

# Çukurova Yöresinde Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerin Ruh Sağlığı Durumu ve Etkileyen Faktörler

Psychiatric Health Status and Affecting Factors of Adults in a

Rural Area in Çukurova Region

**Burak Kurt<sup>1</sup>, Muhsin Akbaba<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

Yazışma Adresi / Correspondence:

**Muhsin Akbaba**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

T: +90 322 338 60 60 E-mail: [akbaba1953@gmail.com](mailto:akbaba1953@gmail.com)

Geliş Tarihi / Received : 04.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted : 09.08.2018

## Öz

Amaç	Bu çalışmanın amacı, Adana ili Karataş ilçe merkezindeki 18 yaş üzeri nüfusta ruhsal durumu ve etkileyen faktörleri araştırmaktır. ( <i>Sakarya Tıp Dergisi</i> , 2018, 8(3):538-550 )
Gereç ve Yöntem	Adana ili Karataş ilçe merkezi 18 yaş üzeri nüfus 6.580 olup, çalışmada örneklem büyüklüğü 363 olarak hesaplandı ve gerekli izinler alınarak, 28.03.2016-15.06.2016 tarihleri arasında sosyodemografik özellikler, sağlık durumu, sağlık hizmetlerine başvuru ve Kısa Semptom Envanteri sorularından oluşan 75 soruluk anket katılımcıların evlerine gidilip yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Araştırmanın türü kesitseldir. Analizde SPSS 19.0 programı yardımıyla frekans analizleri, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.
Bulgular	Çalışmaya katılan 363 kişinin %7,4'ü geçmişte ruhsal hastalık geçirmiş, %6,3'ü ise halen ruhsal hastalık yaşamaktaydı. Katılımcıların %14,3'ü kendinde bir ruhsal hastalık bulunduğunu düşünmekteydi. %20,4'ü ruhsal sıkıntıları için bugüne kadar doktora başvurmuşken, %22,8'i tedavi almıştı. Ruhsal belirti düzeylerine bakıldığı zaman; her bir belirti için %22,6 ila %40,2 arasında kesim değerinin üzerinde kalan bir ortalama görülmekteydi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ruhsal belirtileri arasında anlamlı ilişki bulundu.
Sonuç	Ruhsal belirtiler sık görülmesine rağmen belirti yaşayanların sağlık hizmetinden yararlanmaları konusunda sıkıntılar mevcuttur. Ulusal ruh sağlığı politikası ruhsal sorunların ortaya çıkmasını önleyici, hastaların erken tanınması, sağaltımı ve özellikle toplum içinde esenlendirilmesini sağlayıp sürdürecektir nitelikte olmalıdır.
Anahtar Kelimeler	Ruh Sağlığı, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma, Ruhsal Belirtiler

## Abstract

Objective	Aim of this study is; investigating mental status of population aged 18 years and older in the Karatas district center of Adana province and determining the factors that affect. ( <i>Sakarya Med J</i> , 2018, 8(3):538-550 ).
Materials and Methods	Population of Adana province Karatas district over age of 18 was 6,580. Sample size of study was calculated as 363 and required legal permissions were obtained and between 03.28.2016-06.15.2016, 75 question questionnaire consisting of sociodemographic characteristics, health status, application to health services, and Brief Symptom Inventory questions was applied in participants' homes with face-to-face interview method. Type of study is cross-sectional. Frequency analysis, chi-square test and logistic regression analysis were used in SPSS 19.0 software.
Results	7.4% of 363 people who participated in the study had had a mental illness in the past and 6.3% still had a mental illness. 14.3% of participants thought that they had a mental illness in themselves. 20.4% had applied to a doctor for mental disturbance so far, and 22.8% had received treatment. When looked at mental symptom levels; an average over cut-off value of 22.6% to 40.2% for each symptom was observed. There was a significant relationship between sociodemographic characteristics of participants and psychological symptoms.
Conclusion	Although psychiatric symptoms are common, people with symptoms have difficulty in benefiting from health care. National mental health policy should be of quality that prevents emergence of mental problems, early recognition of patients, treatment, and rehabilitation especially in society.
Keywords	Mental Health, Benefiting From Health Services, Mental Symptoms

## Giriş

Tarih boyunca beden sağlığı somut nitelikleri nedeniyle sürekli geliştirilmeye açık bir konu olmuşken, ruh sağlığı sorunları üzerinde yeterince durulmamış ve bu sorunlar geri planda kalmıştır. Buna ruhsal sorunu olanlara karşı toplumun sergilediği tutum da (damgalanma, dışlanma, utanç) eklenince sorunlar gizlenmiş, tanı ve tedaviden yararlanamayan hastalar kronikleşmiş ve ağır evrelerinde ortaya çıkmışlardır.<sup>1</sup>

