da genel olarak ölçek kullanımı ile ilgili bazı kaygıları da gündeme getirmektedir.

Ruhsal hastalıklar birbirinden kesin çizgilerle ayrılamamaktadır, dolayısı ile ölçek kullanırken ruhsal bozukluğu olan hastalar birden çok tanı alabilmektedir. Oysa epidemiyolojik çalışmalarda vakaların oldukça iyi ve kesin sınırlarla saptanması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda da vakaların yarısından fazlası birden fazla tanı aldılar. Biz tek bir tanı için karar verirken, kişinin hangi belirtilerden daha fazla rahatsızlık duyduğunu sorduk. Burada hastalar somatizasyon tanısını koyduran bedensel belirtilere daha fazla önem vermiş olabilirler ve belki de biz bu yüzden bir

kısım depresyonluyu somatizasyon olarak değerlendirmiş olabiliriz.

Hastalara birden fazla ruhsal tanı koymasının yanında çalışmamız ölçeklerin fiziksel bir hastalığı olanlarda, sanki ruhsal hastalık da varmış gibi sonuç verip vermediği sorusunu da akla getirmektedir. Çünkü GHQ ile CIDI oldukça uyumlu olmasına karşın genel pratisyenin tanıları ile ölçekler arasında bazı uyumsuzluklar göze carpmaktadır. Bu uyumsuzluk özellikle genel pratisyen hekimin fiziksel bir tanı koymuş olduğu hastalarda belirgindir. Acaba fiziksel hastalığı olanlarda genel pratisyen hekim ruhsal vakaları mı atlamaktadır, yoksa fiziksel hastalığı olanlarda ölçekler yanlışlıkla ruhsal tanı mı koymaktadır. Bizim çalışmamızda bu sorunun yanıtını vermek olanaklı değildir. CIDI ile ilgili güvenilirlik çalışmalarında oldukça iyi sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte, fiziksel bir hastalığı olanlarda bu ölçeğin koyduğu tanıların geçerliliği ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Bizim yaptığımız pilot çalışmada da hastaların hepsi psikiyatri kliniğine başvuran kişilerdi. Yani bir bakıma fiziksel hastalığı ekarte edilmiş ve hatta kendisinde ruhsal bir hastalık olduğunu kabul etmiş hastalardı.

Sonuç olarak ruhsal bozukluk ölçen ölçeklerin fiziksel bir hastalık tanısı almış kişilerde nasıl sonuç verdiğini gösteren daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Bizim çalışmamızda CIDI, referans test olarak kabul edilmiş ve bunun getirebileceği hatalar yeri geldikçe tartışılmıştır.

Kişisel, Sosyal, Ekonomik ve Demografik Değişkenler:

Çalışmamızda sağlık ocağına kadınlar erkeklere göre daha çok başvurmuşlardır. Bu durum sağlık ocağında verilen hizmetlerin ana-çocuk sağlığı konusunda ağırlıklı olmasından ve sağlık ocağının ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Daha önceki bazı çalışmalarda da başvuruya ait benzer veriler bulunmaktadır (2). Zaten Ahatlı sağlık ocağı kayıtlarına göre de kadınlar sağlık ocağını erkeklere göre daha fazla kullanmaktadırlar (96).

Anastırmaya katılanların yaş durumu Ahatlı geneline uyum gösterirken (Tablo-6 ve-11) medeni durum (Tablo-7 ve-12) ve eğitim durumunda (Tablo-8 ve-13) bazı farklılıklar vardır. Ancak bu farklılıklar genelleştirmeyi engelleyecek kadar fazla değildir.

Çalışma evreninin %76'sının bölgeye göç ile geldiği görülmektedir (Tablo-14). Aslında Ahatlı bir göç bölgesidir ve yaklaşık olarak tüm Ahatlı yerleşimi göç kabul edilebilir. Ancak ilk yerleşimler uzun yıllar önce ve genellikle de Antalya'nın köyleri ve ilçelerinden olmuştur. Dolayısı ile bu kişiler kendilerini bölgenin yerlisi olarak tanıtmışlardır. Göçle gelenlerin büyük bir kesimi de (%53.9) kırsal kesimden gelmişlerdir (Tablo-14). Böylece çalışma evreni, genel olarak kırdan kente göç edenlerden oluşmuş kabul edilebilir.

Kadınlarda GHQ'dan yüksek skor alma oranı erkeklerden çok daha yüksek görülmektedir (Tablo-16). Ayrıca CIDI'den

tanı alanlar da çoğunlukla kadınlardır. Genel popülasyonda zaten psikiyatrik hastalıkların kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren kaynaklar vardır (4,8,11,25,50,51,53,56, 65,83,93,100). Bunun yanında Ahatlı bölgesinin sürekli göç alan bir bölge olması ve bölgeye yeni gelenlerde aile yapısının değişmesiyle birlikte özellikle kadınlar bu yapı içinde kendilerine yeni bir kimlik arayışı içine girmişlerdir. Kadınların daha önce ev işleri, çocuk bakımı, evin erkeğine hizmet ve evde bulunan diğer akrabaları memnun etme rolü aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi ile değişmiştir ve kadınlar daha önce farkında olmadıkları fakat şu anda etrafından görerek benimsedikleri "aile içinde söz sahibi olmak" için savaşım içine girmişlerdir. Toplumsal rollerin değişimi, statü değişikliği gibi etkenlerin de psikiyatrik hastalıkların gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle Ahatlı bölgesinde, özellikle kadınlarda, psikiyatrik hastalık görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksek olabilir.

Erkeklerle kadınların psikiyatrik hastalık görülme hızındaki farklılığın yanı sıra bilinmektedir ki psikiyatrik hastalığı olanlar arasında da kadınların sağlık kurumuna başvurusu erkeklerden fazladır (24,42,52,122). Yani sağlık kuruluşlarında kadın psikiyatrik hastaya rastlama olasılığı, erkek psikiyatrik hastaya rastlama olasılığından çok daha fazladır. Dolayısı ile bizim birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar arasında yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuç bu bilgilere uygunluk göstermektedir.

Çalışma evrenindeki bazı sosyodemografik risk faktörleri GHQ skorunun yüksek olmasında etkili bulunmuştur. Bu risk faktörleri genel toplumda gördüğümüz ve daha önceki çalışmalarda da belirlenenlere benzerlik göstermektedir. Sosyodemografik değişkenlerle ruhsal hastalık ilişkisini gösteren çalışmalardan genel bilgiler bölümünde değinmiştik. Çalışmamızda GHQ skorunun yüksek olması, dul-ayrı-bosanmış olma ile, okur-yazar olma ve daha düşük eğitim düzeyi ile, evde yaşayan kişi sayısının beş ve beşden fazla olması ile ve sosyoekonomik durumun kötülüğü ile ilişkili bulunmuştur (Tablo-16,-18,-19,-22). Ancak bu faktörlerin bazıları birbiri ile etkileşebilecek olan faktörlerdir. Örneğin, eğitim düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı ve sosyoekonomik durum değişkenleri birbiri ile ilgili değişkenlerdir. Bu yüzden GHQ skorunun yüksek bulunması ile ilgili faktörlerin hepsinin ayrı ayrı GHQ skoruna etki ettiğini söylemek yanlış olacaktır. Bu faktörlerden hangisi ya da hangilerinin GHQ'ya gerçekten etki ettiğini göstermek için kullandığımız log-lineer model sonucu çalışmamız evreni için iki değişken ortaya çıkmıştır. Bunlardan birincisi evde yaşayan kişi sayısının beş ve beşden fazla olması, ikincisi ise sosyoekonomik düzey olarak belirlenmiştir. Bu bulgu G.Brown ve ark.'nın çalışmasındaki evde yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyon olasılığının arttığını bildiren bulgusu ile uygunluk göstermektedir (23).

CIDI'den Alınan Tanılar:

Bu bölümde önce CIDI'den alınan tanılarla ilgili bulgular maddeler halinde anımsatılacak, daha sonra kısa bir ön bilginin ardından bu bulguların nedenleri ve sonuçları tartışılacaktır.

- Çalışmamızda ikinci görüşmeye alınan grupta (94 kişi);
- 1) Tanı alanların (51 kişi) büyük çoğunluğu birden fazla psikiyatrik hastalık tanısı almışlardır (%62.8),
 - 2) En sık görülen ruhsal hastalık somatizasyon olarak belirlenmiştir (Şekil-1), Birinci basamakta en sık görmeyi beklediğimiz depresyon oldukça az görülmüştür,
 - 3) Fiziksel ve ruhsal hastalık yüksek oranda birlikte bulunmuştur (Tablo-24),
 - 4) Daha önce sağlık ocağına başvurma ve tekrarlayan başvurular en çok somatizasyon tanısı alanlardadır (Tablo-25 ve Tablo-26).

Psikiyatrik hastalıkların karşımıza oldukça karmaşık bir semptom örüntüsü ve tanı çeşitliliği ile çıktığı bilinmektedir. Bu görüntü yöreden yöreye ve kültürden kültüre farklılıklar da göstermektedir. Belirtiler bazen sadece ruhsal olabilmekle birlikte çoğu zaman hastalar psikiyatrik semptomlardan çok bu semptomların somatize edilmiş şekli ile karşımıza gelebilmektedirler. Öte yandan kişide aynı anda hem fiziksel hem ruhsal bozukluk bulunabilmekte ya da birden fazla ruhsal bozukluk aynı anda görülebilmektedir. Hatta bazen kişi kendindeki ruhsal bozukluğu bir bozukluk olarak kabul etmeyip hekime hiç başvurmamakta ya da başka nedenlerle

başvurduğunda ruhsal rahatsızlığından hiç bahsetmemektedir (17,22,30,43,45,54,61,62,68,74,79,92,106).

Ruhsal ve fiziksel hastalık ilişkisi genel olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır: (106)

1) Fiziksel hastalığa ikincil olan ruhsal hastalık.

1. Tüm somatik semptomlar fiziksel hastalığa atfedilebilir.
2. Ruhsal hastalık tedavisi fiziksel semptomları ortadan kaldırmayacaktır.
3. Ruhsal hastalık fiziksel hastalık dışında kendini göstermeyecektir.

2) Birbirinden bağımsız fiziksel ve ruhsal hastalık.

İkisi arasında etyolojik bağlantı yoktur, birinin tedavisi diğerini etkilemeyecektir.

3) Bedensel yakınmayla gelen ruhsal hastalık.

1. Başvuru yakınması fizikseldir.
2. Hasta tüm şikayetini fiziksel hastalığa bağlar.
3. Ruhsal bir hastalık (DSM-III) vardır.
4. Ruhsal hastalık tedavisi fizik semptomları etkileyecektir.

4) Tamamen ruhsal hastalık.

Hem somatik olmayan semptomlar vardır hem de hasta somatik semptom varsa bile bunların psikiyatrik hastalığın bir parçası olduğunu bilir.

Bizim çalışmamızda kullandığımız CIDI'de, her bir belirti için kullanılan ve "belirtinin tıbbi açıklaması var" anlamına gelen "4" kodlaması ile, yukarıdaki sınıflamada belirtilen ve birinci grupta yer alan "fiziksel hastalığa ikincil olan ruhsal hastalık"lar ekarte edilmektedir. Bir anlamda bizim tanı koyduğumuz vakalar arasında fiziksel hastalığa ikincil olan ruhsal hastalıklar bulunmamaktadır.

Çalışmamızda ruhsal bozuklukların yüksek oranda bir arada bulunması Münih takip çalışması sonuçları ile

benzerdir. Bu çalışmada da çoğu bozuklukların en az iki tanıya sahip olduğu (%69'u), en sık komorbiditenin ise anksiyete/depresyon olduğu bildirilmiştir (118). Yine Brown FW. ve ark.nın çalışmasında somatizasyon %54.6 oranında depresyonla, %33.6 oranında anksiyete ile, %31.1 oranında fobik bozuklukla birlikte olduğu bulunmuştur (22). Bu çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Yani ruhsal hastalıklar yüksek oranda bir arada bulunabilmektedirler. Ruhsal bozuklukların çok sık birlikte bulunabilmesinde bu tür bozuklukların kesin sınırlarla birbirinden ayrılamaması da bir etken olabilir. Araştırmalarda kullanılan ölçekler ya da klinik görüşmeciler, bir belirtinin hangi bozukluğun bulgusu olduğuna karar vermekte güçlük çektiğinden, çoğu hastaya birden fazla tanı koyulabilmektedir. Bu konuyu çalışmada kullanılan araçlar bölümünde tartışmıştık.

Çalışmamızda ruhsal bozuklukların en sık somatoform bozukluk şeklinde karşımıza çıkması Çin ve Afrika Grubundaki görülme şekline benzemektedir (16,50,63). Bedensel yakınmalar daha fazla ilgi çekebilen yakınmalardır. Bu yüzden genellikle toplum tarafından hastalık olarak bile kabul edilmeyen psikiyatrik hastalıkların çoğu, kendini psikiyatrik yakınmalarla değil bedensel belirtilerle göstermektedir. Bu durum özellikle gelişmekte olan toplumlarda belirgindir. Batılı ülke kültürlerinde ise ruhsal bozukluklar kendini daha çok psikiyatrik semptomlarla göstermektedir. Ruhsal bozuklukların kendini bedensel yakınmalarla göstermesi

ve/veya fiziksel hastalıkla birlikte bulunması ile ilgili Goldberg (1989)'in çalışmasının sonuçları Tablo-36'da gösterilmiştir (106).

Tablo-36: Birinci Basamak Hastalarında Psikiyatrik ve Fiziksel Hastalık Arasındaki İlişki

	Yeni hastalıkla gelen tüm hastalar %	Psikiyatrik bozukluğu bilinen hastalar %
*Hiç psikiyatrik hastalığı olmayan	66.9	---
*Fiziksel hastalığa bağlı ruhsal hastalık	1.1	3.2
*Birbirinden bağımsız fiziksel ve ruhsal hastalık	8.1	24.4
*Somatizasyon	18.8	57.0
*Tamamen ruhsal hastalık	5.1	15.4
TOPLAM	n=590 %100.0	n=195 %100.0

Kaynak no:106

Bu tabloya göre ruhsal hastalıkların çoğu somatizasyon ve birbirinden bağımsız fiziksel ve ruhsal hastalık şeklinde görülmüştür ki bu durum bizim çalışmamıza benzerdir.

W.Katon (1987)'in çalışmasında birinci basamaktaki en genel psikiyatrik bozukluğun major depresyon olduğu (%6-10) buna rağmen bunların çoğunun tanı almadan ya da yanlış tanı alarak takip edildikleri, depresyonlu bir çok hastanın özellikle depressif sendromun somatik komponentleri üzerinde odaklandıkları ve hatta affektif ve kognitif semptomları yalanladıkları belirtilmiştir (61). Yine M.Dhaphale ve ark.'nın Kenya'daki çalışmasında birinci basamağa başvuran 881 hastanın %9.2'sinde depresyon bulunduğu ve bunların hemen hepsinde somatik semptomlar olduğu bildirilmiştir (34). Bizim çalışmamızda W.Katon ve M.Dhaphale'in bulgularını hem destekleyen hem de ters düşen yönler vardır. Çalışmamızda

birinci sırayı depresyon değil somatoform bozukluk almıştır, ancak büyük olasılıkla hastalar somatik şikayetlerinin altındaki depressif bulguları gizlemişler ya da daha az önemsemişlerdir. Bu bakımdan belki de biz bir kısım depresyonluyu somatoform bozukluk olarak değerlendirme durumunda kaldık. Çünkü, tartışmanın "çalışmada kullanılan ölçekler" bölümünde de değinildiği gibi, hastaların büyük bir çoğunluğu CIDI den birden fazla tanı almıştı ve biz tek bir tanı için karar verirken kişiye "kendisini en çok rahatsız eden belirtilerin hangisi olduğunu" sorarak karar verdik. Burada hastalar somatik belirtilere daha fazla önem vermiş olabiliyorlardı. Depresyon epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ilerki yıllarda depresyon sayısının artacağı, depresyon tanı oranının artacağı bunlara bağlı olarak gerçek depresyon prevalansının da yükseleceği söylenmektedir (86).

Çalışmamızda en sık karşımıza çıkan bozukluk nicin somatizasyon olmuştur? Bu sorunun yanıtlarını şu şekilde özetleyebiliriz; 1) Çalışma yaptığımız bölgenin özellikleri ruhsal bozuklukların bedensel belirtilerle kendini gösterdiği Çin ve Afrika grubu ülkelerle benzeşiyor olabilir, 2) En sık görmeyi beklediğimiz depresyon kendini daha çok bedensel belirtilerle gösteriyor olabilir veya hastalar bedensel belirtilere daha çok önem veriyor olabilir, 3) Sağlık ocağına başvuranlar daha çok ruhsal bozukluğunu bedensel yakınmalarla göstermeye eğilimli hastalar olabilir. Ruhsal yakınmalarını ön plana çıkaran hastalar sağlık ocağına daha az başvuruyor olabilir.

Bunların yanında çalışmamızda somatizasyonun ön plana çıkmasının nedenlerinden biri de çalışma evrenimizde kadınların çoğunlukta bulunması olabilir. Kadınlarla erkeklerde ruhsal bozukluk türlerinin farklı olduğu zaten bilinmektedir. Örneğin madde kötü kullanımı bir çok çalışmada en sık bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (105,118,122). Bizim çalışmamızda alkol alımı değerlendirilmedi. Çünkü alkol kullanımı erkeklerde daha sık görülen bir bozukluktur (99, 105,118,122) ve bizim çalışmamızda sağlık ocağına başvuranlar çoğunlukla kadınlar olduğu için alkol kullanan sayısını da çok az bulacağımızı biliyorduk.

Çalışmamızda en sık karşımıza çıkan somatizasyon hastalarının özellikleri nelerdir? Bizim çalışmamızda somatoform bozukluk tanısı alanlarla diğer tanıları alanlar arasında kişisel ve sosyodemografik değişkenler (yaş, göç durumu, medeni durum) bakımından fark bulunmamıştır. Somatoform bozukluğu olanlarda eğitim düzeyi ve evde yaşayan kişi sayısı diğerlerine göre biraz düşük görünse de aradaki fark anlamlı değildir. GHQ skoru açısından da fark yoktur. Başvuru yakınmaları ise daha çok fiziksel hastalıkla ilgili belirtiler ve açıklanamayan bedensel belirtilerdir. Yine tekrarlayan başvurular somatizasyon hastalarında daha fazladır.

Somatizasyon hastalarının özelliklerini inceleyen diğer bazı araştırmalarda ise (18,19,43,77,102,103,120) özetle şu sonuçlar elde edilmiştir;

1) Somatizasyon gösteren hastalar psikolojik semptom

gösterenlere göre ruhsal hastalıklara daha az hoşgörülü yaklaşılmakta, daha az sosyal stres belirtmekte ve çoğu doktora başvurmadan önce tıbbi bakım görmekte-dirler (19). Bizim çalışmamızda da daha önceden tıbbi bakım görme somatizasyon için en belirgin bulunmüstü (Tablo 25),

2) Somatizasyon gösteren ve psikolojik semptom gösteren hasta gruplarının izlemlerinde prognoz yönünden fark yoktur. Bu çalışmalara göre hem somatizasyon gösterenler hem de psikolojik semptom gösterenler izlemede yapılan testlerden benzer skorlar almaktadırlar (120).

3) Psikosomatik belirtilerini ön plana çıkartan hastaların daha hafif vaka olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (19, 120).

4) Somatizasyon gösteren hastalara, diğerlerine göre, hekimler tarafından daha az tanı konmaktadır (18,43).

5) Hekimler bu tür hastalara diğerlerinden daha az zaman ayırmakta ve daha az sevk etmektedir (17,102,103). Buna karşılık depresyon, anksiyete gibi bozukluklar hekimlerden daha gerçekçi tanımlar almakta ve daha iyi tedavi edilmektedirler (43,77,103).

Bu tür hastaların prognozu ve hekimlerin tanısı ile ilgili tartışmalara daha sonraki bölümlerde yer verilecektir. Somatizasyon gösteren hastaların hafif vakalar olduğunu bildiren Bridges ve Wright'ın verilerine göre (19,120) bir değerlendirmede bulunduğumuzda ise aklımıza "acaba bizim vakalarımızın çoğunluğu hafif vaka mıydı" sorusu gelmektedir. Bizim çalışmamız vakayı hafif ya da ağır diye ayırmadığından

bu konuda kesin bir şey söylememiz olanaklı değildir.

Çalışmamızda CIDI'den tanı alanların tanı almayanlara göre sağlık ocağına daha fazla başvuruda buldukları ve tekrarlayan başvurularda en göze çarpan bozukluğun da somatizasyon olduğu bulunmuştur (Tablo-25,-26). Buna karşılık depresyon tanısı alanların sağlık ocağına başvurusu oldukça düşüktür (0.7). Wright psikolojik problemini açıkça ifade eden hastaların genel pratisyeni daha sık ziyaret ettiğini belirtmiştir (120) ki bu bizim bulgularımız ile ters düşmektedir. Burada yine CIDI'nin tanı koyma yönteminin bu bulguyu etkileyebileceğini düşünebiliriz. Ancak Türkiye'de yapılan bir çalışmada depresyonun çoğunlukla hastalık olarak kabul edilmediği belirtilmiştir (87). Böyle bir toplumda doğal olarak depresyonlu kişinin sağlık ocağına başvurusu da kısıtlı (ya da daha az) olacaktır. Kazan bölgesinde yapılan, depresyon prevalansı ve depresyonluların sağlık ocağını kullanımı araştırması da bu varsayımımızı güçlendiren bir çalışmadır (100). Kazan çalışmasında toplumda saptanan depresyonluların çok az bir kısmının sağlık ocağına başvurduğu bildirilmektedir. Bizim çalışma yaptığımız bölgede de benzer bir durum olabileceğini varsayarsak, sağlık ocağına başvuranlarda "depresyonlu sayısı"nı az bulmamız ve depresyonlularda "tekrarlayan başvurular"ı az bulmamız beklenen bir sonuctur. Bölgemizde depresyon, kendini somatize şikayetlerle göstermediği zaman hastalık olarak kabul edilmiyor olabilir.

Çalışmamızda CIDI'den tanı alanlarda en sık saptanan

belirtiler klasik bilgilere uygunluk göstermektedir. Depresyonda, depressif duygu durumu, iştah kaybı, uykuya dalmada güçlük ve kendini değersiz hissetme sırasıyla en sık belirtiler olarak görülmüştür. Anksiyetede ise kendini huzursuz hissetme, sürekli sinirlilik ve uykuya dalma güçlüğü en sık belirtilerdir ve somatoform bozukluk tanısı alanlarda başağrısı, hissizlik-keçeleşme, yorgunluk dışında çarpıntı ve kulak çınlaması-uğultu en sık belirtiler olmuştur. Somatik belirtiler için (örneğin baş ağrısı, ekstremitelerde hissizlik v.b.) aslında bir takım tetkikler yapılması faydalıdır. Ancak çalışma sırasında sağlık ocağı şartlarında böyle bir olanak sağlanamamış, bu tip şikayetlerin tıbbi açıklamasının olup olmadığını saptamak için her bir belirti ayrıntılı şekilde soruşturulmuş ve muayene yapılmıştır. Tıbbi açıklaması olan belirtiler "belirti" olarak kabul edilmemiştir.

Pratisyen Hekimin Tanıları:

Pratisyen hekimin ruhsal bozukluk tanısı koymadaki seçicilik ve duyarlılığı CIDI'ye göre sırasıyla %91 ve %53 bulunmuştur. Yani genel pratisyen gerçekte ruhsal bozukluğu olanların %53'üne tanı koymakta buna karşılık ruhsal bozukluğu olmayanların %9'una ruhsal bozukluk tanısı koymaktadır. Buna göre genel pratisyenin ruhsal bozukluk tanısı koymadaki seçiciliğinin yüksek, duyarlılığının ise düşük olduğu söylenebilir. Genel pratisyenin tanı koyma oranı ile ilgili bu bulgumuz diğer ülkelerdeki çalışma sonuçları ile benzerdir (20,43,50,54,61,78,88). Hatta Harding ve ark.'nın 4 bölgede yaptığı çalışmada (54) sağlık çalışanı

ile tarama ölçeği arasındaki seçicilik ve duyarlılık %92.7 ve %36.8 bulunmuştur (54,106). Yani bizim çalışmamızdaki genel pratisyenin duyarlılığı Harding ve ark.larının çalışmasında belirlenenden daha yüksektir. Burada tekrar anımsatmakta yarar vardır ki, bizim çalışmamızda genel pratisyen, "ruhsal sorunu yok" dediği (CIDI'den ise tanı alan) 23 hastanın 15'inin (%65) aslında ruhsal bir bozukluğu da olabileceğini fark etmiştir. Ancak bunları "hasta sayılmaz (subklinik)" olarak tanımlamış ve vaka olarak belirtmemiştir. Buradan çıkan sonuç genel pratisyenlerin aslında ruhsal sorunları oldukça yüksek oranda tanıyabildiğidir ve bu bulgu J.M.Bensing, P.Beerendonk'ın videoteyple yapılan çalışmasının sonuçları ile uyumludur (15). Bu çalışmada da sorunlar tek seansta tartışılmasa da genel pratisyenin aslında kişide var olan ruhsal bozukluğu farketmediği belirtilmiştir.

Ayrıca genel pratisyen hastanın şikayetlerini dinleyip bu şikayetlere yönelik muayene yapmakta, dolayısı ile hastanın birinci derecede önem verdiği hastalığını bulmaktadır. Bir anlamda hastanın istekleri konulan tanıyı etkiliyor olabilir. Genel pratisyenin ruhsal hastalığın varlığını farketmediği, ancak daha çok hastanın taleplerine göre hareket ettiği Verhaak'ın çalışmasında da üzerinde durulan bir durumdur (102).

Genel pratisyenin gördüğü 94 hastadan, genel pratisyene göre, 2 kişi sadece ruhsal belirti, 23 kişi ruhsal bozukluğa bağlı bedensel belirti, 5 kişi açıklanamayan bedensel belirtiler ile başvurmuşlardır. Sözü geçen toplam 30 hastada

genel pratisyen ve CIDI'nin ruhsal tanı koyma yüzdeleri birbirine oldukça yakın olmakla birlikte geri kalan 64 hastada (fiziksel hastalığa bağlı bedensel belirtilerle başvuran hastalarda) genel pratisyen ve CIDI'nin ruhsal tanı koyma oranları birbirinden farklıdır (Tablo-32). Bu gruptakiler için genel pratisyen, CIDI'ye göre daha az ruhsal bozukluk tanısı koymuştur. Yani burada ya genel pratisyen hastada fiziksel bir hastalık bulunduğu birlikte bulunan yatan ruhsal hastalığı atlayabilmektedir ki bu durum bazı kaynaklarda genel pratisyenin tanı oranını düşüren nedenlerden biri olarak gösterilmektedir (43,106), ya da "ölçek kullanımı" bölümünde de tartıştığımız gibi CIDI, fiziksel hastalığı olanlarda daha kolay ruhsal tanı koyabilmektedir. Bizim çalışmamızda "ruhsal bozukluk vakalarının atlanması genel olarak fiziksel hastalıkla birlikte görüldüğü durumlarda olmaktadır" denilebilir. Ana başvuru şikayeti ile ruhsal hastalık ilişkisini çalışan bazı araştırmalarda fiziksel belirtilerle gelen bir çok hastada ruhsal bozukluk bulunduğu gösterilmiştir. MK.Chung ve DE. Kraybill ana başvuru şikayeti baş ağrısı olan hastaların %63'ünde depresyon olduğunu bildirmiştir (27). Bu konudaki en önemli araştırmalardan biri sayılabilecek olan ve 4 gelişmekte olan ülkede yapılmış Climent ve ark.'nın çalışmasının sonuçları ise Tablo-37'de gösterilmiştir (28).

Tablo-37: Birinci Basamaktaki Hastaların Başvuru Nedenlerine Göre Ruhsal Bozukluk Sıklıkları

Basvuru Nedeni	Hasta Sayısı	Ruhsal Bozukluk Sıklığı (%)
Baş ağrısı	174	22.4
Karın ağrısı	147	21.8
Ateş	118	13.6
G.O.S. şikayetleri	111	15.3
Öksürük	103	17.5
Ante-postnatal bakım	76	7.9
Sırt ağrısı	71	16.9
Zayıflık-halsizlik	69	34.8
Göğüs ağrısı	65	23.1
Aile planlaması	52	23.1
Baş dönmesi	47	36.2
Genel vücut ağrısı	41	24.2

Kaynak no:28

Yani birinci basamak hekimi fiziksel yakınma ile gelenlerde ruhsal bozukluk yönünden de dikkatli olmalıdır. Psikiyatrik bozukluğu olanların daha çok tıbbi hastalık hızına sahip olduklarını bildiren çalışmalar (62) da göz önüne alınacak olursa, sonuçta ruhsal hastalıkları fiziksel komponentten ayırmanın, çoğu zaman hekimin yanlış karar vermesine yol açabileceği düşünülebilir.

Bridges ve Goldberg'in somatizasyonla ilgili çalışmasında (18,48,106) hastalar doktora psikolojik şikayetlerle geldiğinde psikiyatrik tanı alma şansı %95 iken, bunaltısını bedensel olarak gösteren hastalarda doktorun bu rahatsızlığı tanıma oranı %47 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada psikiyatrik hastalıkların tanınma hızı, eğer kaside herhangi bir fiziksel hastalık yoksa %85 bulunmuş, ancak bilinen bir fiziksel hastalık varlığında bu oran %33'e düşmüştür. Bizim çalışmamızda genel pratisyenin gördüğü

büyük kısmında genel pratisyen fiziksel bir hastalık da saptamıştı. Yani genel pratisyenin ruhsal bozukluğu olanları tanıma oranını düşürecek tüm etkenler vardı. Bütün bunlar göz önüne alındığında çalışmamızda genel pratisyen hekimlerin genelde olması beklenenden daha yüksek oranda tanı koymuş olduğu düşünülebilir. Bu durum nasıl açıklanabilir? Genel pratisyenin tanı koyma oranının yüksekliğini iki nedene bağlayabiliriz; 1) Çalışmamıza katılan genel pratisyenler mesleklerinde süre olarak uzun yıllar çalışmış ve oldukça tecrübeli hekimlerdir, 2) Sağlık ocağında böyle bir çalışma yapıldığını bildiklerinden ruhsal hastalık yönünden daha dikkatli davranmış olabilirler.

İkinci varsayımın doğru olduğu düşünülemez, çünkü bu faktör genel pratisyenin tanı oranının araştırıldığı her çalışmada bulunan bir durumdur. Buna karşılık ruhsal bozukluklarda tanı oranı yüksek olan hekimlerin özelliklerinin incelendiği Marks J. ve ark. (1979)'nın çalışmasında ruhsal bozuklukları tanıyabilmenin belirleyicileri olarak hekimin kendine ait beceri ve davranış biçimleri üzerinde durulmuştur (71). Belki de bizim çalışmamıza katılan genel pratisyen hekimler bu özelliklere daha fazla sahiptiler.

Çalışmamızda GHQ skoru ölçümünün CIDI ile uyumu genel pratisyen ile olan uyumundan daha iyi bulunmuştur (Tablo-30). GHQ ve CIDI yapılandırılmış ölçeklerdir ve çalışmada kullanılırken her bir hasta sadece ruhsal bozukluk yönünden değerlendirilmiştir. Yani hastada ruhsal bozukluk yanında

fiziksel hastalık da bulunduğu durumlarda hangisinin daha ön planda olduğuna bakılmamıştır. Kişi fiziksel hastalığı olsun ya da olmasın, sadece "ruhsal hastalık var" ya da "ruhsal hastalık yok" şeklinde değerlendirilmiştir. Dolayısı ile hastanın ilk ve ana yakınmasını dinleyen ve buna yönelik muayene yapan genel pratisyen hekimin fiziksel hastalıkla birlikte bulunan ruhsal bozukluğu farketme olasılığı zaten ölçeklerdekenden daha azdı. Buna göre de iki ölçeğin (GHQ ve CIDI) uyumunun, genel pratisyen ile GHQ uyumundan daha iyi olması beklenen bir sonuçtur.