DSÖ'nün 2014 Ruh Sağlığı Atlası'na göre dünyada her 10 kişiden biri ruh sağlığı sorunu yaşamakta ve yılda 900 bin kişi intihar etmektedir. Gençler arasındaki en yaygın 2. ölüm nedeninin intihar olup, her 4 kişiden biri hayatlarının belli dönemlerinde ruhsal bozukluk geçirmekte ve ruh sağlığı ciddi anlamda bozuk olan her 4 kişiden 3'ünün ise hiçbir tedavi almadığına dikkat çekilmektedir. 2030 yılına kadar depresyonun, getirdiği yük açısından ilk sıraya yerleşeceği ve küresel bir kriz olacağı tahmin edilmektedir.<sup>2</sup>

Günümüzde ruh sağlığı sorunları, belirti ve bozuklukların yaygınlıkları, tıbbi ve toplumsal özellikleriyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizdeki alan araştırmaları, toplum içinde psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal sorunların % 20'nin üzerinde yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir. Ülkemizde en son yapılan yurt geneli çalışma olan ve 1998'de sonuçları yayınlanan, Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığını belirlemek için ülke genelini temsil eden bir örnekleme gerçekleştirilen "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çerçevesinde 18 yaş ve üstündeki 7479 kişiyle görüşülmüştür. Son 12 aydaki tanılar değerlendirildiğinde araştırmaya katılanların %17,2'sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur.<sup>3</sup>

### Bu çalışmanın amacı;

Adana ili Karataş ilçe merkezindeki 18 yaş üzeri nüfusta ruhsal durumu araştırmak ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular koruyucu ruh sağlığı içinde değerlendirilip ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi için gereklidir. Bunları sağlayacak en iyi çalışmalar saha çalışmalarıdır. Kırsal alanda ruhsal belirtilerin yaygınlığının belirlenmesi, olası risk faktörlerinin tanımlanması, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumunun incelenmesi; her türlü eğitim programının hazırlanmasında ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

### Gereç ve Yöntem

#### Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Karataş ilçe merkezi içinde 18 yaş üzeri kişilerde ruhsal durum, etkileyen faktörler ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumunu belirleme amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Adana Valiliği'nden izin alınmıştır.

#### Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Karataş ilçe merkezinde yaşayan 18 yaş üzeri nüfus oluşturmaktadır. 2014 verilerine göre ilçe merkezi 18 yaş üzeri nüfus 6.580'dir.

#### Örnekleme Büyüklüğünün Belirlenmesi Ve Seçimi

Örnekleme büyüklüğü hesaplanmasında Statcalc programı kullanılarak Frekans: %50 (maksimum

örnek büyüklüğüne ulaşmak için) Güvenilirlik: %95 Hata payı: %5 alınmış olup 363 kişiye ulaşmak hedeflendi. Yanıtlamama olasılığı göz önünde bulundurularak %10 (n=36) yedek denek eklendi. Bu 363 kişiye ulaşmak için sistematik örnekleme yöntemi ile ilçe merkezindeki 1820 haneden 363'ü seçildi. Hane verileri İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Adres Kayıt Sistemi'nden alındı. Her haneden bir kişi alınmak suretiyle 363 kişiye araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulandı. Yaş dağılımına göre tabakalama yapılmadı. Hanede kapıyı açan ilk kişiye anket formu uygulandı. Kapıyı açan kişinin çalışmaya katılmayı kabul etmediği durumlarda evde ankete katılmayı kabul eden kişiye anket uygulandı. Ankete katılan kişilerden yazılı aydınlatılmış onam formu alındı.

### **Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmaya başlamadan önce aynı bölgede oturan ve örnekleme girmemiş olan 18 yaş üzeri 20 kişi ile görüşülerek ön uygulama yapıldı ve anket formuna son şekli verildi. Daha sonra araştırmaya alınan 363 kişi seçildikten sonra araştırmacı tarafından adresleri bulundu. Görüşmede veri toplarken her bir kişiye bir anket formu ve kısa semptom envanteri uygulandı. Ortalama haftada 4 gün adresleri belirlenen kişiler araştırmacı tarafından evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşmelerle anket formu dolduruldu. Erkek katılımcıların gündüz saatlerinde işte olacağı düşünülerek, ev ziyaretlerinin hafta içi akşam saatlerinde veya hafta sonları yapılmasına özen gösterildi. Katılımcıların kimlik bilgileri toplanmadı. Çalışmanın veri toplama aşaması 28.03.2016-15.06.2016 tarihleri arasında yürütüldü. %14 oranında red alındı. Red yanıtı vermelerinin sebebi kişisel ve psikolojik bilgilerini paylaşmak istememeleriydi. Çalışmaya katılmayı reddeden kişilerin yerine komşu haneye ziyaret yapıldı. Yedek hanelerle bu açık kapatılarak 363 kişinin tamamına ulaşıldı.

### **Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler**

Kısa semptom envanteri puanına göre psikiyatrik semptomlar "semptom düzeyi düşük" ve "semptom düzeyi yüksek" şeklinde gruplandırıldı ve bağımlı değişken ikili değişken olarak analiz edildi. Kesim noktası olarak ölçüğeğin Türkçe uyarlanması çalışmasındaki ortalamalar alındı.

### **Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler**

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk sayısı
- Kendisinin ve eşinin eğitim durumu
- Kendisinin ve eşinin çalışma durumu
- Ailenin toplam geliri
- Kiminle yaşadığı
- Yaşamının son 5 yılını geçirdiği yer
- Yaşadığı kronik hastalıklar
- Geçmişte ve bugün yaşadığı psikiyatrik hastalıklar
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumu
- Akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı
- Ailede bakım gerektiren hasta varlığı
- Doktora başvuru durumu
- Psikiyatrik tedavi alma durumu

## Anket Formu

Anket formu 75 sorudan ve 3 bölümden oluşmaktadır.

**Birinci bölüm:** Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ailevi durumu gibi bilgileri kapsayan sosyodemografik özellikleri

**İkinci bölüm:** Kişinin ve akrabalarının ruhsal hastalık durumu, tanı alma ve tedaviden yararlanma durumları

**Üçüncü bölüm:** Kısa Semptom Envanteri

### Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa ancak geçerli ve güvenilir olan ölçeklere duyulan ihtiyaç üzerine Derogotis (1992) tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Normal örneklerde olduğu gibi çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacı ile geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir.<sup>4</sup> KSE, 9 alt ölçek, 3 global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ülkemiz için uyarlanması Nesrin Şahin ve Ayşegül Durak tarafından yapılmıştır.<sup>5</sup> Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırasıyla, somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), obsesif kompulsif semptom (OKS) (5,15,26,27,32,36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), anksiyete (A) (1,12,19,38,45,49. maddeler), hostilité (H) (6,13,40,41,46. maddeler), fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili maddeler vardır. KSE, likert tipi bir ölçektir. Her madde "hiç yok / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var" seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

### Ölçeğin 3 global indeksi şunlardır:

**Rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCI):** Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir:  $(S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM) / 53$

**Belirti toplamı (BT):** 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerler) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

**Semptom rahatsızlık indeksi (SRI):** Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir:  $(S+OKB+KD+D+A+H+FA+PD+P+EM) / \text{Belirti Puanı}$

Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir. KSE'ndeki her bir ifadenin kendine göre uygunluğunu, beş seçenekten birini seçerek (0 / 1 / 2 / 3 / 4) belir-

ten bireylerin yanıtlarının 9 alt ölçek ve ek maddelerdeki puan ortalamaları değerlendirmeye katılır. Her bireyin ruhsal belirti puan ortalaması, hiç (0 puan), çok az (1 puan), orta derecede (2 puan), oldukça fazla (3 puan), ileri derecede (4 puan) olan puanlara yakınlığı ile değerlendirmeye alınır. Bu puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça belirtilerin ileri derecede olduğu, 0'a yaklaştıkça belirtilerin azaldığı görülmektedir. Her alt ölçek, ek madde ve belirti toplamı dışındaki iki global indekste bir birey en fazla 4 puan, en az 0 puan alabilir. Belirti toplamında ise en fazla 53, en az 0 puan alabilir. Ölçek genel ortalama puanı olan RCI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntı artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi indeksidir. BT arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. SRI'deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir.

### Verilerin Analizi

Katılımcılara anket uygulanırken soruların çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistiksel analizler için yeniden gruplandırıldı (medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, son 5 senedir yaşadığı yer). Gelir düzeyi için anketin yapıldığı dönemdeki asgari ücret olan 1000 TL baz alındı.

İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Önce KSE'deki her bir alt ölçek için ikili değişkenler ile ki-kare analizi yapılmış, burada p değeri 0,1'in altında bulunan değişkenler tekrar alınarak her bir alt ölçek/indeks için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma veya medyan(min-max), sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu incelemeler Epi-Info 7 ve SPSS (ver 19.0, Chicago, IL) programı kullanılarak yapılmıştır.

### Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Biriminden TTU-2016-5624 no'lu araştırmamıza proje fonu alınmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasında kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

### Bulgular

- Katılımcıların %49,9'u erkek, %50,1'i kadındı.
- Katılımcıların yaş ortalaması 38,5±13,4 idi.
- Katılımcıların %78,5'u evli idi. Ortalama çocuk sayıları 3,6±1,2 idi.
- %6,3'ü okuryazar değilken, %7,7'si okuryazar, %37,5'u ilkokul mezunu, %24,5'i ortaokul mezunu, %18,5'i lise mezunu, 20'si (%5,5) yüksekokul ve üzeri eğitim seviyesine sahipti. Kadınların eğitim düzeyi erkeklere göre daha düşüktü.
- Katılımcıların %42,4'ü çalışma hayatındayken, %57,6'sı çalışmıyordu. Kadınlarda çalışmama oranı %94 idi.
- Başlıca geçim kaynakları çiftçilik, esnafılık ve balıkçılıktı.
- Aylık hane geliri ortalama 1925 TL idi. Asgari ücretten (1000 TL) daha düşük hane gelirine sahip %19,8'lik bir kesim vardı.
- Katılımcıların %35,5'i kronik hastalık sahibiydi.
- Katılımcıların %7,4'ü geçmişte tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalık yaşamıştı. Tanıların %48,2'si depresyon, %37,0'ı panik ataktı. Ortalama hastalık yaşama süresi ise 61 aydı.

- Katılımcıların %6,3'ü şu anda tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalık yaşıyordu. %34,8'ine depresyon, %21,7'sine panik atak, yine %21,7'sine de yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştu. Ortalama hastalık yaşama süresi ise 92 aydı.
- Katılımcıların %14,3'ü kendisinde psikiyatrik hastalık bulunduğunu düşünüyordu. %11,3'ünün 1. Derece akrabasında psikiyatrik hastalık mevcuttu.
- Katılımcıların %20,4'ü ruhsal sıkıntıları için hayatı boyunca en az bir kere doktora başvurmuştu. %16,5'i geçmişte psikiyatrik tedavi almıştı. %65'i yalnızca ilaç, %23,3'ü ilaç+psikoterapi, %11,7'si ise yalnızca psikoterapi almıştı.
- Katılımcıların %6,3'ü şu anda psikiyatrik tedavi alıyordu. %73,9'u yalnızca ilaç, %21,7'si ilaç+psikoterapi, %4,4'ü ise yalnızca psikoterapi alıyordu.

### Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri Değerlendirme Sonuçları

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri (KSE) ölçeğine göre değerlendirme sonuçları Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Kesim değerine göre dağılım yapıldığında, en düşükten en yükseğe göre; katılımcıların 82'sinde (%22,6) psikotizm, 100'ünde (%27,5) depresyon, 106'sında (%29,2)'sinde ek maddeler, 107'sinde (%29,5) hostilite, 109'unda (%30,0) semptom rahatsızlık indeksi, 117'sinde (%32,2) fobik anksiyete, 122'sinde (%33,6) rahatsızlık ciddiyeti indeksi, 123'ünde (%33,9) belirti toplamı, 124'ünde (%34,2) anksiyete, 129'unda (%35,5) obsesif-kompulsif semptom, 129'unda (%35,5) kişilerarası duyarlılık, 140'ında (%38,6) paranoid düşünce, 146'sında (%40,2) somatizasyon alt ölçek/indeks puanları kesim değerinin üzerindeydi.

Ruhsal Belirti	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca	En Düşük-En Yüksek
Somatizasyon	0,55±0,60	0,29	0,00-3,57
Obsesif-Kompulsif Semptom	0,87±0,66	0,83	0,00-3,33
Kişilerarası Duyarlılık	0,77±0,75	0,50	0,00-3,25
Depresyon	0,66±0,70	0,50	0,00-3,67
Anksiyete	0,63±0,63	0,33	0,00-2,83
Hostilite	0,75±0,71	0,60	0,00-3,40
Fobik Anksiyete	0,41±0,50	0,20	0,00-2,60
Paranoid Düşünce	1,00±0,82	0,80	0,00-3,40
Psikotizm	0,44±0,53	0,20	0,00-3,00
Ek Maddeler	0,65±0,66	0,50	0,00-3,00
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,67±0,52	0,51	0,00-2,68
Belirti Toplamı	20,33±12,81	20,00	0,00-53,00
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,54±0,58	1,50	0,00-3,32