Burada genel pratisyen hekimin yapılandırılmış ölçekleri kullandığında daha iyi tanı koyup koyamayacağı sorusu akla gelmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi skalaların tanı koyma oranını artıracak acıktır. Ancak skalaların pratikte kullanımının kolay olup olmadığı ve/veya zaman sorunu yaratıp yaratmayacağı belli değildir. Bizim çalışmamızda kullandığımız GHQ soruluğu oldukça kısa sürede uygulanabilen ve eğitim düzeyi iyi olanların kendilerinin doldurabileceği bir soruluktur. CIDI ise oldukça fazla zaman alan ve tıp eğitimi almış biri tarafından uygulanabilen bir görüşme ölçeğidir. Ayrıca genel pratisyenin, hastasına CIDI'nin uygulanma süresi kadar zaman ayırması durumunda zaten ruhsal bozukluğu farketme şansı çok artacaktır. Bu bakımdan CIDI'nin daha çok araştırma tarzındaki görüşmelerde standardizasyonun sağlanması için kullanılması önerilebilir. GHQ ise alt yapısı ve personel sayı ve niteliği uygun olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında kolaylıkla uygulanabilecek bir

ölçektir. Böyle bir ölçeğin uygulanması ile hekim, kendine başvuran hastada (başvuru yakınması ne olursa olsun) bir ruhsal bozukluk olasılığının varlığını bilerek hareket edecek, kişide fiziksel bir hastalık bulsa bile anamnezde ruhsal bozukluklarla ilgili sorular da sormuş olacaktır. Yine SRQ ve CIS gibi sorulukların da geliştirmekte olan ülkelerde yardımcı sağlık personeline kullanılabileceğini bildiren çalışmalar (69,90) ve soruluklar kullanılmasının genel pratisyenin tanısını artıracacağını bildiren çalışmalar (91,98) vardır. Fiziksel belirtilerle başvuranlarda ruhsal bozukluk oranının yüksek olduğunu bildiren çalışmalardan bahsederken bu tür hastalarda dikkatli davranmasının genel pratisyen hekimin tanı oranını artıracığından söz etmiştik. Tanı oranını artırabilecek uygulamalar için bulduğumuz bazı ipuçları diğer bazı çalışmalarda da vardır (98). Bunlar; 1) Birinci basamakta en sık görülen bozuklukların açık ya da gizli bir biçimde görünen en sık semptomlarını bilmek, 2) Psikolojik bozukluklardan şüphelenildiğinde rutin ölçekleri (sorulukları) hastaya vermek, 3) Ölçeklerde yer alan soruları hastaya sormak, 4) Psikiyatristlerle iyi bir ilişki kurmak.

Bizim çalışmamızda ayrıca kişinin kendi kendinin sağlığını değerlendirmesinin de ruhsal bozukluk yönünden değerli olduğunu bulduk. Genel pratisyen, kişinin kendi kendisi hakkındaki "ben kendimi kötü hissediyorum" şeklindeki değerlendirme göz önüne alındığında daha iyi tanı koyabilecek ya da böyle bir ifade hekime yön verebilecektir.

Subjektif değerlendirmenin ruhsal bozukluklara ışık tuttuğunu bildiren çalışmalarda böyle bir ölüm ile ruhsal hastalıklar, sosyoekonomik durum ve demografik veriler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (59).

Tüm bunların yanında DSÖ, ruhsal hastalıkların tanınmasında akış şeması türünde izleme kartlarının (flow chart) birinci basamakta kullanılmasının yararlı olacağını önermekte ve bununla ilgili çalışmalarını sürdürmektedir.

Hastaların Prognozu:

Her ne sebeple olursa olsun tüm dünyada genel pratisyenlerin ruhsal sorunu olan hastaların yaklaşık olarak ancak yarısını "vaka olarak" tanımladıkları görülmektedir. Acaba tanı konmayan hastalar ne olmaktadır? Tanı konanlarla konmayanlar arasında kişilerin ilerki yaşamlarında farklılık var mıdır? Bizim alışmamızda bu tür bir veri elde edemedik nk, bu ancak bir izleme çalışması ile yapılabilirdi. Ancak tanı konmayan hastalarda bunun etkilerini araştıran diğer çalışmalara göre tanı konmayan hastalarda düzelmenin tanı konanlara göre daha az olduğu bilinmektedir (76) ve tanı konmayan hastaların zarar görmesindeki bu farklılık vakanın hafif ya da şiddetli olmasına göre değişmemektedir (76). Sadece tek bir çalışmada (Johnston & Goldberg) bu farklılığın sadece şiddetli vakalarda belirgin olduğu orta derecede vakalarda ise izlemede anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (60). Yani vaka hafif ise tanı konması ya da konmamasının bir şey değiştirmediği söylenmiştir. Burada somatizasyon gösteren vakaların daha hafif vakalar olduğunu bildiren iddialar (19,

120) önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızdaki vakaların çoğu somatik şikayetlerini ön plana çıkarmışlardı. Daha önce de değindiğimiz gibi "eğer bizim vakalarımız hafif vaka" ise Johnston ve Goldberg'in bulgularıyla tartıştığımızda "genel pratisyenin ruhsal bozukluğu olanların bir kısmını atlaması çok önemli sonuçlara (ya da patolojilere) yol açmayacaktır" sonucuna varabiliriz. Buna karşılık hafif ve ağır vakalar, ve somatik şikayeti olan hastalar ile psikolojik şikayeti olan hastalar arasında prognoz yönünden farklılık olmaması bizi böyle bir yargıdan uzaklaştırmaktadır. Yani ister hafif vaka ister ağır vaka olsun bütün tanı konmayan hastaların ileriki yaşamlarında zarar görecekları açıktır.

Pratisyen Hekimin Hastaları Tedavisi:

Genel pratisyenin "ruhsal hastalık var" dediği hastaları sevk oranı %17 (5 kişi) dir. Bu oran, bu tür hastalardaki ortalama sevk oranından (%5-10) yüksektir. Ahatlı Sağlık Ocağının diğer tüm hastalar için sevk oranı ise %10 dolayındadır. Buna göre genel pratisyen ruhsal bozukluğu olan hastaları diğerlerine göre daha fazla sevk etmektedir. Ancak sevk edilen kişi sayısının 5 olması bu oranın yüksekliği konusunda bir yargıya varmamızı güçleştirmektedir. Ayrıca genel pratisyenin gördüğü hastalar bizim ikinci görüşmeye aldığımız hastalardır ve bu hastaların GHQ skoru ortalaması 4.13 iken sağlık ocağına başvuranlar evreninin GHQ ortalaması 1.81'dir. Yani bizim ikinci görüşmeye almadığımız hastalar arasında vaka olabilecek olanların sevk edilme oranı belki de daha düşüktür. Bizim bulduğumuz %17 oranı hakkında yargıya

gitmemiz bu bakımdan tam doğru olmamakla birlikte ruhsal bozuklukların daha fazla sevk edildiği konusunda kaba bir fikir verebilir.

Yine genel pratisyenin tanı koyduğu hastalara ruhsal bozuklukla ilgili herhangi bir ilac verme, bir anlamda tedavisini üstlenme oranı %58.6 bulunmuştur. Benzer çalışmada bu oran %70 dolayında belirtilmiştir (82). Aradaki fark yine ikinci görüşmeye alınanların örneklem tekniğinden kaynaklanabileceği gibi bizim vakalarımızın arasında somatoform bozuklukların sayısının fazla olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Çünkü depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların genel pratisyenler tarafından daha iyi tanı aldığı ve daha iyi tedavi edildiği bilinmektedir (43,77,103).

Genel pratisyenin tedavi ve sevki ile ilgili başka çalışmaların verileri de bu varsayımlarımızı güçlendirir niteliktedir. Örneğin Verhaak ve ark. bedensel yakınması olan hastaların daha az tedavi aldıklarını, daha kısa süre muayene edildiklerini ve daha az sevk edildiklerini belirtmiştir (102). Ormel ve ark. hastanın geliş nedeni, hastalığın şiddeti ve baslama zamanının yakınlığının genel pratisyenin tanı koymasını, tedavisini ve tedavi sonuçlarını etkilediğini göstermiştir (77). Yine videoteyple yapılan bir çalışmada açıkça yardım isteyenlerin genel pratisyenden %90 oranında tedavi aldığı, buna karşılık somatizasyon gösterenlerin ise ancak %50 oranında tedavi aldığı gösterilmiştir (103). Tüm bunların yanında psikosomatik hastaların iyileşmeye daha eğilimli oldukları da belirtilmektedir (102).

Genel pratisyenin tanı, sevk ve tedavisinde farklı ülkelerde başka başka sonuçlar alınması doğaldır. Çünkü ülkeden ülkeye genel pratisyen eğitimi farklı, birinci basamağa başvurular farklı ve ruhsal bozukluğun kendini gösteriş biçimi farklıdır.

Ruhsal Hastalıklarda Hizmet İlkeleri ve Modelleri, Eğitim, Genel Pratisyen ve Psikiyatrist İlişkisi, Organizasyon:

Bazı ülkelerde genel tıbbi uygulamalar giderek multidisipliner ekip anlayışına dönmektedir (39,110). Doktorlar hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer profesyonellerle işbirliği icindedirler. Yeni mezun olacak hekimlere sosyal ve davranış bilimleri ile ilgili eğitim verilmektedir. Bu tür uygulamaların psikiyatrik hastalıklarda yataklı tedavi yerine ayaktan bakımı geliştireceği, psikososyal destek ve iş rehabilitasyonunun mental hastalıklar için gereken yatak sayısını azaltacağı düşünülmektedir. Bu tür hizmet verecek olan kurumlar ya da servisler için belirlenen temel prensipler şunlardır (110);

1) Hizmetler belirli bir bölge bazında olmalıdır. Yani çoğu hastanın evinden kolayca ulaşip tedavi olabilmesi için çok geniş olmayan popülasyon alanının tanımlandığı kurumlar olmalıdır.

2) Hizmet kapsamlı olmalıdır. Bölgede gerekli olan hizmetin özel komponentleri bu yapıya bağlanmış olmalıdır (ACS vb.).

3) Kurumların standardı ve kalitesi popülasyondaki ruh sağlığı ihtiyacı olanların hepsinin yararlanabileceği şekilde olmalıdır. (finans sorunu olmamalıdır vb.)

4) Kalite ve kullanılabilirlik fiziksel hastalıklar için olandan daha düşük olmamalıdır.

Ayrıca bu prensipler kapsamlı bir çalışma grubu ile (psikiyatrist, halk sağlığı yöneticisi, sağlık çalışanları vb.) değerlendirilip yeniliklerin yarar ve zararları tartışılmalıdır.

Fink PJ. genel pratisyen ile psikiyatrist arasındaki işbirliğini çalışmış ve uzmanların çok iyi bir şekilde eğitim ve danışmanlık verebileceğini, genel pratisyenin ruhsal bozukluklar konusundaki becerisini artırmada önemli rol oynayabileceğini bildirmiştir (41).

Dünya'da 1970'lerin ikinci yarısından beri psikiyatri ve genel pratik arasındaki ilişki daha yoğun hale gelmektedir. İngiltere'de psikiyatristlerin %50'den fazlasının genel pratisyenlerin muayenehanesinde klinikleri vardır (26). Bu konuda çeşitli yaklaşım modelleri şunlardır (26);

Replasman Modeli: Psikiyatrist hastasını hastanın bölgesel hekiminin (genel pratisyen) polikliniğinde görür. Bu, hastanın uyumunun daha iyi olmasını ve psikiyatrik tedavi alma ezikliğini duymamasını sağlamaktadır.

Egitici Model: Ekibin eğitimini, aile hekiminin bölgedeki çoğu vakayı tanı ve tedavi yeteneğinin kazanmasını amaçlar. Burada genel pratisyenin yeteneği ön plandadır.

Liaison (bağlantılı) Model: Eğitim ve danışma kombine edilir. Genel pratisyene pratik destek ve yardım sağlanır. Bir psikiyatrist bir veya iki aile hekimi ile yakın ilişkiindedir. Genel pratisyenin bazı vakaları tartışma ve değerlendirme

yoluyla bilgilenme şansı vardır. Genel pratisyenin hastanın kişiliği ve genel durumunu bilmesi bu modelde avantajdır. Bu model genel pratisyenin vakaları erken safhada tanınması ve etkili tedaviyi vermesi amacını taşır.

Su anda ülkemizdeki sağlık yapılanması ruh sağlığı hizmetleri için olması gereken temel hizmet birimlerini (sağlık ocakları) barındırmaktadır. Ancak hizmet ekibi için önerilen personel, yapılanma ve işbirliği henüz bu birimlere entegre edilmiş değildir. Birinci basamaktaki psikiyatrik hizmetlerin tümü sadece genel pratisyenin kendi becerisi ve tıp eğitimi boyunca almış olduğu eğitime dayalıdır. Ancak ülkemizde genel olarak tıp eğitiminin de yeterliliği konusundaki tartışmalar halen sürüp gitmektedir. Bu konuda tıp fakültesi mezunları ve son sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %86.7 (339 kişi) genel tıp eğitiminin amacının, tanı ve tedavi hizmetleri yanında koruyucu hizmetlerde yeterli, araştıran sorumluluk sahibi hekim yetistirmek olduğunu belirtirken, katılanlar %55.8 oranında kendisini bir hastanın teşhis ve tedavisini üstlenecek, koruyacak, rehabilite edecek düzeyde görmediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmanın psikiyatri ile ilgili kısımlarında ise verilen eğitimin %65-85 dolayında yeterli olduğu belirtilmiştir (32). Ancak genel pratisyen hekimlerin çoğunluğunun birinci basamakta çalıştığını ve birinci basamaktaki hastaların önemli bir kesiminin ruh hastası olduğunu düşünürsek tıp eğitimi içinde psikiyatriye daha fazla zaman ayrılması gerektiği açıktır. al Ansari ve

ark.'nın çalışmasında tıp eğitimi sırasında görülen psikiyatrik eğitimin yeterliliği arttıkça psikiyatrik bozuklukların tanı alma oranı ve tedavinin de arttığı bildirilmiştir (7). Genel pratisyenin depresyon konusunda eğitilmesinin hasta yatışını ve depresyondan rapor alma oranını azalttığı, bunun yanında intiharları da önlediğini bildiren W.Rutz ve ark.'nın çalışmasının bulguları da aynı görüşü desteklemektedir (85). Tüm bunların yanında ülkemizde her alanda olduğu gibi psikiyatri alanında da birinci basamak çalışanları olan genel pratisyenler ile uzmanlar arasında iletişim eksiği vardır. Ancak toplumun psikiyatrik ihtiyaçları bu iletişimin gerek replasman gerekse eğitim düzeyinde kurulmasını gerektirmektedir. Ayrıca toplumdaki ruh sağlığı sorununu çözmeye uzmanların sayıca yetersiz olduğu bilinmektedir (31). Sahada olmadıklarından vakaları takip etmeleri de olanaksızdır ve toplumdaki ruh sağlığının çözümü büyük oranda yine genel pratisyende yatmaktadır (20,40,112). Buna karşılık uzmanların birinci basamak düzeyindeki bir hizmet programında genel pratisyene büyük yardımları olacağı da açıktır. Genel pratisyen ile psikiyatrist arasında iyi bir ilişkinin kurulması ayaktan bakım hizmetlerini etkili kılacak ve çoğu vakanın hastanede pahalı ve zaman alıcı tedaviler görmesi, psikiyatrik hasta dalgası yemesi önlenecek ve tedaviye uyumun da daha iyi olmasını sağlayacaktır.