**Tablo 2. Katılımcıların KSE Belirtilerinin Kesim Değerine Göre Kıyaslanması**

Ruhsal Belirti	Kesim Değeri	Kesim Değerinin Altında Kalan		Kesim Değerinin Üzerinde Kalan	
		Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon	0,54	217	59,8	146	40,2
Obsesif-Kompulsif Semptom	1,03	234	64,5	129	35,5
Kişilerarası Duyarlılık	0,86	234	64,5	129	35,5
Depresyon	0,93	263	72,5	100	27,5
Anksiyete	0,79	239	65,8	124	34,2
Hostilite	0,98	256	70,5	107	29,5
Fobik Anksiyete	0,49	246	67,8	117	32,2
Paranoid Düşünce	1,01	223	61,4	140	38,6
Psikotizm	0,72	281	77,4	82	22,6
Ek Maddeler	0,88	257	70,8	106	29,2
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,82	241	66,4	122	33,6
Belirti Toplamı	25,00	240	66,1	123	33,9
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,79	254	70,0	109	30,0

### Katılımcıların Ruhsal Belirtilerini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin

#### Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları Değerlendirildiğinde (Tablo 3):

- Kronik kronik hastalık varlığının ve kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun Somatizasyon düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun Obsesif-Kompulsif Semptom düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Hiçbir bağımsız değişkenin tek başına Kişilerarası Duyarlılık düzeyini anlamlı olarak artırmadığı,
- Eş ile birlikte yaşamamanın ve kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun Depresyon düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun ve doktora başvuru durumunun Anksiyete düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun ve doktora başvuru durumunun Hostilite düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Hiçbir bağımsız değişkenin tek başına Fobik Anksiyete düzeyini anlamlı olarak artırmadığı,
- Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığının, kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun, doktora başvuru durumunun ve Paranoid Düşünce düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Evli olmamanın, eş ile birlikte yaşamamanın, kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun ve doktora başvuru durumunun Psikotizm düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kadın cinsiyetin, kronik hastalık varlığının ve doktora başvuru durumunun Ek Maddeler düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- Kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun Belirti Toplamı düzeyini anlamlı olarak artırdığı,
- 2000 TL ve altı hane gelirinin Semptom Rahatsızlık İndeksin düzeyini anlamlı olarak artırdığı, tespit edilmiştir.

	Kadın cinsiyet	Hane geliri 2000 TL altında olmak	İlkokul ve altı eğitim düzeyinde olmak	Evlilik olmamak	Eş ile birlikte yaşamamak	Birinci derece akrabasında ruhsal hastalık bulunması	Kronik hastalık sahibi olmak	Kendinde psikiyatrik hastalık bulunduğunu düşünmek	Ruhsal sorun nedeniyle doktora başvurulmuş olmak
Somatizasyon	-	-	-	-	-	-	2,97 (1,76-5,03)	2,96 (1,36-6,47)	-
Obsesif-Kompulsif Semptom	-	-	-	-	-	-	-	2,58 (1,28-5,19)	-
Kişilerarası Duyarlılık	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Depresyon	-	-	-	-	3,02 (1,18-7,71)	-	-	3,24 (1,56-6,74)	-
Anksiyete	-	-	-	-	-	-	-	5,02 (2,33-10,84)	2,62 (1,19-5,78)
Hostilite	-	-	-	-	-	-	-	4,60 (2,22-9,54)	2,58 (1,18-5,61)
Fobik Anksiyete	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranoid Düşünce	-	-	-	-	-	2,17 (1,03-4,58)	-	2,96 (1,43-6,13)	2,17 (1,11-4,23)
Psikotizm	-	-	-	2,92 (1,11-7,71)	6,23 (2,35-16,54)	-	-	3,29 (1,54-7,00)	2,35 (1,02-5,38)
Ek Maddeler	1,80 (1,06-3,04)	-	-	-	-	-	1,90 (1,08-3,34)	-	3,61 (1,53-8,57)
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	-	-	-	-	-	-	-	4,16 (1,97-8,78)	-
Belirti Toplamı	-	-	-	-	-	-	-	2,90 (1,43-5,92)	-
Semptom Rahatsızlık İndeksi	-	2,32 (1,31-3,80)	-	-	-	-	-	-	-

Alt Ölçek/ İndeks	ABD	İngiltere	İsrail	Türkiye/ Konya	Mevcut Çalışmamız
Somatizasyon	0,29±0,40	0,43±0,57	0,62±0,68	0,5±0,4	0,55±0,60
Obsesif Kompulsif Semptom	0,43±0,48	0,59±0,63	0,94±0,79	1,0±0,6	0,87±0,66
Kişilerarası Duyarlılık	0,32±0,48	0,58±0,72	0,68±0,71	0,9±0,6	0,77±0,75
Depresyon	0,28±0,46	0,42±0,65	0,70±0,69	0,7±0,5	0,66±0,70
Anksiyete	0,35±0,45	0,45±0,60	0,85±0,71	0,7±0,5	0,63±0,63
Hostilite	0,35±0,42	0,44±0,60	0,72±0,70	0,9±0,7	0,75±0,71
Fobik Anksiyete	0,17±0,36	0,24±0,50	0,46±0,61	0,3±0,4	0,41±0,50
Paranoid Düşünce	0,34±0,45	0,54±0,65	0,91±0,78	0,6±0,5	1,00±0,82
Psikotizm	0,15±0,31	0,27±0,48	0,57±0,62	0,4±0,4	0,44±0,53
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,30±0,31	0,44±0,47	0,72±0,59	0,7±0,4	0,67±0,52

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

## Tartışma

### Ruhsal Sağlık Sorunlarının Sosyal Belirleyicileri

Pek çok bulaşıcı olmayan hastalıkta olduğu gibi ruh sağlığı sorunlarının da etyolojisinde genetiğin diğer biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicilerle etkileşimiyle belirlenen riskler bulunmaktadır. Bir başka anlatımla ruh sağlığı sorunları çok etmenlidir. Ülkeler arasında ve ülke içinde ruh sağlığı soru-



nu prevalansındaki büyük farklılıklar, sosyal belirleyicilerin öne çıktığını göstermektedir.

Ruh sağlığının bu tanımı farklı kültürlerdeki geniş ve çeşitli yorumlamalarla tutarlıdır. Ruh sağlığı sorunu ruhsal/zihinsel bir hastalığın olmamasından çok daha fazlasıdır. Çok geniş kültür ve ülkelerde çalışıldığından, sonuçlar ve elde edilen kanıtlar bireysel, ailesel ve çevresel etmenlerin de rolüne vurgu yaptığından sosyal belirleyiciler gündeme gelmiştir. Güncel literatüre göre bu belirleyiciler:

- a) Yaş
- b) Cinsiyet
- c) Sosyal statü
- d) Medeni durum
- e) Öğrenim durumu
- f) Çalışma durumu/çalışma yaşamı özellikleri
- g) Sosyoekonomik durum
- h) Ailesel ve çevresel etmenler
- i) Yerleşim bölgesi
- j) Önemli fiziksel hastalık (kronik hastalık, malignite vb.) durumudur.<sup>6</sup>

### **Yaş**

Psikolojik sağlık durumu yaşa göre değişmektedir.

Çalışmamıza katılanların %60,3'ü 40 yaşın altında, %39,7'si ise 40 ve üzerindedir. Lojistik regresyon testinde yaş hiçbir alt ölçek/indekte tek başına anlamlı artış sağlamıyordu.

Literatüre göre: Yaş arttıkça ruhsal sorun ve bozuklukların arttığı, 45 yaşın üzerinde nevrozların, 65 yaşın üzerinde ise organik kökenli bozuklukların daha yaygın olduğu görülmüştür. Yine 40 yaşın üzerinde depresif belirtilerin, depresyonun ve uyku bozukluklarının daha yaygın olduğu görülmektedir.<sup>7</sup>

### **Cinsiyet**

Lojistik regresyon testinde kadın cinsiyet somatizasyon ve ek maddeler alt ölçeklerinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda ve 2011 yılındaki Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda da benzer bulgular vardır.<sup>8</sup> (Şekil 1)

### **Sosyal Statü**

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Kadınlar erken yaşta evlendirilmekte ve genelde evde oturup çocuk büyütmeyle zamanlarını geçirmektedir. Erkeklerin %79'u çalışma hayatındayken, kadınların sadece %6'sı çalışmaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda çocuklarına bakmak için evde yalnız oturan kadınlarda, tehlike olarak depresyonun yaygın olduğu bulunmuştur. Toplum taramalarında pek çok tam zamanlı ev hanımı ve bakıcı boşluk, mutsuzluk, değersizlik gibi duygular hissettiklerini belirtmiştir.<sup>9,10</sup>

### Medeni Durum

Çalışmamıza katılanların %78,5'u evliyken %21,5'u evli değildi (bekar, boşanmış veya dul). Lojistik regresyon testinde evli olmamak psikotizm alt ölçeğinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2014'te evli bireylerin, evli olmayanlara göre daha mutlu olduğu görüldü. Evli bireylerin 2014 yılında %58,9'u mutlu iken, evli olmayanlarda bu oran %50 olarak gerçekleşti.<sup>11</sup>