Tüm bunların yanında ruhsal hastalıklara yaklaşımda sosyal çalışma, gittikçe artan bir öneme sahiptir (40,55, 107). Sosyal hizmet uzmanları kişinin yaşadığı çevre ve

sosyal yapı ile yakından ilişkilidir ve mental hastalıklara etki edebilecek sosyal faktörleri tanımlayabilirler. Sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda tedavide de rol oynayabilirler. Hasta ile ilişkileri güçlüdür ve kişinin günlük iş stresine bağlı ihtiyaçlarını destekleyip ona toplumda yer alabileceği noktaya gelmekte yardımcı olabilirler. Sosyal hizmet uzmanının rolü ülkeden ülkeye sağlık hizmetleri sistemine göre değişir. Yine de gerek özel servislerde tedavi edilen şiddetli hastalar gerekse genel pratisyenlerce tedavi edilen orta derecede hastalar sosyal hizmet uzmanlarının öğüt ve desteğinden yarar görürler. DSÖ çalışma grubu, psikiyatrik ekip içinde sosyal hizmet uzmanının bilgi ve eğitiminin bulunması gerektiğini savunmaktadır (40,107).

Sonuç olarak DSÖ'nün bu konu ile ilgili uzman komitesinin ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonu için önerileri şunlardır (112);

1. Ruh sağlığında ulusal bir politikanın belirlenmesi ve her bir ülkenin ulusal ya da bölgesel idareleri içinde ruh sağlığı bölümleri veya ünitelerinin kurulması,
2. Bir takım programlar için uygun ödeneğin sağlanması,
 - *Personel atanması, eğitimi, görevleri
 - *Uygun ilaçların sağlanması
 - *Ulaşım dahil olmak üzere hizmet ağı
 - *Veri toplama ve araştırma
3. Ruh sağlığı hizmetlerinin desantralizasyonu, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine entegrasyonu, ve tıp dışı örgütlerle işbirliğinin geliştirilmesi,

4. Tüm kademelerdeki uzman olmayan sağlık çalışanlarının, birinci basamak sağlık çalışanından hemsire ve doktora kadar, temel ruh sağlığı hizmetleri görevini normal çalışmalarının bir parçası olarak benimsemeleri,

5. Uzman ruh sağlığı çalışanları hastaların klinik bakımı için çalışma saatlerinin sadece bir kısmını ayırmalı, zamanlarının daha büyük kısmını temel ruh sağlığı hizmetlerini sahada verecek olan uzman dışı sağlık personeline eğitim ve danışmada harcamalıdır,

6. Ruh sağlığı profesyonellerinin eğitimi, uzman olmayan sağlık çalışanlarını destekleme ve eğitmekteki yeni görevlerinde gerekli olan eğitim metodu ve danışma tecrübesini de içermelidir.

SONUCLAR:

- * Sağlık ocağına başvuranlar genellikle kadınlardır. Erkeklerin sağlık ocağını kullanmaları nisbeten daha azdır.
- * Sağlık ocağına başvuranlar arasında erkeklerde bekar olma durumu daha fazladır ve yine erkekler kadınlara göre daha eğitilmiş görünmektedir.
- * Çalışma evreninin %76'sı bölgeye göç ile gelmişlerdir. Göçle gelenlerin de %53'ü kırsal kesimden gelmişlerdir.
- * Kişide psikiyatrik hastalık olma ihtimalini ölçen GHQ'nun yüksek skor alması bir takım değişkenlerle ilişkilidir. Bunlar; kadın olmak, dul-ayrılı-bosanmış olmak, düşük eğitimli olmak, evde kalabalık halde yaşamak, göç etmek ve sosyoekonomik durumu kötü olmak gibi değişkenlerdir. Bu değişkenler arasından belirleyici olanlar ise evde beş veya daha fazla kişi bulunması ve sosyoekonomik durumun kötü olması halidir.
- * Ruhsal bozuklukların tek başına görülme oranı düşüktür. Genellikle birden fazla ruhsal hastalık birlikte görülmektedir. Aynı zamanda ruhsal hastalık fiziksel hastalıkla birlikte de görülebilmektedir.
- * Ruhsal bozukluğu olan kişilerin en sıklıkla ve en fazla rahatsız oldukları semptomlar bedensel belirtilerdir.
- * Ruhsal bozukluğu olanların daha önce sağlık ocağına başvuru sıklıkları yüksektir. Ancak depresyon için böyle bir durum saptanamamıştır.
- * Genel pratiğe göre en sık görülen ruhsal bozukluk "anksiyete/depresyon karışık" olarak belirtilirken, CIDI'ye

göre somatoform bozukluk olmuştur. Ancak genel pratisyen somatik şikayetlerin altında psikiyatrik hastalığın olabileceğini bildiği için, CIDI'nin somatoform bozukluk dediği kişilere anksiyete ve/veya depresyon demiş olabilir.

* Hastalarda fiziksel hastalıkla birlikte bulunan ruhsal bozukluklar genel pratisyen tarafından atlanabilmektedir. Bu durum genel pratisyenin ruhsal bozukluk tanısı koyma oranını düşürmekle birlikte aslında genel pratisyen, atladığı vakaların psikolojik sorunlarının da olabileceğini farketmektedir.

* Genel pratisyen hastalara GHQ'da yer alan sorulardan sorduğunda daha fazla vaka için tanı koyabilecektir.

* GHQ skorunun CIDI ile uyumu genel pratisyen ile olan uyumundan daha iyidir.

* Genel pratisyenin ruhsal bozukluk tanısı koymada CIDI'ye göre seçiciliği %91, duyarlılığı %53 bulunmuştur.

* CIDI ile tanı konanlarda belirlenen semptomlar klasik bilgilerle uyumludur. Ancak örneğin depresyon tanısı koyarken bu rahatsızlığını başağrısı olarak gösterenler için depresyon modülünde bu belirti sorulmamıştır. Bu bakımdan bedensel belirtilerde de ruhsal bozukluk yönünden dikkatli olunmalıdır.

* CIDI ile "vaka" olarak tanımlanan 51 kişiden 22'si daha önce Ahatlı sağlık ocağına başvurmuş ve bunların 12'si daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almışlardır.

* Kişi kendi genel sağlığını kötü olarak tanımlıyorsa ruhsal bozukluk bulunma olasılığı, iyi olarak tanımlayana göre, daha

fazladır.

* Genel pratisyenin ruhsal bozukluk tanısı koyduğu hastalardaki sevk oranı %17'dir.

ÖNERİLER:

* Bir takım değişkenler kişide ruhsal bozukluk bulunma ihtimali ile ilişkilidir. Çalışmada belirlenmiş olan bu değişkenlerin göz önünde tutulması hekime tanı kolaylığı bakımından ipucu sağlayabilir.

* Hastalar ruhsal belirtilerle başvurduğunda zaten genellikle ruhsal bozukluk yönünden doğru tanı almaktadırlar. Ancak fiziksel hastalığı olan hastalarda altta ayrıca ruhsal bozukluk olduğu durumlarda fiziksel belirti ile gelen hastada ruhsal bozukluk atlanmaktadır. Bu vakaların atlanmaması için kişiden ayrıca ruhsal yönden de anamnez alınması yararlı olur.

* Psikiyatrik hastalıklar bu çalışmada karşımıza en sık somatoform bozukluk olarak çıkmıştır. Somatik şikayetlerin ruhsal şikayetlerden daha çok ilgi çektiği ve ruhsal bozuklukların çoğu zaman somatik şekle dönüşmeden karşımıza gelmediğini biliyoruz. Bu durumda özellikle düşük kültürel düzeydeki bireylerde somatik şikayetlerin ruhsal şikayetler kadar önemli ve tanı koydurucu belirtiler olarak kabul edilmesi bu tür hastalara daha etkili yaklaşılmasını sağlayabilir.

* Yine çalışmamızda sağlık ocağına tekrarlayan başvuruların ruhsal bozukluğu olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Hekimin bu tür şikayeti geçmeyen ve tekrar tekrar başvuruda bulunan hastalarda ruhsal bozukluk yönünden dikkatli olması faydalı olacaktır.

* Hekime tanı koymada yardımcı olacak olan standardize

ölçeklerin kullanılması yine ruhsal tanı koyma oranını artıracak bir uygulama olacaktır. Aynı zamanda bu tür ölçeklerin kullanımı arttıkça kullanılan ölçekleri geliştirmek ve gün geçtikçe daha kolay ve zaman almayan, kullanıma daha uygun olanlarını ortaya çıkarmak olanaklı olacaktır.

* Hekimler tanı koyarken bu öneriler yanında klasik belirtileri de iyi bilmelidirler.

* Bu çalışma tek bir sağlık ocağına başvuran hastalarda yapılmıştır. Kentin tüm sağlık ocaklarına ve hatta hastane polikliniklerine başvuranların hedef alındığı daha geniş ve organize çalışmalar bu alandaki verilerin tam anlamı ile elde edilmesinde yararlı olacaktır.

* Bu tür çalışmalarda saptanan vakaların daha sonraki yaşamlarındaki durumlarını bilmek için izleme çalışmalarının da yapılması gerekmektedir. Bu tür izleme araştırmaları bize hem hastaların prognozu hem de gördükleri tedavinin etkileri yönünden bilgi verecektir.

* Psikiyatri hizmetlerinin hangi basamakta yürütüleceği, genel pratisyen, psikiyatrist ve diğer ilgili personelin bu hizmetteki rolü ve hizmetin yapısı konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. (Bu konudaki alternatif modellerden tartışma kısmında söz edilmistir) Bu bakımdan alternatif hizmet modellerinin denenerek ölçüldüğü çalışmaların yapılması hizmetin planlanması konusunda yardımcı olacaktır.

* Birinci basamak hizmetinde sosyal çalışmacıların da bulunması ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ya da

takibinde faydalı olacaktır. Çalışmamızda görülmüştür ki GHQ skoruna en çok etki eden iki değişken evde yaşayan kişinin fazla olması ve sosyoekonomik düzeydir.

* Birinci basamakta çalışan hemşire, ebe gibi sağlık personelinin de bu konuda bilgilendirilmesi ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum içinde tanınması ve yerel olarak takip ve tedavisi yönünden faydalı olacaktır.

* Psikiyatri alanında mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitime dikkatle eğilinmesi bu hizmetlerin en etkili şekilde verilmesinde faydalı olacaktır.

* Pratisyen hekimler ile psikiyatristler arasında iyi bir sevk, danışma, eğitim ve işbirliği ilişkisinin kurulması tanı, tedavi ve takip hizmetlerinin ucuz ve etkili olmasını sağlayacaktır.

ÖZET

Ruhsal bozukluklar birinci basamak hizmetlerinde oldukça sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Bu çalışmada Antalya'nın Ahatlı gecekondü bölgesine hizmet veren bir sağlık ocağında 15-65 yaş grubunda ruhsal hastalıkların görüntüsü yanında genel pratisyenlerin bu tür hastalara yaklaşımı ve vakaların bazı özellikleri araştırılmıştır.

Sağlık ocağına başvuranlarda GHQ'dan alınan skorları etkileyen değişkenler, evde birlikte yaşanan kişi sayısının dörtten fazla olması ve sosyoekonomik durumun kötü olması halidir. En sık saptanan ruhsal bozukluk türü somatizasyon olarak belirmiş (vakaların %45.1'i) bunu anksiyete (%29.4) ve depresyon (%21.6) izlemiştir. Ruhsal bozukluklar sıklıkla bir arada bulunabilmekte (%62.8), yine sıklıkla fiziksel bir hastalıkla birlikte de bulunabilmektedir (%31.9). Ruhsal bozukluğu olanları daha önce sağlık ocağına başvuruları ruhsal bozukluğu olmayanlara göre daha siktir.

Genel pratisyenlerin ruhsal bozukluk tanısı koymadaki seçicilik ve duyarlılığı, CIDI referans test kabul edildiğinde, sırasıyla %91 ve %53 bulunmuştur. Kişinin kendi sağlığı hakkında fikrinin sorulması ruhsal bozukluk tanısı yönünde hekime yardımcı olabilmektedir. Yine hekimin ölçeklerde yer alan sorulardan hastaya sorması da tanıya yardımcı olabilecektir.

Tüm bu bulgular ışığında konu kapsamlı şekilde tartışılmış ve gerekli öneriler sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Akcengiz H. Yurdakul S. (1991): Kadınların Ruhsal Durumu ile ilgili Bir Çalışma, Eğitim Araştırması, HÖTF Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara.
2. Akdeniz ÖTF Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ahatlı Sağlık Ocağı Hizmet Kullanma Araştırması, Yayınlanmamış Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencileri Eğitim Araştırması, Antalya, Aralık-1992.
3. Aksit BT. Aksit B. Lohfeld L. Ahatlı, Antalya Üzerine Antropolojik Müdahale Araştırması, Ara Rapor, Ağustos-1989.
4. Aktan MK. (1977): Ruh Hastalıklarının Sıklık ve Dağılımının Kentleşme Sürecinde Yeni Bir Yerleşim Yeri Saptanması, Doçentlik Tezi, Diyarbakır ÖTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kürsüsü, Diyarbakır.
5. Aktekin M. (1990): Antalya İl Merkezinde Sakatlık Prevalansı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Akdeniz ÖTF Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Antalya.
6. Aktekin M. Dedeoğlu N. Squatter Areas in Antalya, Turkey and Their Health Problems. City 93 Urban environment, social issues and health in cities forum. First Global and European Conference, Antwerp, Belgium. Abstract Book. 25-30 October 1993. p 66-7.
7. al-Ansari EA. Khadadah ME. Hassan KI. Mirza IA. Psychiatric disorders in two general hospitals: a survey of prevalence and treatment by nonpsychiatrist physicians. Gen Hosp Psychiatry. 1991 Sep. 13(5). p 319-24.
8. Arpaz A. (1980): Ruhsal Bozuklukların Sıklık ve Dağılımının Epidemiyolojik Bir Araştırma ile Saptanması, Uzmanlık Tezi, HÖTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
9. Babigian HM. Gardner EA. Miles HC. Romano Y. Diagnostic Consistency and Change in a Follow-Up Study of 1215 patients. American Journal of Psychiatry. 1965. 121. p 895-901.
10. Balarajan R. Stanners A. Machin D. Trends in primary care in the United Kingdom. J Epidemiol Community Health. 1983 Sep. 37(3). p 169-75.

11. Barret JE. Barret JA. Oxman TE. Gerber PD.
The prevalence of psychiatric disorders in a primary
care practice.
Arch Gen Psychiatry. 1988 Dec. 45(12). p 1100-6.
12. Baykan N. (1968): Türkiye'de Ruh Sağlığı Prevalansı
Üzerinde Çalışmalar, Halk Sağlığı Doçentlik Tezi,
Ankara.
13. Bebbington PE.
The Epidemiology of Depressive Disorders.
Culture, Medicine and Psychiatry. 1978. 2. p 297-341.
14. Beck AT.
Reliability of Psychiatric Diagnose, A Critic of
Systematic Study.
American Journal of Psychiatry. 1962. 119. p 210-216.
15. Bensing JM and Beerendonk P.
Psychosociale problemen in de huisartspraktijk.
(Psychosocial problems in general practice).
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 1990. 45(6) p 595
16. Binitie A.
A Factor Analytical Study of Depression Across Cultures
(African and European).
British Journal of Psychiatry. 1975. 127. p 559-563.
17. Birsöz S.
Somatizasyon Kavramı ve Klinik Uygulama.
Psikiyatri Bülteni Cilt 2, Sayı 2, 1993 Sayfa 89-91.
Lipowski ZJ: Somatization: Concept and clinical
Application. AM J Psychiatry 145(11), 1988'den özet
ceviri.
18. Bridges KW. Goldberg DP.
Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in
primary care.
J Psychosom Res. 1985. 29(6) p 563-9.
19. Bridges K. Goldberg D. Evans B. and Sharpe T.
Determinants of somatization in primary care.
Psychol Med. 1991. 21. p 473
20. Brink W. vd. Leenstra A. Ormel J. Willige G. vd.
Mental health intervention programs in primary care:
their scientific basis.
J Affective Disord. 1991 Apr. 21(4). p 273-84.
21. Bromet EJ. Parkinson DK., Psychiatric Disorders,
Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive
medicine.-13th ed. \editors, John M. Last, Robert B.
Wallace: associate editors, Elizabeth Barret-Connor..[et
al.]. 1992. p 947-961.

22. Brown FW. Golding JM. Smith GR Jr.
Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder.
Psychosom Med. 1990 Jul-Aug. 52(4). p 445-51.
23. Brown GW. Brolchain MN. Harris T.
Social class and psychiatric disturbance among women in urban population.
Sociology. 1975. 9. p 225-254.
24. Burwill PW. (1973). Problems associated with the denominator in epidemiological research in general practice in Australia. In Proceedings of the Geigy Symposium on Research in Psychiatry. Melbourne: Geigy.
25. Burwill PW. The Epidemiology of Psychological Disorders in General Medical Setting in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 9-20 (1990).
26. Casey PR. A Guide to Psychiatry in Primary Care
Wrightson Biomedical Publishing Ltd. (1990) 1-7, 251-9.
27. Chung MK. Kraybill DE.
Headache: a marker of depression.
J Fam Pract. 1990 Oct. 31(4). p 360-4.
28. Climent CE. Diop BSM. Harding TW. Ibrahim HHA. Ladrigo-
Ignacio L. & Wig NN.
Mental Health in Primary Health Care.
WHO Chronicle, 34: 231-236 (1980).
29. Cochrane R. Stopes RM.
Factors affecting the distribution of psychological symptoms in urban area of England.
Acta Psychiatr. Scand. 1980. 61(5). p 445-460.
30. Cooper JE. The Classification of Mental Disorders for Use in General Medical Settings in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 49-59 (1990).
31. Coşkun B.
Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetleriyle İlgili Varolan Kaynaklar, Bu Konudaki Güçlükler ve Çözüm Yolları.
Toplum ve Hekim TTB yayın organı. 1987. 44. 11-15.

32. Dedeoğlu N. Dönmez L. Aktekin M.
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İntörn ve
Mezunlarının Tıp Eğitimi Konusundaki Görüşleri.
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt:X
Sayı:1-2 1993 Sayfa:13-17.
33. Demiriz E. (1980): Yarı-kırsal Kesimde Depresyon
Epidemiyolojisi ve Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Üzerine
Bir Araştırma, Uzmanlık Tezi, HÖTF Psikiyatri Bölümü,
Ankara.
34. Dhadphale M. Cooper G. Cartwright-Taylor L.
Prevalence and presentation of depressive illness in a
primary health care setting in Kenya.
Am J Psychiatry. 1989 May. 146(5). p 659-61.
35. Dohrenwend BP. Rohrenwend BS. (1974): Psychiatric
disorder in urban settings, in American Handbook of
Psychiatry Vol II. pp:424-443. Ed: S,Arieti, Basic
books, New York.
36. Dunham HW.
Epidemiology of Psychiatric Disorders As a Contribution
to Medical Ecology.
International Journal of Psychiatry. 1968. 5. p 124-146.
37. Ebiri A. (1974): Bir Psikiyatrik Hasta Toplumu Üzerinde
Araştırma, Uzmanlık Tezi, HÖTF Psikiyatri Bölümü,
Ankara.
38. Er S. (1969): Histeri Epidemisi Görülen Bir Köyde Psiko-
sosyo-kültürel Özelliklerin Araştırılmasına Ait Deneme,
Uzmanlık Tezi, EÖTF Psikiyatri Kürsüsü, İzmir.
39. EURO Reports and Studies, No.25, Cologne, 27 November -
1 December 1978. Changing Patterns in Mental Health
Care. Report on a WHO Working Group. WHO Regional Office
for Europe, Copenhagen 1980.
40. EURO Reports and Studies, No.92, Tampere, Finland 25-29
April 1983. First-Contact Mental Health Care. Report on
a WHO Meeting.
41. Fink PJ.
Psychiatry and the primary care physician.
Hosp Community Psychiatry. 1985 Aug. 36(8). p 870-5.
42. Finlay-Jones RA. & Burwill PW.
Contrasting demographic patterns of minor psychiatric
morbidity in general practice and the community.
Psychol Med. 1978. 8. p 455-466.

43. Goldberg D. Reasons for Misdiagnosis in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 139-145 (1990).
44. Goldberg DP. and Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. J R Coll Gen Pract. 1987. 37(1). p 15
45. Goldberg DP. Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. J Psychosom Res. 1988. 32(2). p 137-44.
46. Goldberg D. and Huxley P. (1980): Psychiatric illness in the Community. The pathway to Psychiatric Care. Tavistock Publications, London.
47. Goldberg D. Sartorius N. Introduction in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 1-5 (1990).
48. Gruenberg EM. Lagner TS. A review of mental health in the metropolis. Inter J Psychiat. 1965. p 77-85.
49. Gureje O. Reliability and the factor structure of the Yoruba version of the 12-item General Health Questionnaire. Acta Psychiatr Scand. 1991 Aug. 84(2). p 125-9.
50. Güleç C. (1981): Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu konudaki Tutumlar Üzerinde Sağlık Hizmetinin Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma, Docentlik Tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
51. Gürgen F. (1981): Erzurum Kentinde Uyku ve Uyku Bozuklukları Üzerine Bir Çalışma, Docentlik Tezi, Atatürk ÜTF Psikiyatri Bölümü, Erzurum.
52. Hagnel O. A prospective study of the incidence of mental disorder. Svenska Bokforlaget Bonniers.

53. Hancıoğlu M. (1981): Kentleşme ve Psikiyatrik Epidemiyoloji. Gecekondu ve Kent Merkezinde Karşılaştırmalı Alan Çalışması, Uzmanlık Tezi, HÖTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
54. Harding TW. de Arango MW. Baltazar J. Climent CE. Ibrahim HH. Ladrido-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 May. 10(2). p 231-41.
55. Harpham T. Urbanisation and Mental Health in Developing Countries: A Research Role for Social Scientists, Public Health Professionals and Social Scientists. City 93 Urban environment, social issues and health in cities forum. First Global and European Conference, Antwerp, Belgium. Abstract Book. 25-30 October 1993. p 90.
56. Iheuzé UH. Kumaraswamy N. Socio-demographic factors of depressive illness among Nigerians. Acta Psychiatr Scand. 1986 Feb. 73(2). p 128-32.
57. Janca A. Robins LN. Buchholz KK. Early TS. Shayka JJ. Comparison of Composite International Diagnostic Interview and Clinical DSM-III-R Criteria Checklist Diagnoses. Acta Psychiatr. Scand. Jun 1992, 85 (6) p 440-3.
58. Janca A. Robins LN. Cottler LB. Early TS. Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI Field Trials__ Wave II at the St Louis site. Br J Psychiatry. Jun 1992, 160, p 815-8.
59. John K. Gammon GD. Weissman MM. Assessment of psychosocial status: measures of subjective wellbeing, social adjustment and psychiatric symptoms. Measurement in health promotion and protection\ edited by T. Abelin, ZJ. Brzezinski, Vera DL. Carstairs Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1987. WHO Regional Publications. European Series; No.22. p 133-50.
60. Johnstone A. Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. Lancet. 1976 Mar. 20. 1(7960) p 605-8.
61. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. Int J Psychiatry Med. 1987. 17(1). p 93-112.

62. Kessler LG. Tessler RC. Nycz GR.
Co-occurrence of psychiatric and medical morbidity in primary care.
J. Fam. Pract. 1983 Feb. 16(2). p 319-24.
63. Kleinman AM.
Depression, Somatization and the New Cross-Cultural Psychiatry.
Social Science and Medicine. 1977. 11. p 3-10.
64. Köroğlu E. (Cev.): Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R). 2.Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1991.
65. Küey L. (1985): Yarı-kentsel Bir Bölgede Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, EUTF Psikiyatri Bilim Dalı, İzmir.
66. Küey L. Östün TB. Güleç C.
Türkiye'de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. Toplum ve Hekim. 1987. Sayı:44 Sayfa:16-30.
67. Lin TY.
The Epidemiological Study of Mental Disorders.
WHO Chronicle, 21, 509-516, (1969).
68. Mabe FA. Jones LR. Riley WT.
Managing somatization phenomena in primary care.
Psychiatr Med. 1990. 8(4). p 117-27.
69. Mari JJ. Williams P.
A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brasil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis.
Psychol Med. 1985 Aug. 15(3) p 651-9.
70. Mari JJ. Williams P.
Minor psychiatric disorder in primary care in Brasil: a pilot study.
Psychol Med. 1984 Feb. 14(1) p 223-7.
71. Marks JN. Goldberg DP.& Hillier VF.
Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness.
Psychol. Med. 1979. 9. p 337-353.

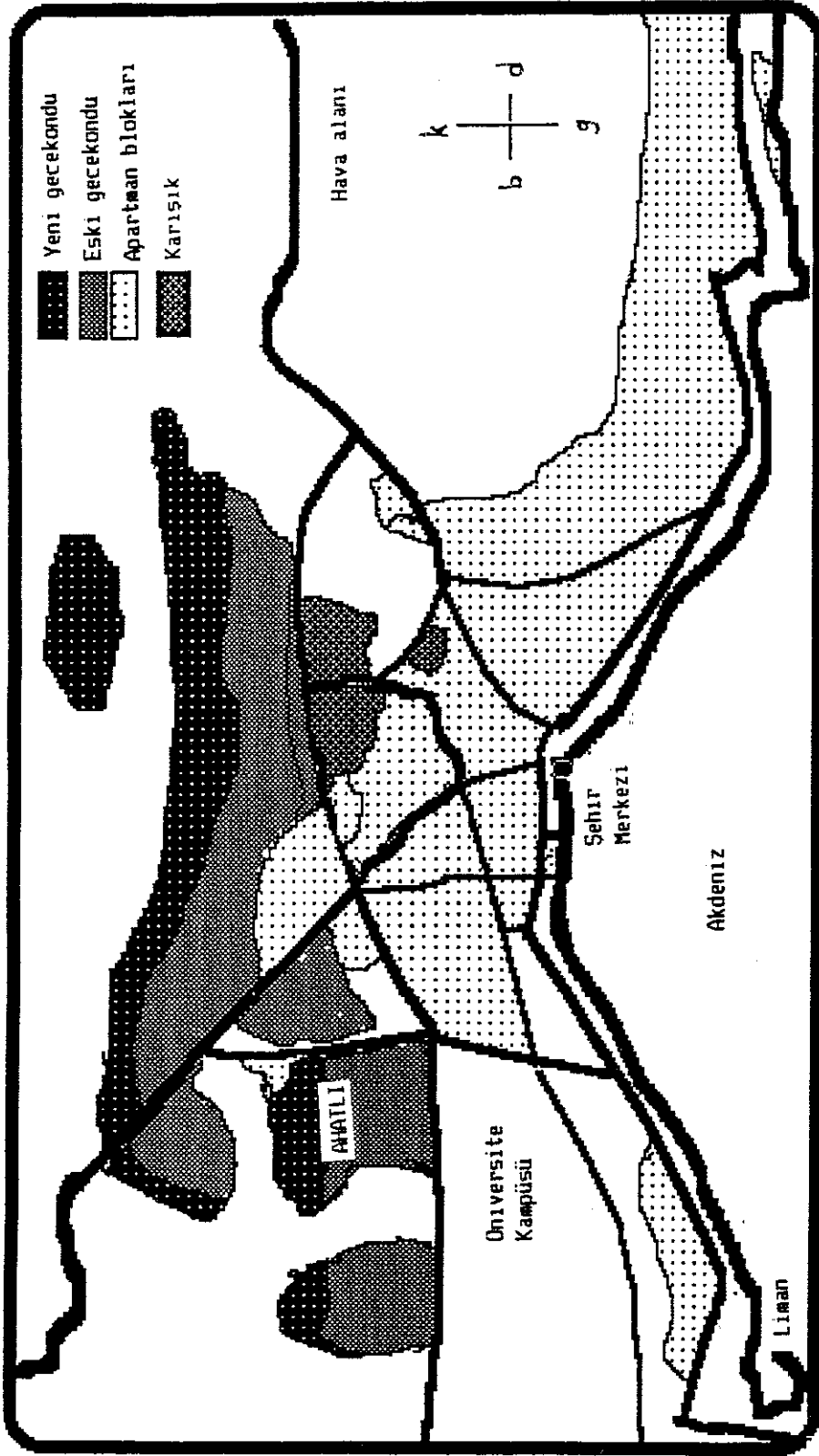
72. Marsella AV.
Thoughts on Cross Cultural Studies on the Epidemiology of Depression.
Culture, Medicine and Psychiatry. 1978. 2. p 343-357.
73. McGuffin, Katz R:
The genetics of depression and manic-depressive disorder.
Br J Psychiatry. 1989. 155. p 294-304.
74. Ndetei DM. Muhangi J.
The prevalence and clinical presentation of psychiatric illness in a rural setting in Kenya.
Br J Psychiatry. 1979 Sep. 135. p 269-72.
75. Orleans CT. George LK. Houpt JL. Brodie HK.
How primary care physicians treat psychiatric disorders: a national survey of family practitioners.
Am J Psychiatry. 1985 Jan. 142(1). p 52-7.
76. Ormel J. Giel R. Medical Effects of Nonrecognition of Affective Disorders in Primary Care in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 146-158 (1990).
77. Ormel J. Van Den Brink W. Koeter MW. Giel R. Van Der Meer K. Van De Willige G. Wilmink FW.
Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study.
Psychol Med Nov 1990. 20(4). p 909-23.
78. Özkan S.
Liyeron Psikiyatrinin Klinik Uygulama Alanı: Genel Tıpta Psikiyatrik Morbidite.
Roche Pratisyen Dergisi, 1993, Sayfa 2-6.
79. Özmen E. Aydemir Ö.
Bedensel Hastalığı Olanlarda Depresyon.
Psikiyatri Bülteni Cilt 2, Sayı 2, 1993 Sayfa 71-77.
80. Öztürk Ö.
Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2.Basım, İstanbul, 1989.
81. Öztürk ÖM.
Türkiye'de Ruh Sağlığı Sorunlarına Genel Bir Bakış.
Toplum ve Hekim TTB yayın organı. 1987. 44. 5-10.

82. Rizzardo R. Palmieri M.
Psychiatric problems and therapeutic measures in the office of the general practitioner.
Minerva Med. 1984 Nov.10. 75(43). p 2579-83.
83. Robins LN. Helzer JE. Weisman MM. Orvaschel H. Gruenberg E. Burke JD Jr. Regier DA.
Life-time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.
Arch Gen Psychiatry. 1984 Oct. 41(10). p 949-58.
84. Romans-Clarkson SE. Walton VA. Herbison GP. Mullen PE.
Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: psycho-social correlates.
Br J Psychiatry. 1990 Jan. 156. p 84-91.
85. Rutz W. Walinder J. Eberhard G. Holmberg G. von Knorring AL. von Knorring L. Wistedt B. Aberg-Wistedt A.
An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation.
Acta Psychiatr Scand. 1989 Jan. 79(1). p 19-26.
86. Sartorius N.
Epidemiology of Depression.
WHO Chronicle, 29: 423-427 (1975).
87. Savaşır Y. (1969): Ruh Hastalıkları ve Hastalarına Karşı Tutum ve İnançlar Üzerine Bir Araştırma, Docentlik Tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
88. Schulberg HC. Burns BJ.
Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions.
Gen Hosp Psychiatry. 1988 Mar. 10(2). p 79-87.
89. Semler G. Wittchen HU. Joschke K. Zaudig M. von Geiso T. Kaiser S. von Cranach M. & Pfister H.
Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS\CIDI).
Euro Arch Psychiatr Neurol Sci. 1987. 236. p 214-222.
90. Sen B. Wilkinson G. Mari JJ.
Psychiatric morbidity in primary health care. A two-stage screening procedure in developing countries: Choice of instruments and cost-effectiveness.
Br J Psychiatry. 1987 Jul. 151. p 33-8.
91. Shapiro S. German PS. Skinner EA. Vonkorff M. Turner RW. Klein LE. Teitelbaum ML. Kramer M. Burke JD Jr. Burns BJ
An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care.
Med Care. 1987 Apr. 25(4). p 327-39.