### Öğrenim Durumu

Çalışmamıza katılanların %51,5'u ilköğretim ve daha düşük bir eğitim düzeyine sahipken, %48,5'i ortaokul ve üstü düzeyde öğrenim görmüştü. Lojistik regresyon testinde ilköğretim ve daha düşük düzeyde öğrenim görmek semptom rahatsızlık indeksinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

Literatüre göre: Genel olarak ruhsal sorunlar öğrenim görmemişlerde daha yüksek prevalansta görülmekle birlikte, bu değişkenin mutlaka yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey gibi değişkenlere bağlı olduğu gözönünde bulundurulmalıdır.<sup>7</sup>

### Çalışma Durumu/Çalışma Yaşamı Özellikleri

Çalışmamıza katılanların %42,4'ü aktif olarak çalışmaktayken, %57,6'sı ise çalışmamaktaydı. Erkeklerde çalışma oranı %79 seviyesindeyken, kadınlarda bu oran sadece %6 idi. Katılımcıların eşlerinde de benzer oranlar bulunmuştur. Lojistik regresyon testinde çalışma durumu hiçbir alt ölçek/indekte tek başına anlamlı artış sağlamıyordu.

Literatüre göre: İşsizler istihdam edilenlere göre 2-3 kat daha fazla ruh sağlığı sorunu riskiyle karşı karşıyadır. Artan işsizlik toplumda var olan ruhsal sorunların yaygınlığını ve düzeyini daha da şiddetlendirmektedir.<sup>12</sup>

### Sosyoekonomik Durum

Çalışmamıza katılanların ortalama aylık hane geliri 1925 TL idi. Asgari ücretten (1000 TL) daha düşük ücretle geçinen %19,8'lik bir kesim bulunuyordu. %33,3'lük 1001-2000 TL kazanan grubu da eklediğimizde hanelerin yarısından fazlasının geliri 2000 TL'nin altında çıkmaktaydı. Lojistik regresyon testinde hane geliri 2000 TL ve altı olmak semptom rahatsızlık indeksinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

Literatüre göre: Sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan kadınlarda aile içi şiddet daha yaygındır ve eşlerinin alkolü kötüye kullanma oranı daha yüksektir. Dahası bu hassas grupların hizmete erişimi daha az olasıdır. Bu durum ruhsal sorunlara alt yapı hazırlamaktadır.<sup>13</sup>

### Ailesel Ve Çevresel Etmenler

Çalışmamıza katılanların %11,3'ünün birinci derece akrabasında tanı konulmuş psikiyatrik hastalık mevcuttu. Lojistik regresyon testinde ise ailesinde ruh hastalığı bulunmak paranoid düşünce alt ölçeğinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

Literatüre göre: Şizofreni için tanımlanan yaşam boyu riskin %1, şizofrenisi olanların birinci derece akrabalarında %10, her iki ebeveynde de şizofreni olanlarda %48 olduğu gösterilmiştir.<sup>14,15</sup>

### **Önemli Fiziksel Hastalık (Kronik Hastalık, Malignite vb.) Durumu**

Çalışmamıza katılanların %35,5'i kronik hastalık sahibiydi. Lojistik regresyon testinde ise kronik hastalık sahibi olmak somatizasyon ve ek maddeler alt ölçeklerinde tek başına anlamlı artış sağlıyordu.

Literatüre göre; Kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları gibi ciddi hastalıklarda psikiyatrik bir komorbidite olarak özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olarak bulunduğu saptanmıştır.<sup>16</sup>

### **Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Çeşitli çalışmalardan elde edilen yetişkin nüfus KSE puan ortalamaları tablo 4'de verilmiştir.<sup>17-20</sup>

En düşük puan ortalamaları ABD'de görülmektedir. En sık görülen belirtiler obsesif-kompulsif semptom, anksiyete ve hostilitedir. İngiltere, ABD'ye göre daha yüksek belirti ortalamalarına sahiptir. En sık görülen belirtiler ise obsesif-kompulsif semptom, kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşüncedir. Ortadoğu ülkelerinden İsrail'de belirti ortalamaları batıya göre yüksektir. En sık görülen belirtiler obsesif-kompulsif semptom, paranoid düşünce ve anksiyetedir. Bu üç çalışma da genel nüfus üzerinde yapılmıştır.