92. Shemo JP.
Primary care management of mental illness: medication as a tool.
South Med J. 1984 Aug. 77(8) p 1010-4, 1019.
93. Saher N. (1981): Kent Merkezinde Psikiyatrik Epidemiyoloji ile İlgili Bir Alan Çalışması, Uzmanlık Tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
94. T.C. Hükümeti-Unicef İş Birliği Programı, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Ankara, Nisan-1991.
95. T.C. Sağlık Bakanlığı, Antalya Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 1992, Antalya.
96. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ahatlı Sağlık Ocağı Yıllık Çalışma Raporu, 1992, Antalya.
97. Tezcan S. Yıldırım N. Özkaya N. Yigitbaşı MO. Demir D. Aktekin M. Saka O. (1989): Antalya Ahatlı Gecekondu Bölgesinde Entegre ACS\AP Hizmetleri ve Toplum Kalkınması Projesi Durum Saptama Araştırması, Antalya.
98. Thompson TL. 2d. Petersen JL.
Improving recognition of psychiatric disorders in a primary care practice.
Postgrad Med. 1985 Dec. 78(8). p 155-9, 162.
99. Onal M. (1979): Ruh Hastalıklarının Yaygınlığı ve Sosyo-ekonomik Olgularla İlişkisi, Doçentlik Tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
100. Östün TB. Ceylan M. Yaşar AK. Çevik Y. (1981): Kazan Sağlık Ocağı Bölgesinde (kırsal ve yarı-kırsal kesimde) Depresyon Prevalansı ve Ocakta Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, XVIII. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul.
101. Vazquez-Barquero JL. Wilkinson G. Diez Manrique JF. Lequerica J. Guillen J.
Psychiatric morbidity and physical illness in health centres.
Acta Psychiatr Scand. 1990 Apr. 81(4). p 335-9.
102. Verhaak PF. Tijhuis MA.
Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Interventions in General Practice.
Soc Sci Med. Vol.35, No.2, pp. 105-110, 1992.
103. Verhaak PFM. and Wennink HJ.
What does a doctor do with psychosocial problems in primary care.
Int J Psychiat Med. 1990. 20(2). p 151.

104. Verhaak PF. Wennink HJ. Tijhuis MA.
The importance of the GHQ in general practice.
Fam Pract. Dec.1990. 7(4). p 319-24.
105. Wells JE. Bushnell JA. Hornblow AR. Joyce PR. Dakley-
Browne MA.
Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I:
Metodology and lifetime prevalence for specific
psychiatric disorders.
Aust N Z J Psychiatry. 1989 Sep. 23(3). p 315-26.
106. Weyerer S. Relationships Between Physical and
Psychological Disorders in Psychological Disorders in
General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de
Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen
(Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston,
NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 34-46 (1990).
107. WHO Chronicle, 27: 199-200 (1973) Role of the Social
Worker in Psychiatric Services.
108. WHO Chronicle, 28: 65-70 (1974) Psychiatry and the
General Practitioner.
109. WHO Chronicle, 29: 231-235 (1975) Mental Health Services
in the Developing Countries.
110. WHO Chronicle, 33: 180-182 (1979) Changing Patterns in
Mental Health Care in Europe.
111. WHO Collaborative Study, The protocol, August-1990 in
Psychological Problems in General Health Care, Meeting
of Investigators, Geneva, 18-22 November 1991, Main
Study Instruments.
112. WHO Technical Report Series, No.698, 1984 Mental Health
Care in Developing Countries: a critical appraisal of
research findings. Report of a WHO Study Group.
113. Wilkinson MJB. and Barczak P.
Psychiatric screening in general practice: Comparison of
the general health questionnaire and the hospital
anxiety scale.
J R Coll Gen Pract. 1988. 38. p 311.
114. Williams P. Tarnopolsky A. Hand D. Shepherd M.
Minor psychiatric morbidity and general practice
consultation: the West London Survey.
Psychol Med Monogr Suppl. 1986. 9. p 1-37.

115. Williams P. Wilkinson G. Arreghini E. The Determinants of Help-Seeking for Psychological Disorders in Primary Health Care Settings in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 21-33.
116. Wittchen HU. Burke JD. Semler G. Pfister H. Von-Cranach M. Zaudig M.
Recall and dating of psychiatric symptom questions in a standardized psychiatric interview.
Arch Gen Psychiatry. 1989 May. 46(5). p 437-43.
117. Wittchen HU. Essau CA. Assesment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in Primary Care in Psychological Disorders in General Medical Settings, N.Sartorius, D.Goldberg, G.de Girolamo, J.Costa e Silva, Y.Lecrubier and U.Wittchen (Editors) Hogrefe & Huber Publishers, Toronto\Lewiston, NY\Bern\Göttingen\Stuttgart, pp. 111-136 (1990).
118. Wittchen HU. Essau CA. von Zerssen D. Krieg JC. Zaudig M
Life-time and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study.
Eur Arch Psychiatric Clin Neurosci (Germany) 1992. 241(4). p 247-58.
119. Woodward FL.
Changing Ideas of Mental Illness and Its Treatment.
American Sociological Review. 1951. 16. p 43-54.
120. Wright AF.
A study of the presentation of somatic symptoms in general practice by patients with psychiatric disturbance.
Br J Gen Pract. 1990. 40(11). p 459.
121. Wright AF. and Perini AF.
Hidden psychiatric illness: use of the General Health Questionnaire in general practice.
J R Coll Gen Pract. 1987. 37(4) p 164.
122. Yates WR.
The National Institute of Mental Health epidemiologic study: implications for family practice.
J Fam Pract. 1986 Mar. 22(3). p 251-5.



Antalya'nın Coğrafi Yerleşimi, Gecekondü Bölgeleri ve Ahatlı'nın Yeri.

PSIKİYATRİK HASTALIKLAR ANKET FORMU-1

ADI SOYADI:

KİŞİ SIRA NO:

MAHALLE VE SOKAK İSMİ:

1. CİNSİYET: 1. erkek 2. kız

2. YAŞ:

3. BU ŞEHİRİN YERLİSİ MİSİNİZ, BAŞKA YERDEN Mİ GELDİNİZ:
1. yerli 2. göç ile gelmiş

4. BU ŞEHRE YERLEŞMENİZDEN BU YANA GEÇEN SÖRE(yıl):

5. BURAYA YERLEŞMEDEN ÖNCE NEREDE OTURUYORDUNUZ:

(Geldiği şehir/kasaba vs'nin ismi yazılacak) _____

1. marmara 2. ege 3. akdeniz 4. içanadolu 5. karadeniz
6. doğuanadolu 7. güneydoğuanadolu
a) şehir b) kasaba c) köy

6. GELDİĞİNİZ YERDEN NİÇİN AYRILDINIZ:(Aynen yazınız) _____

1. işsizlik 2. kan davası vs. 3. sağlık 4. emeklilik
5. Antalya'nın çekiciliği 6. diğer _____

7. MEDENİ DURUM:

(Evlili "E", Dul "D", Ayrı "A", Boşanmış "B", Hiç evlen "H")

8. EĞİTİM DURUMU:

1. OYD, 2. OY, 3. İlk, 4. Orta, 5. Lise, 6. Yüksek

9. MESLEK:(Aynen yazılacak) _____

1. işsiz 2. işçi 3. memur 4. esnaf 5. seyyar satıcı
6. ev hanımı 7. zanaatkar 8. diğer _____

10. Ev hanımı ise sorunuz. EŞİNİZİN MESLEĞİ: _____

(soru 9 ile aynı kodlayınız) ...

11. EVİNİZDE TELEFONUNUZ VAR MI: Evet "E", Hayır "H"

13. ÖZEL OTOMOBİL VAR MI V = Var, Y = Yok
(Ticari arac özel oto sayılmaz)

14. EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI: ____

15. EVDE YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI: ____

Bu aşamada GHQ 12'yi uygulayınız-----

16. GHQ SKORU: ____

17. GHQ SKOR DURUMU (Düşük=1, Orta=2, Yüksek=3):

_____ skor alan kaçınıcı olgu olduğunu yazınız, ve örneğe
girisip girmeyeceğine karar veriniz. _____'nci olgu

18. İKİNCİ GÖRÜŞMEYE ALINABİLİR Mİ:

(Evet ise ikinci

Görüşme Formu'na Kişi Sıra No'yu kaydediniz)

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

- endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
- kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
- yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz	her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok sık
- işe yaradığınızı düşünüyor musunuz	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
- sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
- karar vermekte güçlük çekiyor musunuz	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
- zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık hissetmiyorum
- değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
- günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
- kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok sık
- kendinize güveninizi kaybediyor musunuz	hayır, hiç kaybetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden fazla	çok fazla
- kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

TOPLAM: _____

RAŞ: _____

Hastanın Adı Soyadı: Kişi Sıra No

HEKİM FORMU

Lütfen ANA BAŞVURU NEDENİ'ni kaydediniz:

.....
.....

Belirtilerin Sınıflandırılması (birini işaretleyiniz)

1. Büyük olasılıkla fiziksel hastalığa bağlı bedensel belirtiler
2. Açıklanamayan bedensel belirtiler
3. Büyük olasılıkla ruhsal bozukluğa bağlı bedensel belirtiler
4. Yalnız ruhsal belirtiler
5. Halen belirti yok

Sağlığın Genel Değerlendirilmesi (birini işaretleyiniz)

1. Mükemmel
2. Çok iyi
3. İyi
4. Orta
5. Kötü

Fiziksel hastalığın şiddeti (*)

0. Tümüyle sağlıklı
1. Bazı belirtiler var ama hasta sayılmaz (subklinik)
2. Hafif hasta
3. Orta ağırlıkta hasta
4. Ağır hasta

(*) "Fiziksel hastalığın şiddeti" 2, 3, veya 4 kodlandı ise FİZİKSEL TANI FORMU'nu tamamlayınız.

Ruhsal bozukluğun şiddeti (*)

0. Tümüyle normal; rahatsızlığı yok
1. Bazı belirtiler var ama hasta sayılmaz (subklinik)
2. Hafif vaka: ancak saptanabilecek düzeyde ruhsal boz.
3. Orta ağırlıkta vaka
4. Ağır vaka: ağır ruhsal bozukluk

(*) "Ruhsal bozukluğun şiddeti" 2, 3, veya 4 kodlandı ise arkadaki sayfayı tamamlayınız.

Kişi Sıra No:

**HEKİMİN TANI VE TEDAVİSİ
FORMU**

Ruhsal Bozukluk

1. Anksiyete (bunaltı) bozukluğu (panik ve fobiler dahil)
2. Anksiyete/depresyon karışık
3. Depresyon
4. Nevrasteni
5. Açıklanamayan bedensel belirtiler
6. Disosiyatif ya da konversiyon belirtileri (histeri)
7. ilaç veya alkol kötü kullanımı
8. Psikotik bozukluk
9. Organik ruhsal bozukluk
10. Zeka geriliği
11. Diğer (belirtiniz).....

Ruhsal Bozukluk için Önerilen Tedaviler	
ILAÇLAR	BAŞKA TEDAVİLER
0. ilaç yazılmadı	0. Yok
1. gece için sedatif; hipnotikler	1. Sorunların tartışılması
2. gündüz için sedatif; anksiyolitikler	2. Danışmanlık
3. antidepressanlar	3. Pratik/sosyal yardım verilmesi
4. antipsikotikler	4. Hemşire veya hastabakıcıya gönderme
5. tonik, vitamin, serebral canlandırıcılar	5. ruh sağlığı çalışanına gönderme
6. analjezikler	6. İleri fiziksel araştır- ma
7. şifalı otlar	7. diğer
8. diğer	

FİZİKSEL TANI FORMU

Varsa hastanızın "Fiziksel Tanısı" nedir?

Dosyasındaki Tanısını Yazınız:

BÖLÜM C: SOMATİZASYON

Aşağıdaki soruların kodlamaları için kullanım klavuzuna ve soru akış şemasına bakınız. Hasta olumlu yanıt verdi ise, son bir ay içinde olup olmadığını sorunuz, Evet ise "6" kodlayınız. "5" veya "6" kodlanan her belirti için tıbbi açıklama var mı, varsa "TIBBİ AÇIKLAMA" "4" kodlayınız. Bu kodlama için tıp eğitimi almış olmak gerekir. Aksi halde "DR" veya "BASKA"yı doldurunuz ve kodlamanın kontrolünü isteyiniz.

- KODLAMA: 1: HAYIR, YOK
2: VAR, EŞİK ALTI
4: TIBBİ AÇIKLAMASI VAR
5: EVET, YAŞAM BOYU (Son zamana ait değil)
6: ŞİMDİ VAR (Son zamana ait)

Şimdi yaşamınız boyunca herhangi bir anda başınıza gelmiş olabilecek bazı sorunlarla ilgili sorular sormak istiyorum.

C1. Hiç çok fazla karın ağrısı çektiğiniz oldu mu? (menstruasyon dönemleri haric)
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C2. Çok fazla bel ağrısı, sırt ağrısı çektiğiniz oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C3. Hiç eklem (mafsal) ağrıları oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C4. Eklemeleriniz dışında, kollarınızda, bacaklarınızda hiç ağrı oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C5. Hiç göğsünüzde ağrı veya baskı hissi oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C6. Çok baş ağrısı çektiğiniz oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C7. Saydıklarımızdan başka bir yerinizde hiç ağrınız oldu mu? (sayılan yerlerden söz ediyorsa 1 kodlayınız)
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

AGRIYAN BÖLGE: _____

C8. C1-C7 den en az biri 6 kodlandı mı?

Hayır: C9'a geçin

Evet: "5" kodlayın

A. Son 12 ay içinde 6 ay ya da daha uzun bir süreyle çoğu zaman (C1-C7'de 5 yada 6 kodlanan ağrıları) cektiniz mi?

HAYIR....1 EVET....5

EVET İSE HASTA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ

BS:İlk kez ne zaman bu ağrıları çekmeye başladınız.

BS yaşı: _____

C9. (Hamile değilken) çok fazla kustuğunuz oldu mu?
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C10. Hiç uzun süren mide bulantısı yakınmanız (kusma olmadan) oldu mu. TAŞIT TUTMASI FİZİKSEL DURUM SAYILIR.
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C11. Dilinizin pas tutması ya da ağzınızda kötü bir tat duyma gibi yakınmalarınız oldu mu.
DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C12.Yutma gücünüz, boğazınızda tıkanıklık, sıkışma hissi gibi yakınmalarınız oldu mu?
YALNIZ AGLAMAKLI OLDUGU ZAMAN OLUYORSA 1 KODLAYINIZ.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C13.Hiç çok fazla ishal yakınmanız oldu mu?

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C14.Aşırı gaz, mide şişkinliği ya da geçirmeden çok fazla yakındığınız oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C15.Sizi hasta ettiği için yiyemediğiniz çeşitli yiyecekler oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C16.Sizi yoracak bir şey yapmadığınız halde nefes darlığınız hiç oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C17.Hiç çarpıntınız (kalbinizin şiddetle attığını duyduğunuz) oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

A.Çarpıntınız kendinizi yordunuz zamanlar dışında da olur mu. OLMAZ.....4
OLUR.....SRS

C18.Hiç başdönmesi, sersemlik haliniz oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C19.Hiç çift görme yakınmanız oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C20.(Gözlük gereksinimi ya da gözlük değiştirmekle ilgisi olmaksızın) bir süre devam eden bulanık görmeniz oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C21.Bir ya da iki gözünüzde bir kaç saniye ya da daha uzun süreyle görmeme oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C22.Kulaklarınızda ya da kafanızın içinde çınlama ve uğultu hiç oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C23.(Üzerine yatıp da uyusmuş olması dışında) Kolunuzda ya da bacağınızda duyu kaybı (hissetmeme) oldu mu. HAYIR 'sa A'yı sorunuz, EVET ise soruşturunuz.

A.Başka bir yerinizde duyu kaybı oldu mu. HAYIR.....1 EVET.....SRS

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C24.Hissizlik, uyusukluk, keceleşme karıncalanma gibi hoş olmayan hislerden çok yakındığınız oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C25.Bedeninizin herhangi bir yerinde ürperme ya da birsey dokunuyormuş gibi bir his oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C26.Bedeninizin herhangi bir parçasını ağırlaşmış ya da hafiflemiş hissettiğiniz hiç oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C27.Hiç yürüme gücünüz oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C28.Daha önceden kaldırabildiğiniz ya da oynatabildiğiniz eşyaları kaldıramayacak, oynatamayacak ölçüde gücsüz olduğunuz dönemler oldu mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C29.Hiç felç (bir süre için bedeninizin bir tarafını oynatamama) gecirdiniz mi.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C30.Hiç (30 dakika ya da daha uzun süreyle) sesinizin çıkmadığı, yalnız fısıltıyla konuşabildiğiniz oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C31.Tüm bedeninizde ya da bedeninizin bazı yerlerinde bir kaç dakika süren titreme nöbetleriniz oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C32.Hiç kendinizi güçsüz ya da kötü hissedip kendinizden geçtiğiniz, bayıldığınız oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C33.Yaşamınızda bir kaç saat ya da gün boyunca ne olduğunu anımsıyamadığınız unutma dönemleri oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C34.(Baska) herhangi bir nedenle bilincinizi kaybettiğiniz oldu mu. KONVULSIYON (C31), BELLEK YITIMI (C33) YA DA BAYILMAYA (C32) BAĞLIYSA 1 KODLAYINIZ. ANESTEZİYE BAĞLI BİLİNC YITIMI 4 KODLANIR.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C35.Hiç derinizde lekeler, renk değişiklikleri oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C36.Çok sık idrar yapmaktan yakındığınız oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

ERKEKLER İÇİN C40'A GEÇİNİZ.

C37.Adetinizin başladığı yıl dışında, adet düzensizliğiniz oldu mu. YALNIZ ZORLU EGZERSİZ YA DA MENAPOZA GİRERKEN OLMUSSA 1 KODLAYINIZ.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C38.Aşırı kanamalı adet gördüğünüz oldu mu. YALNIZ MENAPOZ DÖNEMİNDEKİ İKİ YIL İÇİNDE OLMUSSA 1 KODLAYINIZ.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C39.Adet dönemlerinde aşırı ağrıdan yakındığınız oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C40.Şimdi size cinsel yaşamınızla ilgili sorular soracağım. Cevap vermek istemezseniz bu soruları geçebiliriz. Cinsel yaşamınız sizin için önemli mi yoksa olmasa da olur mu.
ÖNEMLİ.....1 OLMASA DA OLUR.....5 CİNSEL DENEYİMİ YOK.....8

C41.CİNSEL DENEYİMİ OLMAMIŞ. EVET.....(C46 YA GEÇİN)..5 HAYIR.....1

C42.CİNSELLİKLE İLGİLİ SORULARI RED EDİYOR. EVET...(C46 YA GEÇİN)...5 HAYIR.....1

C43.Cinsel ilişki sırasında canınızın yandığı oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C44.(Acı duymasanız bile) bir kaç ay süreyle cinsel ilişkinin size zevk vermediği oldu mu.

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C45.(Başka) cinsel sorunlarınız oldu mu. (ERKEKLER İÇİN:2 ay ya da daha uzun süre organınızda sertleşmeme oldu mu)

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

C46.Yaşamınızın büyük bir bölümünde sağlığınız yerinde miydi, yoksa hastalıklı mıydınız.

OLDUKÇA SAĞLIKLI1
KRONİK BİR BEDEN HASTALIGI VAR.....4
COĞU ZAMAN HASTALIKLI.....5

C47.C1 DEN BAŞLAYARAK 6 KODLANAN KAC SORU VAR

ESİK:04

ESİGE ULASTI ISE IZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BAŞLAMA YAŞINI SORUN.

BS:İlk kez ne zaman (C1-C46 arasında 5-6 kodlananlar) oldu. YAS:___

HİPOKONDRIYAZIS (YALNIZ SON 12 AY)

C48.Son 12 ay içerisinde, 6 ay ya da daha uzun süreyle ciddi bir bedensel rahatsızlığınız olduğundan büyük bir kaygı duyduunuz mu. HAYIR.....NA1 E.....1 EVET.....5

Hangi hastalıktan kaygı duyuyordunuz. _____

YALNIZ FİZİKSEL HASTALIĞI ALINIZ BİRDEN ÇOK HASTALIKTAN SOZ EDİYORSA 1 KODLAYINIZ.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

C49.(HASTALIK) hakkında kaygılanmanız bu süre (6 ay) içinde yaşamınızı çok aksattı mı.

HAYIR.....1 EVET.....5

C50.Hastalık keyfiniz yüzünden doktorunuza bir kac kez (3'ten çok) gittiğiniz ya da doktor doktor dolastığınız oldu mu.

HAYIR.....1 EVET.....5

C51.Doktorlar hastalık kaygınız nedeniyle en az bir kac tetkik yaptirdilar mı.

HAYIR.....1 EVET.....5

C52.Doktorunuzun hastalığınızı iyi inceleyip ele aldığını düşünüyormusunuz, yoksa bundan tatmin olmadınız mı.

İYİ ELE ALINDI....1 ALINMADI.....5

C53.Doktorunuzun hastalığının nedeni, koyduğu tanı ya da yapılması gerekenler konusunda yanıldığını sık sık düşündüğünüz oldu mu.

HAYIR.....1

BAZEN.....2

EVET.....5

C54. C48-C53 ARASINDA 5 KODLANAN KAC SORU VAR

ESİK:03

ESİGE ULASTIYSA IZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BS'YI SORUN

BS:İlk kez ne zaman bu hastalıkla ilgili endişeleriniz sizi rahatsız etmeye başladı. YAS:___

NEVRASTENİ:

NA1.Gecen ay boyunca kendinizi sürekli yorgun hissediyor muydunuz. (KESİN TANIMIS FİZİKSEL BİR HASTALIK VARSA 4 KODLAYIP CA1 E BECİN)

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

NA2.Günlük işlerinizi yaparken kolayca yorulur musunuz.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

NA3.En küçük bir iş bile bitkin düşmenize sebep olur mu.

DR ___ BASKA ___ 1 2 5 6 (T.A) 4

NA1-NA2-NA3'den biri "6" kodlandıysa sorun!

NA4.Dinlendiğinizde bitkinliğinizin, yorgunluğunuzun geçmesi güç oluyor mu.

HAYIR.....1 EVET.....6

A.NA1-NA4 arasında kaç "6" kodu var. ___ ESİK:3

ESİGE ULASTIYSA IZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ VE BS YI SORUNUZ

BS:Bu yorgunluk ve bitkinlik dönemi ne zaman başladı. YAS:___

ŞİMDİKİ BUNALTI:

Son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin sorular sormak istiyorum.
GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARISINDAN FAZLASINDA OLAN BELİRTİLERİ KODLAYINIZ. HASTA EVET DEDİĞİNDE ALTI
CİZİLİ KISMI YİNELEYİP "ZAMANIN YARISINDAN FAZLASINDA MI" DİYE SORUNUZ.

CA1. Geçen ay içinde kendinizi kaygılı hissediyor muydunuz.
HAYIR SA CA5'E GECİNİZ. EVET' SE BELİRTİNİN GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARISINDAN FAZLASINDA OLUP
OLMADIGINI SORUNUZ. HAYIR.....1 EVET.....6

CA2. Sağlığınızdan çok kaygı duyuyor muydunuz. SORUNLARIN AĞIRLIĞIYLA ORANTILI ENDİŞE....4
HAYIR.....1 EVET.....6

CA3. Kaygılandığınız zamanlar birden çok kaygınız olur mu.
HAYIR.....1 EVET.....6

CA4. Olmayacak ya da önemsiz şeyler için kaygılanıyor muydunuz.
HAYIR.....1 EVET.....6

CA5. Sinirli ve bunaltılı hissediyor muydunuz.
HAYIR.....1 EVET.....6

CA6. CA1 ya da CA5 6 KODLANDIYSA: Zamanın çoğunda bunaltılı ya da kaygılı hissetmeniz ne kadar sürdü.
_____ hafta

CA7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca sayacağım sorunlardan çoğu zaman var olanları söyleyiniz.
VAR OLANLAR İÇİN ÇOĞU ZAMAN OLUP OLMADIGINI SORUNUZ.

	H	E
1. Başınızda sıkışma hissi	1	6
2. Sersemlik, başdönmesi	1	6
3. Ağız kuruluğu (ilaca bağlı olmayan)	1	6
4. Boğazınızda tıkanma	1	6
5. Yutma güçlüğü, boğulma hissi	1	6
6. Nefes alma güçlüğü	1	6
7. Soğuk veya sıcak terleme, ateş basması	1	6
8. Kalp çarpıntısı	1	6
9. Göğüs veya karın ağrısı (ya da rahatsızlığı)	1	6
10. Kaslarda gerginlik veya acı	1	6
11. Rahatlayamama	1	6
12. Huzursuz hissetme	1	6
13. Kolay irkilme, ürkme	1	6
14. Titreme, sarsılma	1	6
15. Sürekli sinirli hissetme	1	6
16. Kaygılarınız yüzünden dikkatini toplayamama	1	6
17. Kaygılarınız yüzünden uykuya dalma güçlüğü	1	6
18. Ruhsal gerginlik	1	6
19. Kontrolünü kaybedeceğinden korkma	1	6
20. Gerçek olmadığınız hissi (rüyada gibi)	1	6
21. Kötü bir şey olacağından korkma (ölüm gibi)	1	6

CAB. A. CA6 4 HAFTA YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA: (CA7'DEKİ 6 KODLARINI SAYIN) gibi yakınmalarınız ne zamandır var _____ hafta

26 HAFTADAN ÇOKSA SORUN
B. Bu sorunlarınızın ilk ne zaman başladı BS YAŞI: _____

CAB. A 4 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA.

C. CA7 1-21 ARASI KAÇ 6 KODU VAR _____ ESİK:04
ESİĞE ULAŞTI İSE İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

BUNALTI\PANİK

Şimdi yine yalnız geçen aya ilişkin değil tüm yaşamınıza ilişkin sorular soracağım.
D1. Başkalarının korku ya da bunaltı duymayacakları durumlarda birdenbire kendinizi çok korkmuş, bunaltılı ve çok tedirgin hissettiğiniz nöbetleriniz oldu mu.

HAYIR...(D20'YE GEÇİNİZ)..1 EVET.....5

D2. Bu, toplulukta dikkatlerin üzerinize toplandığı ya da tehlikede olduğunuz durumlar dışında da oldu mu.

EVET İSE SORUSTURMADAN ÖNCE SORUN

Bana böyle bir nöbetinizi anlatabilir misiniz.

ÖRNEK:.....

DR__ BASKA__ 1 2 5 6 (T.A) 4

D2 1 OLARAK KODLANDIYSA D20'YE GEÇİNİZ.

D4. Ani ve şiddetli korku ve tedirginlik hissettiğiniz en kötü nöbetlerinizden birinde şimdi sayacağım şikayetlerden var olanları söyleyiniz. HER BELİRTİYİ OKUYUNUZ VE HER BELİRTİYİ "EVET" YA DA "HAYIR" OLARAK KODLAYINIZ. GEREKTİKÇE "Bu nöbet sırasında"YI YINELEYİNİZ.

	H	E
1. nefes darlığı, nefes alma güçlüğü	1	5
2. çarpıntı,	1	5
3. başdönmesi, sersemlik hissi,	1	5
4. göğsünüzde\midenizde, baskı, sıkışma, ağrı, rahatsızlık	1	5
5. ellerinizde ya da ayaklarınızda karıncalanma, uyusma	1	5
6. boğazınızda tıkanma, yutma güçlüğü	1	5
7. baygınlık hissi	1	5
8. terleme	1	5
9. titreme	1	5
10. ateş basması, üşüme	1	5
11. kendinizin ya da çevrenizdekilerin gerçek olmadığı duygusu	1	5
12. ölüm korkusu	1	5
13. çılgın gibi, deli gibi davranma korkusu	1	5
14. bulantı	1	5
15. karın ağrısı	1	5
16. boğulma hissi	1	5
17. ağız kuruluğu	1	5

D5. D4'de 5 KODLANMIŞ BİRDEN FAZLA SORU VAR MI. HAYIR...(D20'YE GEC)..1 EVET.....5

D6. (D4'de 1-17 ARASINDA 5 KODLANMIŞ BELİRTİLERDEN SÖZ EDEREK) gibi sorunlarınızın olduğu korku ya da bunaltı nöbetleriniz (ilk\son) kez ne zaman oldu.

BS YASI: _____

SN YASI: _____

A. Geçen ay böyle kaç nöbet geçirdiniz. ______ ES1K:03

D7. Bir ay yada daha uzun süre her hafta böyle en az 4 nöbet geçirdiğiniz oldu mu.

HAYIR.....1 EVET.....5

D8. 4 haftalık bir süre içinde bunun gibi 4 nöbet geçirdiniz mi.

HAYIR.....1 EVET.....5

D9. Bir nöbet geçirdikten sonra bir ay ya da daha uzun süre yeni bir nöbet gelecek diye sürekli korkunuz oldu mu.

HAYIR..(D10'A GEÇİN)..1 EVET.....5

A. Geçen ay içinde böyle bir nöbet geçireceğinizden sürekli korktunuz mu

HAYIR.....1 EVET.....5

D6A 3 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA VEYA D9A 5 KODLANDIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

D10. Nöbetler sırasında (D4'DE KODLANMIŞ EN FAZLA 4 BELİRTİYİ SAYARAK) birden başlayıp ilk bir kaç dakika içinde kötüleşiyor mu.

HAYIR.....1 EVET.....5

AGOROFOBİ:

D20. Bazı insanlar kalabalıkta, yalnız dışarı çıktıklarında, otobüs, otomobil ya da tren gibi taşıtlarda, köprüden geçerken, mantıksızca, büyük bir korkuya kapılırlar ve bu yüzden bu gibi durumlardan kaçınırlar. Siz de böyle bir durumda olmaktan her zaman çok korktuğunuz bir dönem hiç yaşadınız mı. HAYIR..(E1'E GEÇİN)..1 EVET.....5

A. Su durumlarda böyle bir korku hissettiniz mi. HAYIR EVET

1) kalabalıkta ya da kuyrukta beklerken	1	5
2) evden ayrılırken ya da evden uzakta yalnızken	1	5
3) çarşıda, pazarda	1	5
4) araba, otobüs, tren ya da uçakta	1	5
5) köprüden geçerken	1	5

HERHANGİ BİRİ 5 KODLANDIYSA ÖRNEK İSTEYİNİZ.....
HEPSİ 1 KODLANDIYSA 21'E , DEĞİLSE 22'YE GEÇİNİZ.

D21. Sizi her zaman çok korkutan bir durumdan söz ederken nasıl bir durum düşünmüştünüz.
YUKARIDAKİLERDEN HİÇ BİRİ... (E1'E GEÇİN)..1 BASKA...5
Örnek:.....