Türkiye'ye bakıldığında ise genel nüfus üzerine KSE uygulaması yapılmış çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmaların çoğu üniversite öğrencileri gibi sınırlı gruplara yapılmıştır. Son yıllarda kırsal nüfus üzerine yapılmış yegane çalışma olan ve Konya ilinde uygulanan çalışmada ortaya çıkan belirti ortalamaları bizim çalışmamızla uyumludur. Konya çalışmasında en sık görülen belirtiler obsesif-kompulsif semptom, kişilerarası duyarlılık ve hostilite olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise paranoid düşünce, obsesif-kompulsif semptom ve hostilite olarak sıralanmıştır.

Doğu toplumlarının belirti ortalamalarının batı toplumlarına göre yüksek olduğu görülmektedir. Girişte de belirttiğimiz gibi ekonomik karmaşalar, toplumsal patlamalar, yerel savaşlar, savaşlara bağlı olarak ortaya çıkan büyük göçler, kötü yaşam ve iş koşulları gibi çok sayıda yıkıcı sürecin iç içe işlediği karmaşık ve acı dolu bir tarihsel dönem yaşayan doğu toplumları psikolojik açıdan büyük bir baskı altındadır.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmamızın sonuçlarına göre ruhsal belirtiler her bir semptom için %30-40 oranında görülmesine ve katılımcıların %14,3'ü kendisinde bir psikiyatrik hastalık olduğunu düşünmesine rağmen sadece %6,3'ünün psikiyatrik bir tanısı mevcuttu.

Geçmiş hastalıkları da dahil ettiğimizde %20,4'lük bir doktora başvuru oranı, %22,8'lik bir tedavi alma oranı ve %13,7'lik bir tanı oranı mevcuttu.

Doktora başvuru ve tedavi alma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun son yıllarda artan sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Ayrıca doktorun yazmadığı ama oradan buradan edinilen ilaçların da kullanıldığı görülmektedir. Ancak tanı oranının düşüklüğü, hasta-hekim iletişiminin yetersizliğini göstermektedir.

Hastalar kendilerine verilen tedaviyi uygulamakta ancak bu tedaviyi ne için aldıklarını bilmemektedir. Kendilerine yeterli açıklama yapılmayan hastalar tanıları bilmemekte ve defalarca farklı sağlık kurumlarına başvurmak ihtiyacı hissetmektedir.

Ülkemizde ruhsal sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, sağaltım, esenlendirme, bakım ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili ruh sağlığı sistemleri tasarlanarak uygulanmalıdır.

Bunun için tüm toplumu kapsayacak geniş saha araştırmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

1. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur, R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi* 2004; 12.2:63-73.
2. World Health Organization. Social determinants of mental health. World Health Organization, Geneva, 2004.
3. Akvardar Y. Ruh Sağlığı. Ertem M, Çan M (Eds.). *Türkiye Sağlık Raporu* 2014. Trakya Üniversitesi Matbaası, 2014; 273-288.
4. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN, National Computer System, 1993.
5. Şahin NH, Durak Batgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13.2:125-135.
6. Blas E, Anand SK, eds. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization, 2010.
7. Güleç C. Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji. Güler Ç., Akın L (Eds.) *Halk sağlığı temel bilgiler* 3. Cilt. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2012; 1822-1838.
8. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, Ankara, 2013.
9. Adak N. Kadın ve sağlık. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2002; 12.3:15-21.
10. Sadıkoğlu G. (2006) Aile Hekimliğinde kadınların ruh sağlığı. Bilgel N (Ed.). *Aile Hekimliği*. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi, 571-81.
11. Türkiye İstatistik Kurumu. *TÜİK Haber Bülteni, Yaşam Memnuniyeti Araştırması*, 2014. Erişim: ([www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18629](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18629)). Erişim Tarihi: 17.10.2017
12. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Sick on the job?: myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing, Paris, 2012.
13. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002; 78.S1:5-14.
14. Herken H, Ceylan ME. (2009) Genetik. Ceylan ME, Çetin M (Eds.). *Şizofreni*. İstanbul: İncekara, 319-353.
15. Gümüüş D, Herken H. (2007) *Şizofreni Genetiği*. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Eds.). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara: Tuna, 53-71
16. Kayhan F. Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, 2011.
17. Derogatis, LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 1983; 13,595-605.
18. Francis, VM, Rajan, P, Turner, N. British community norms for the Brief Symptom Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 1990; 29,115-116.
19. Gilbar O, Ben-zur H. Adult Israeli community norms for the brief symptom inventory (BSI). *International Journal of Stress Management*, 2002; 9.1:1-10.
20. Diğrak E, Koçoğlu D, Akın B. Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2014; 5.3:122-128.