D22. Bu durumda iken, HAYIR EVET

1. Baş dönmesi	1	5
2. terleme	1	5
3. titreme	1	5
4. ağız kuruluğu	1	5
5. kalp çarpıntısı oldu mu	1	5

A. Bu sırada mide yada göğsünüzde bir rahatsızlık, soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, kontrolünüzü kaybedecek ya da delirecekmışsiniz gibi bir duygu oldu mu. HAYIR.....1 EVET.....5

D23. Bu açıklanamayan güçlü korku sırasında, kimse yardım etmese ve kacamasanız, bayılmaktan ya da güçsüz kalacağınız, utanacağınız bir duruma düşmekten korktunuz mu. HAYIR.....1 EVET.....5

D24. Korkunuz nedeniyle bu durumlardan kaçtığınız oldu mu. HAYIR.....1 EVET.....5

D25. (ilk\son) kez ne zaman (D20 a'da 5 kodlanan ya da D21'de söz edilen durumlar)'dan mantıksızca büyük bir korkunuz oldu. BŞ YAŞI: __ __ SN YAŞI: __ __

D26. D22(1-5, D22A DAN BİRİ) VE D24 "5" KODLANDI MI. HAYIR ..(E1'E GEÇİN)..1 EVET.....5

D27. Bu korkularınızı bir doktora anlattınız mı. HAYIR.....1 EVET..E2'YE GEÇİN..5

1. Bu korkularınız nedeniyle başka (profesyonel) kişilere başvurduunuz mu.	HA..1	EV..5
2. Bu korkular nedeniyle birden çok kez ilaç aldınız mı.	HA..1	EV..5
3. Bu korkular günlük yaşamınızı ve faaliyetlerinizi çok aksattı mı	HA..1	EV..5

D28. Bu korkular nedeniyle yolculuğu çıkamadığınız oldu mu HA..1 EV..5

D29. Bu korkular nedeniyle bütün bir gün evden çıkamadığınız oldu mu HA..1 EV..5

D30. D2'deki PANİK NÖBETİ 2-5 KODLANDI MI HAYIR..E1'E GEÇİN..1 EVET.....5

D31. Kendinizi birdenbire bunaltılı ya da rahatsız hissedip (D4'de 5 KODLANANLARDAN EN ÇOK 3 TANESİNİ SAYARAK) gibi belirtiler ortaya çıktığından söz ettiniz.

Bu korkular yalnızca (D20'de 5 KODLANAN YA DA D21 DE SÖZ EDİLEN DURUMLARI SAYARAK) mı ortaya çıkıyordu. Yoksa başka zamanlarda da oldu mu.

NÖBETLER YALNIZ FOBİK DURUMLARDA.....1 FOBİK DURUMLAR DIŞINDA NÖBETLER.....5

DEPRESYON: E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELIRTININ SON 4 HAFTA IÇINDE OLUP OLMADIGINI DA KODLAYINIZ (6). 2 HAFTA SURELI SORULARDA 6 KODU IÇIN BELIRTININ VARLIĞI YETERLİDİR.

E1.Yaşamınızda 2 hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu. 1 5 6

E2.Yaşamınızda 2 hafta ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissetseniz de çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu HA...E7'YE GEÇİN..1 EV...A'YI SORUN..5

A.Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü. 1 5 6

5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİN

BŞ\SN: Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki\sonuncusu) ne zaman başladı\bitti. BŞ YAŞI:_____ SN YAŞI:_____

E3.Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız. HA....1 EVET....5

E4.Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hisseder miydiniz. HA....1 EVET....5

E5.Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla baş edemediğinizi hissettiniz mi. HA....1 EVET....5

E6.Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hisseder miydiniz. HA....1 EVET....5

E7-E31 ARASINDA KÖSELİ PARANTEZ İÇİNDEKİLERİ ATLAYINIZ. KODLAMANI BİRİNCİ KOLONDA YAPINIZ.

İSTAH:

I YAŞAM BOYU

II EN KÖTÜ DÖNEM
HAYIR EVET

	1	4	5	6	1	5
E7.İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>istahınızı</u> [kaybettiniz mi] <u>kaybettiğiniz</u> hiç oldu mu. BESLENME NORMAL OLSA BİLE POZİTİF OLABİLİR A.(Bu dönemde\bu dönemlerden birinde) istahınızı tümüyle kaybettiniz mi.						
E8.Zayıflamaya <u>çalışmadığınız halde</u> bir kaç hafta süreyle haftada 1 kilo ya da toplam 4.5 [kilo verdiniz mi] <u>kilo verdiğiniz</u> hiç oldu mu A.(Bu dönemde\bu dönemlerden birinde) kaç kilo kaybettiniz						
E9.Büyüme dönemi (ya da hamilelik) dışında en az 2 hafta süreyle [istahınız arttı mı] <u>istahınızda artma</u> oldu mu						
E10.Çok fazla yiyerek <u>bir kaç hafta süreyle haftada 1 kilo</u> (ya da toplam 4.5 kilo)[aldınız mı] <u>aldığınız</u> bir dönem oldu mu. MALNUTRİSYON SONRASI İSE 1 KODLAYIN 5 KODLANMADI İSE E11'E GEÇİN. A.(Bu dönemde\bu dönemlerden birinde) en fazla kaç kilo aldınız.						

KG: \ \

KG: \ \

UYKU:

E11.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece uykuya dalmakta güçlük [çektiniz mi] çektığınız oldu mu A.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece en az iki saat uykuya dalamadığınız [dalamadınız mı] bir dönem oldu mu.	1 4 HAYIR...1 EVET....5 6	5 6	1 5 1 5
E12.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece [uykunuz bölündü mü] uykunuzda bölünmeler oldu mu 5 KODLANMADIYSA E13 E GEÇİN. A.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece bir saatten fazla yatakta uyanık [durdunuz mu] durduğunuz oldu mu	1 4 HAYIR...1 EVET....5 6	5 6	1 5 1 5
E13.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah çok erken [uyandınız mı] uyanma sorunuz oldu mu 5 KODLADIYSANIZ E14'E GEÇİN A.iki hafta ya da daha uzun süre hemen her sabah istediğinizden en az iki saat erken [uyandınız mı] uyandığınız bir dönem oldu mu.	1 4 HAYIR...1 EVET....5 6	5 6	1 5 1 5
E14.iki hafta ya da daha uzun süre hemen her gün çok fazla [uyuyor muydunuz] uyduğunuz oldu mu.	1 4	5 6	1 5

YORGUNLUK:

E15.iki hafta ya da daha uzun süreyle çok çalışmadığınız halde kendinizi yorgun , halsiz [hissettiniz mi] hissettiğiniz bir dönem oldu mu. 5 KODLANMADIYSA E16'YA GEÇİN A.iki hafta ya da daha uzun süreyle gücünüzün tümüyle tükenmiş olduğunu hissettiniz mi.	1 4 HAYIR...1 EVET....5 6	5 6	1 5
E16.iki hafta ya da daha uzun süreyle sabahları kendinizi çok kötü hissedip gün içinde daha [iyilestiniz mi] iyileştığınız oldu mu.	1 4	5 6	1 5

YAVASLAMA:

E17.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün normalden yavaş konuştuğunuz, ya da yavaş hareket [ettiniz mi] ettiğiniz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
E18.iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün bir aşağı bir yukarı gidip geldiğiniz, yerinizde duramadığınız [duramayıp], <u>sürekli hareket</u> [ettiniz mi] ettiğiniz oldu mu.	1 4	5 6	1 5

ILGI KAYBI:

E19.Cinsel isteğinizin [cinsel isteğiniz] her zamankinden çok az [mıydı]aldığı bir kaç haftalık bir dönem oldu mu. HIÇ İSTEĞİ OLMAMISSA 2 KODLAYIP E20'YE GEÇİN. 5 KODLANMADIYSA E20'YE GEÇİN. A.Cinsel isteğinizin hiç tümüyle kaybolduğu oldu mu [Cinsel isteğiniz tümüyle kayboldu mu]	1 4	5 6	1 5
	HAYIR...1		
	EVET....5 6		1 5
E20.İki hafta ya da daha uzun süreyle işinize ya da hoşunuza giden şeylere ilginizi [kaybettiniz mi] kaybettiğiniz oldu mu. 5 KODLANMADIYSA E21'E GEÇİN A.İşinize ya da hoşlandığınız şeylere ilginizi tümüyle [kaybettiniz mi] kaybettiğiniz hiç oldu mu.	1 4	5 6	1 5
	HAYIR...1		
	EVET....5 6		1 5
E21.İki hafta ya da daha uzun süreyle yaşadığınız güzel şeyler karşısında (bir şey kazanmak, övülmek gibi) [sevinemediniz mi] sevinemediğiniz oldu mu.			
	HAYIR...1		
	EVET....5 6		1 5

DEĞERSİZLİK:

E22.İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi;1.değersiz 2.günahkar 3.suçlu [hissettiniz mi] hissettiğiniz oldu mu. 5 VARSA SORUNUZ: Kendinizi (değersiz\günahkar\suçlu) hissetmeniz için bir neden var mıydı. ÖRNEK: _____ DEĞERSİZLİK 1 KODLANDIYSA E23'E GEÇİN. A.Bir hafta ya da daha uzun süreyle kendinizi tümüyle değersiz [hissettiniz mi] hissettiğiniz oldu mu.	HAYIR	EVET	
	1	5 6	1 5
	1	5 6	1 5
	1	5 6	1 5
	HAYIR...1		
	EVET....5 6		1 5
E23.İki hafta ya da daha uzun süreyle başka insanlardan aşağı olduğunuzu [hissettiniz mi] hissettiğiniz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
E24.İki hafta ya da daha uzun süreyle hiç bir konuda fikrinizi söyleyemeyecek kadar kendinize [güveniniz azaldı mı] güveninizin azaldığı oldu mu. 5 KODLANMADIYSA E25'E GEÇİN. A.İki hafta ya da daha uzun süreyle kendinize güveninizi tümüyle [kaybettiniz mi] kaybettiğiniz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
	1 4	5 6	1 5

DIKKAT:

E25. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün dikkatinizi toplamakta güçlük [çektiniz mi] cektiginiz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
A. İki hafta ya da daha uzun süreyle dikkatinizi veremediğiniz için televizyon, film izleyemediğiniz ilginizi çeken konularda okuyamadığınız oldu mu	HAYIR...1 EVET....5	6	1 5
E26. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün düşüncelerinizin yavaşlamış ya da karışıkms gibi [geldi mi] geldiği oldu mu.	1 4	5 6	1 5
E27. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün sıradan kararları vermekte güçlük [çektiniz mi] cektiginiz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
5 KODLANMADIYSA E28'E GEÇİN. A. (İki hafta ya da daha uzun süreyle) sıradan konularda karar verebilme gücünüzü tümüyle [kaybettiniz mi] kaybettiğiniz oldu mu.	HAYIR...1 EVET....5	6	1 5

ÖLÜM DOŞONCESİ:

E28. İki hafta ya da daha uzun süreyle ölümü çok [düşündünüz mü] düşündüğünüz oldu mu. (kendinizinkini, başkalarınıninkini ya da genel olarak ölümü)	1 4	5 6	1 5
E29. İki hafta ya da daha uzun süreyle ölmeyi [istediniz mi] istediğiniz oldu mu.	1 4	5 6	1 5
E30. Hiç intihar etmeyi düşündüğünüz oldu mu. [intihar etmeyi düşündünüz mü]	1 4	5 6	1 5
E31. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu. [intihar girişiminde bulundunuz mu]	1 4	5 6	1 5
E32. E7'DEN BU YANA 3 YA DA DAHA FAZLA 5* YA DA 6* KODU VAR MI.	HAYIR...1 EVET....5		
A. E7-E31 ARASINDA 6* KODLARINI SAYINIZ	______	ESİK:04	

ESİGE ULAŞILDI İSE HASTA İZLEMeye ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNU DOLDURUN.

ADI SOYADI:

İKİNCİ GÖRÜŞME FORMU

KİŞİ SIRA NO:

AİLE REİSİNİN ADI SOYADI:

1. Sizden kendi sağlığınıza değerlendirmenizi istiyorum. Genel olarak baktığınızda "sizce" sağlığınız nasıldır? (kendi görüşünüz).

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

Bu aşamada TANI ÖLÇEĞİ'ni uygulayınız-----

2. Kişi herhangi bir tanı aldı mı? 1. evet 2. hayır

3. Bu rahatsızlıklarınız yüzünden herhangi bir yere başvurdunuz mu 1. evet 2. hayır

4. İlk kez kime başvurdunuz.

1. Hoca,kocakarı 2. Genel pratisyen 3. Hemsire 4. Ebe
5. Uzman Hekim 6. Alternatif tıp 7. Sosyal hizmet uzmanı
8. Polis 9. Adli makam 10. Din görevlisi 11. Hastane
hekimisi 12. Psikiyatri hizm. 13. Öğretmen 14. Eczacı
15. Diğer _____

5. Soru 4'de işaretlenen'e basvurmanızı kim önerdi.

1. Kendisi 2. Ailesi 3. Arkadaşı 4. İş arkadaşı/patronu
5. diğer _____

6. Soru 4'dekine gidis nedeniniz TANI KOYDUGUMUZ rahatsızlığınız mıydı.

1. evet 2. hayır

7. Evinizden Soru 4'dekine gitmek ne kadar zaman alır. _____ (saat.dakika)

8. Soru 4'deki ne tedavi önerdi.

1. Tedavi yok 2. Fiziksel hastalık tedavisi 3. Pratik öneri 4. Yol gösterme/tartışma 5. Dua/manevi destek
6. Ayin/ziyaret,hac 7. Yöresel halk ilaçları 8. Sinir hapları(bilinmiyor) 9. Sedatif/hipnotik 10. Antiepilepti
11. Antidepressan 12. Nöroleptik 13. diğer _____
14. Sevk 15. Bilinmiyor

9. Bu rahatsızlığınız nedeni ile başka bir yere başvurdunuz mu. 1. evet 2. hayır

10.En son kime başvurdunuz. ____ (soru 4 ile aynı kodlama yap)

11.Soru 10'dakine basvurmanızı kim önerdi.

1. Daha önce başvurduğum kişi 2. kendisi 3. ailesi
4. arkadaşı 5. iş arkadaşı/patronu 6. diğer _____

12.Evinizden Soru 10'dakine gitmek ne kadar zaman alır. _____ (saat.dakika)

13.Soru 10'daki ne tedavi önerdi. _____ (soru 8 ile aynı kod)

14.Su anda herhangi bir hastalığınız var mı. 1. evet 2. hayır

15.Herhangi bir hastalığı var ise ne olduğunu yazınız.

.....

16.Son bir ay içinde herhangi bir ilaç kullandınız mı.
1. evet 2. hayır

17.(Kullandı ise sorunuz) Hangi ilacı kullandınız
1. antibiotik 2. antidepressan 3. antienflamatuar
4. antispazmodik 5. diüretik 6. hipnotik 7. analjezik
8. trankilizan 9. sedatif 10. stimulan 11. vitamin
12. mineral 13. diğer

18.Soru 17'deki ilacı kim önerdi.
1. doktor 2. eczacı 3. hemşire/ebe 4. komşu/arkadas
5. diğer

KİŞİSEL SAĞLIK FIŞI BİLGİLERİ:

19.Daha önce S.O.na başvurmuş mu? 1. evet 2. hayır

20.Evet ise; kaç kez başvurmuş: ____

21.İlk başvuru tarihi:

22.Hiç ruhsal bozukluk tanısı almış mı? 1. evet 2. hayır

23.Evet ise; hangi tanıyı almış: _____

24.Verilen tedavi ya da öneri nedir? _____

İZLEME FORMU:

SİMDİKİ TANI:

HASTA AŞAĞIDAKİ TANILARDAN BİRİSİ İÇİN ESİK DEĞERİNE ULAŞTIYSA BUNUNLA İLGİLİ YAKINMALARININ MADDE NUMARALARINI KAYDEDİN. EN ÇOK RAHATSIZ EDEN YAKINMAYI ÖNE YAZIN.

TANILAR	BELİRTİLER (ÖNEM SIRASIYLA)
1.KRONİK AĞRI BOZUKLUĞU	
2.SOMATOFORM BOZUKLUK	
3.HİPOKONDRIAZİS	
4.NEVRASTENİ	
5.BUNALTI (1 AY)	
6.PANİK BOZUKLUĞU	
7.DEPRESİF BOZUKLUK	

BİRDEN ÇOK TANI VARSA EN ÇOK RAHATSIZ EDEN BELİRTİYİ TEKRAR YAZIN: