



Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi

The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking

Ahmet KESKİN¹, İlhami ÜNLÜOĞLU², Uğur BİLGE², Çınar YENİLMEZ³

¹Çankaya Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı Eskişehir ili merkezinde ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve psikiyatrik destek alma durumlarını sosyodemografik verileri de inceleyerek belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışmada Eskişehir ili merkezinde yer alan 24 birinci basamak sağlık kurumuna bağlı mahallelerde kota örnekleme yoluyla seçilen 1475 kişiye PRIME MD ölçeği uygulanarak ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyete göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma eğilimlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızın sonucunda en az bir duygudurum bozukluğu %37, anksiyete bozukluğu %29, somatoform bozukluklar %18,6 ve olası alkol kullanımı %7,7 oranında bulunmuştur. Olası alkol kötüye kullanımı dışında tüm bozukluklar kadınlarda daha sık bulunmuştur. Ayrıca ruhsal bozukluk tanısı düşünülen kişilerden; duygudurum bozuklukları olanların %64'ünün, anksiyete bozuklukları olanların %67'sinin, somatoform bozuklukları olanların %70'inin, olası alkol kötüye kullanımı olanların %61'inin tedavi alabileceği bulunmuştur.

Sonuç: Ruhsal bozuklukların yaygın görülmesi yanında uygun tedaviye yönlendirilmesi de önemlidir. Bu nedenle ülkemizin farklı bölgelerinde ruhsal bozukluklarla ilgili yaygınlık ve risk gruplarını belirleyen çalışmaların yanında psikiyatrik destek almama nedenlerinin ortaya çıkarılması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2012; 50: 344-351*)

Anahtar kelimeler: Ruhsal bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yardım arama, PRIME MD ölçeği

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to investigate the prevalence of psychiatric disorders and psychiatric help-seeking behaviours in central Eskişehir according to sociodemographic variables.

Method: In this study, for the purpose of revealing the psychiatric disorder profile of Eskişehir city and evaluating the prevalence of psychiatric disorders according to gender differences and psychiatric help-seeking behaviours; The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) scale and psychiatric help questionnaire were administered to 1475 subjects who were randomly selected from 24 primary health care centers in Eskişehir.

Results: The prevalence of psychiatric disorders was as follows: at least one mood disorder 37%, anxiety disorders 29%, somatoform disorders - 8.6% and, possible alcohol abuse 7.7%. All diagnoses except possible alcohol abuse were found to be more frequent in women than men. Also It was found that in subjects who were thought to have a psychiatric disorder, 64% of mood disorder patients, 67% of anxiety disorder patients, 70% of somatoform disorder patients and, 61% of possible alcohol abuse patients can receive appropriate treatment.

Discussion: Since psychiatric disorders are common, it is important to direct such patients to appropriate treatment. Therefore, new studies are necessary to find out the prevalence of psychiatric disorders and risky groups as well as to identify the reasons that why such people do not seek for help in different regions of our country. (*Archives of Neuropsychiatry 2012; 50: 344-351*)

Key words: Psychiatric disorders, mood disorders, anxiety disorders, help-seeking, PRIME-MD scale

Conflict of interest: The authors reported no conflict of interest related to this article

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Dr. Ahmet Keskin, Çankaya Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

Gsm +90 533 713 70 44 E-posta: keskina74@hotmail.com Geliş tarihi/Received: 11.03.2012 Kabul tarihi/Accepted: 27.04.2012

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / © Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing.

Giriş

Ruhsal bozukluklar toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir. Yapılan çalışmalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına (BBSK) başvuranlarda ve genel toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının %11 ile 50 arasında değiştiği belirtilmektedir (1,2,3,4).

Ülkemizde de son yıllarda ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. Bu çalışmalarda tanı koydurucu ölççeklerin kullanımıyla ülkemizde tanı konulabilecek düzeyde ruhsal bozukluk yaygınlığının %20'yi geçtiği vurgulanmaktadır (1,3,5). Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması"nda Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmektedir (6).

Dünyada yapılan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" tarafından gerçekleştirilen "Epidemiyolojik Alan Çalışması"nda (Epidemiologic Catchment Area-ECA) en az bir ruhsal bozukluğun toplumda ki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun %7'sinde görüldüğü bildirilmiştir. Cinsiyetlere göre incelendiğinde ise, kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerde alkol ve madde kullanımının en yaygın tanılar olduğu saptanmıştır (7).

Ruhsal bozuklukların sık ve yaygın görülmesinin yanı sıra genellikle fark edilememesi ve bu nedenle yeterince tedavi edilememesi bu hastalıkların topluma maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır (8,9,10). Tedavi edilemeyen ruhsal bozuklukların maliyetini toplum, hastalıkların sıkıntısını da aileleri ve sağlık personeli üstlenmektedir (9).

Son zamanlarda gerçekleştirilen çalışmalar ruhsal bozuklukların, hastaların mesleki ve sosyal fonksiyonlarında azalmaya ve özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere bilişsel yetersizliğe neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalara göre ruhsal bozukluk tanısı alan hastalarda daha fazla sosyal ve bedensel yeti yitimi olmakta ve bu hastalar günlük işlerini daha sık aksatmakta ve daha fazla günlerini yatakta geçirmektedirler. Bu nedenle ruhsal bozuklukların erken tanısı ve tedavisi önemli olmakla birlikte ruhsal hastalık yaygınlığını ele alan çalışmalar da önem kazanmaktadır (10,11,12,13).

Psikiyatrik destek arayışında; ruhsal bozuklukların süresi ve şiddeti yanında tedaviye erişim, maliyet, arkadaş ve çevre ilişkileri, daha önceki sağlık hizmet deneyimleri, cinsiyet, evlilik durumu, yaş gibi sosyodemografik faktörler de etkili olabilmektedir (14). Çalışmalara göre; erkekler, kadınlara göre daha az psikiyatrik destek aramaktadırlar bu durumun sebepleri olarak ise; erkeklerin daha çok fiziksel rahatsızlıklar için destek araması, psikososyal problemleri ve stresleri daha az dışa vurmaları bildirilmiştir. Ayrıca erkeğin davranışları, kariyeri, toplumdaki yeri, yaşam tarzı, kadınlara göre kendilerine daha fazla güvenmeleri ve daha iyimser bakış açısına sahip olmalarının psikiyatrik destek arayışında etkili olduğu bildirilmektedir (15,16,17,18). Ayrıca kadınların, aile planlaması, gebelik ve doğum sonrası dönem, çocuk sağlığı ile ilgili problemler nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaya daha yatkın olmaları da destek aramada etkili olabilmektedir (16).

Fiziksel semptomların varlığı ruhsal bozukluğu olan hastaların tanısını güçleştirebilir. Yapılan bir çalışmada major depresif epizodda olan hastalardan ağırlı fiziksel semptomları olanların daha düşük oranda psikiyatrik destek aradıkları ve yardım aramayı erteledikleri gösterilmiştir (19).

Ayrıca kişilerin psikiyatrik destek arayışında; stres düzeyi, yalnızlık algısı, psikolojik belirti gösterme düzeyleri yanında sağlık çalışanlarının tutumu ve hekime güvensizlik de etkili olmaktadır (20,21).

Yapılan çalışmalara göre ruhsal bozukluğu olan bir grup hasta semptomları şiddetli de olsa psikiyatrik destek almamaktadır. Bu hastalar hastalık şiddeti veya yeti yitimi nedeniyle destek aramamakta (22) veya çözümü kendi kendilerini telkin etmekte, aileden ve çevreden yardım almakta veya psikiyatri uzmanı dışındaki doktorlardan destek almakta bulabilmektedirler (17,21). Bazıları psikiyatrik tanısı olmasına rağmen profesyonel yardım aramamakta bazıları ise bu desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık servisi kullanımı ile profesyonel destek arama davranışı arasında orantısızlık bulunmaktadır. Bu insanların ihtiyaçları olmasına rağmen çare aramaması veya çare bulamaması önemli bir toplum sorunudur (14,23). Birçok hasta başlanmış olan tedaviye devam etmemekte, takiplerine gitmemektedir (24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan hastalarda çare arayışında psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranı %32-56 arasında bulunmuştur (25,26). Hastaların bir bölümü de geleneksel dinsel yöntemler gibi tıp dışı tedavilere yönelmektedir (25,26).

Bu çalışmada Eskişehir ili merkezinde yer alan 24 birinci basamak sağlık kurumu'na bağlı mahallelerde kota örnekleme yoluyla ve PRIME MD ölçeği kullanılarak ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyete göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma eğilimlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma, 2006 Eskişehir ili merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında (BBSK) gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya bu BBSK'ların bakmakla yükümlü olduğu 18-64 yaş aralığındaki bireyler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara, aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra psikiyatrik destek sorgulama anketi ve PRIME MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği uygulanmıştır. Uygulama standartları; BBSK bölgelerinde uygun olan alt mahallelerde, kiraathane, okul ya da park alanlarında kurulmuştur. Başvuran kişiler araştırma ve ölççekle ilgili olarak bilgilendirilmiş ve çalışmada kişisel bilgilerin hiçbir yerde açıklanmayacağı anlatılmıştır. Ölçek uygulanmasını isteyenlerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Araştırmanın özellikleri, araştırmada kullanılan değişkenlerin sayısı, kullanılacak analizin özellikleri, göz önüne alınarak; örneklem hacmi maksimum düzeyde tutulmuş ve nüfusun BBSK bölgelerinde sık değişimi göz önüne alınarak 1000-1500 arasında kişiye ulaşılması ve bu kişilere PRIME MD uygulaması hedeflenmiştir. Bu çalışmada uygun örnekleme tekniği olarak "kota örnekleme" kullanılmıştır. Nihai örnekleme planı, kota örnekleme kapsamında Eskişehir ili merkezindeki 24 BBSK'ya kayıtlı birey sayısı ve üç farklı yaş grubuna

(19-24 yaş, 25-44 yaş ve 45-64 yaş grupları) göre yapılmıştır. Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından hareketle BBSK'lara kayıtlı 429,287 birey, BBSK'lara orantılı olarak dağıtılmıştır. Daha sonra her sağlık ocağı kapsamındaki mahallere ilişkin belirlenen birey sayısı o BBSK'ya bağlı yaş gruplarına orantılı olarak yeniden dağıtılmış ve kota örnekleme kapsamında nihai örnekleme planına ulaşılmıştır.

Uygulama sonunda her bir standda başvuran tüm bireyler bilgilendirilerek gönüllü olanların hepsine PRIME MD ölçeği uygulandı. Her bir stand için belirlenen kotaların tümünde kotalar aşıldı, bu nedenle formlara numara verilerek her bir stand için belirlenen kota kadar rasgele örnekleme yapıldı. Seçilen 1475 ölçek formu değerlendirmeye alındı ve analizler bu sayı üzerinden yapıldı.

Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 4 Ekim 2006 tarihli toplantısındaki 2006/565 sayılı karar onayına göre yapılmıştır.

Psikiyatrik Destek Sorgulama Anketi

Araştırmacılar tarafından oluşturulan çalışmaya katılan bireylerin daha önce psikiyatrik destek alma durumu ve şu anda psikiyatrik destek alma ihtiyaçlarını sorgulayan bir anket formudur.

Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders- PRIME - MD)

PRIME MD, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve olası alkol kötüye kullanımı (OAKK) gibi BBSK' larda en yaygın görülen ruhsal bozuklukların birinci basamak hekimlerince kısa sürede ve doğru olarak teşhisi için tasarlanmış tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (27).

Ölçek, birinci basamakta çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluk tanısı koyabilmeleri için tasarlanmış ilk görüşme ölçeğidir (28). Kolay ve çabuk uygulanabilmesi gibi olumlu yanları olmakla birlikte, eşik altı belirtileri de hastalık olarak tanıyabilmesi ve bu nedenle ruhsal bozukluk yaygınlığının bir miktar yüksek çıkmasına yol açabilmesi ölçeğin kısırlılığını göstermektedir (27,28,29).

Uygulama 2 aile hekimliği araştırma görevlisi, 1 psikiyatri asistanı, 1 istatistik araştırma görevlisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Uygulama belirlenen mahallelerde yapılmıştır. Her katılımcıya, PRIME MD uygulaması sonrasında, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi veren el broşürleri verilmiştir. Ruhsal bozukluklar ve tedavi olanakları konusunda kısa bilgilendirme konuşmaları yapılmıştır. Uygulama sonunda psikiyatrik tedavi gereksinimi olduğu düşünülen kişiler psikiyatri polikliniğe yönlendirilmiştir.

İstatistik

Tüm veri analizleri SPSS 11.0 paket programı ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler; n, ortalama ve standart sapma olarak, Nitel veriler ise n ve yüzdelik değerler olarak ifade edilmiştir. Kategorik yapıdaki veri setlerine ise Chi-square testleri uygulanmıştır. P<0,05 olasılık değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 1475 bireyin 736'sı (%49,9) kadın, 739'u (%50,1) erkektir. Bireylerin 667'si (%45,2) evli iken, 668'i (%45,3) bekâr, 140'ı ise (%9,5) duldur. Çalışmaya katılanların 57'sinin (%3,9) okuma yazma bilmediği tespit edilmiştir.

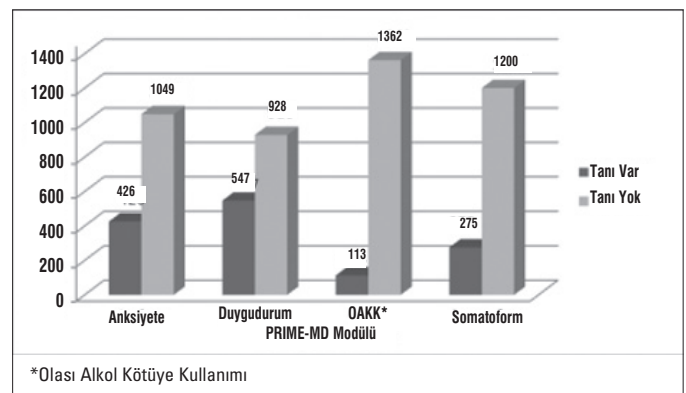
PRIME MD modüllerine göre sonuçlar incelendiğinde, en sık konulan PRIME MD tanısı duygudurum bozukluğudur. Olası alkol kötüye kullanımı (OAKK) tanısı ise en az konan tanı grubu olmuştur. PRIME MD ölçeği uygulanan bireylerde çalışma anında bulunan tanı dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dâhil olan 1475 kişinin 426'sında (%29) en az bir anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmiştir. Anksiyete bozuklukları içerisinde en yaygın görülen tanı, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (BTAAB) olup bütün anksiyete bozukluğu tanılarınin kadınlarda daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Tüm bireylerin %16,3'ünde BTAAB tanısı konulmuştur. BTAAB tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların %19,6'sında (n_{Kadın}=144), erkeklerin ise %13'ünde (n_{Erkek}=96) bu tanıyı konmuştur. Anksiyete bozukluğu tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=42,603$, sd.=5, p<0,001).

Çalışmamızda 547 (%37,1) kişide duygudurum bozukluğu tanısı saptanmıştır. En çok, majör depresif bozukluğu (MDB) tanısı konmuş olup, bu tanı 367 (%24,9) kişide gözlenmiştir. Çalışmaya dâhil olan 739 erkeğin 218'inde (%29,5), 736 kadının 329'unda (%44,7) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı saptanmıştır. Hem kadın hem erkek cinsiyet için en yaygın görülen duygudurum bozukluğu tanısı MDB'dir. Tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların %31,9'u (n_{Kadın}=235), erkek bireylerin ise %17,9'u (n_{Erkek}=132) MDB tanısı almıştır. Bireyin cinsiyeti ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=52,535$, sd.=5, p<0,001).

Çalışmamızda 275 (%18,6) kişide en az bir somatoform bozukluk tanısı bulunmuştur. Somatoform bozukluklar içerisinde, kadınlarda en yaygın olarak başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk (BTASB) tanısı (%13,2) gözlenmiş iken, erkeklerde en yaygın olarak gözlenen somatoform bozukluk, kronik ağrı bozukluğudur (KAB) (%4,2). Somatoform bozukluklar ile cinsiyet arasındaki ilişki de, istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=66,979$, sd.=5, p<0,001).

(OAKK) örneklem grubunun 113'ünde (%7,7) gözlenmiştir. Çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha yaygın görülen tek tanı OAKK tanısıdır. Bu oran erkeklerde %12,7 (n_{Erkek}=94) iken, kadınlarda %2,6'dır (n_{Kadın}=19). OAKK tanısı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=53,579$, sd.=1, p<0,001). PRIME MD modülleri tanıları ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.



Şekil 1. PRIME MD ölçeği uygulanan bireylerde çalışma anında bulunan tanı dağılımları

Özetle; duygudurum bozuklukları, somatoform bozuklukları ve anksiyete bozuklukları kadınlarda, OAKK ise erkeklerde daha yaygın olarak bulunmuştur.

Kişinin kendi tanımladığı sağlık durumu ile psikiyatriste gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=74,353$, $sd.=4$, $p<0,001$). En yaygın olarak sağlık durumunu orta ve kötü olarak niteleyenler psikiyatrik bir destek almışlardır. Sağlık durumu tanımlamasına göre en az psikiyatrik destek alan grup sağlık durumunu çok iyi ve mükemmel olarak tanımlayanlardır. Tablo 2'de, PRIME MD ölçeğinin soru formunda yer alan kişilerin sağlık durumunu tanımlaması ile psikiyatriste gitme durumu arasında bulunan ilişki görülmektedir.

Daha önce psikiyatrik destek aldığını beyan eden 379 kişinin 201'inde en az bir ruhsal bozukluk tanısı gözlemlenmişken (%53), 178 bireyde tanı bulunmamıştır (%46). Daha önce psikiyatrik destek almadığını belirten 1096 kişinin 346'sında (%31,6) duygudurum bozuklukları, 69'unda (%6,3) OAKK, 253'ünde (%23) anksiyete bozuklukları ve 150'sinde (%13,7) somatoform bozukluklar gözlemlenmiştir.

Duygudurum bozukluğu tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste giden 201 kişiden 129'u (%63) yine tedavi almak isterken, 48 kişi (%23,5) tedavi almak istememektedir. Duygudurum

bozukluğu tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste gitmeyen 336 kişiden 214'ü (%64) tedavi almak isterken, 104 kişi (%31) tedavi almak istememektedir.

OAKK tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste giden 44 kişiden 25'i (%57) yine tedavi almak isterken, 15 kişi (%34) tedavi almak istememektedir. OAKK tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste gitmeyen 69 kişiden 42'si (%60,9) tedavi almak isterken, 24 kişi (%34,8) tedavi almak istememektedir.

Anksiyete bozukluğu tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste giden 173 kişiden 131'i (%76) yine tedavi almak isterken, 34 kişi (%20) tedavi almak istememektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste gitmeyen 253 kişiden 169'u (%67) tedavi almak isterken, 64 kişi (%25) tedavi almak istememektedir.

Somatoform tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste giden 125 kişiden 95'i (%76) yine tedavi almak isterken, 26 kişi (%21) tedavi almak istememektedir. Somatoform bozukluğu tanısı alanlardan daha önce psikiyatriste gitmeyen 150 kişiden 105'i (%70) tedavi almak isterken, 36 kişi (%24) tedavi almak istememektedir.

Daha önce psikiyatriste gitme durumu ile psikiyatrik destek alma isteğinin PRIME MD tanıları ile arasındaki ilişki Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 1. PRIME MD Tanıları ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Modül	PRIME MD Tanıları	Cinsiyet		Toplam n (%)
		Erkek n (%)	Kadın n (%)	
***Duygudurum Bozuklukları	Tanı Yok	521 (70,5)	407 (55,3)	928 (62,9)
	Major Depresif Bozukluk	132 (17,9)	235 (31,9)	367 (24,9)
	Minör Depresif Bozukluk	49 (6,6)	53 (7,2)	102 (6,9)
	Distimik Bozukluk,	32 (4,3)	23 (3,1)	55 (3,7)
	Majör Depresif Bozukluk- Kısmi Remisyonu -Rekürrensi (MDPKR)		3 (0,4)	3 (0,2)
	Bipolar Bozukluk	5 (0,7)	15 (2,0)	20 (1,4)
	Toplam	739 (100,0)	736 (100,0)	1475 (100,0)
**Olasi Alkol Tanısı	Tanı Yok	645 (87,3)	717 (97,4)	1362 (92,3)
	Olasi Alkol Kötüye Kullanımı	94 (12,7)	19 (2,6)	113 (7,7)
	Toplam	739 (100,0)	736 (100,0)	1475 (100,0)
***Anksiyete Bozuklukları	Tanı Yok	581 (78,6)	468 (63,6)	1049 (71,1)
	Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Anksiyete Bozukluğu	96 (13,0)	144 (19,6)	240 (16,3)
	Yaygın Anksiyete Bozukluk (YAB)	33 (4,5)	67 (9,1)	100 (6,8)
	Panik Bozukluk (PB)	11 (1,5)	19 (2,6)	30 (2,0)
	PB ve YAB	18 (2,4)	38 (5,2)	56 (3,8)
	Toplam	739 (100,0)	736 (100,0)	1475 (100,0)
***Somatoform Bozukluklar	Tanı Yok	657 (88,9)	543 (73,8)	1200 (81,4)
	BTA Somatoform Bozukluk	26 (3,5)	98 (13,3)	124 (8,4)
	Kronik Ağrı Bozukluğu	31 (4,2)	54 (7,3)	85 (5,8)
	Multisomatoform Bozukluk	9 (1,2)	23 (3,1)	32 (2,2)
	Hipokondriasis	10 (1,4)	7 (1,0)	17 (1,2)
	Diğer	6 (0,8)	11 (1,5)	17 (1,2)
	Toplam	739 (100,0)	736 (100,0)	1475 (100,0)

*** p<0,001, 1 Yüzdeler, sütun yüzdelerini göstermektedir.

Tartışma

Eskişehir ilinde ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve psikiyatrik destek isteme durumlarını araştırmayı amaçlayan bu çalışmamızda ruhsal bozuklukların yaygınlığı %43 olarak bulunmuştur. Bu oran gerek alanda gerekse BBSK'larda gerçekleştirilen çalışmalara göre daha yüksek olarak görünmekle birlikte; bazı çalışmalarla benzer oranları temsil etmektedir (1,2,3,4,13,27,29,30,31). Benzer oranların saptandığı çalışmalarda, çalışmamızda kullanılan ölçeğin (PRIME MD) aynı olması dikkat çekicidir. Kullandığımız ölçeğin eşik altı belirtileri de tanı olarak kabul etmesi bu oranların bir miktar yüksek çıkmasında etkili olabilir (3,27).

Çalışmamızda duygudurum bozuklukları, katılımcıların %37,1'inde saptanmıştır. En yaygın görülen duygudurum bozukluğu, majör depresif bozukluk olup %24,9 oranında bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; çalışmaların çok büyük bir kısmında ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın görülen bozuklukların başta MDB olmak üzere duygudurum bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (2,3,4,29,31). Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumda depresyon sıklığı %10 olarak saptanmıştır (32). Belçika'da 2316 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada ise PRIME MD ölçeği kullanılmış ve ruhsal hastalıklar çalışmaya katılanların %42,5'inde saptanmışlar ve bu çalışmada en sık tespit edilen tanının duygudurum bozukluğu tanısı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada duygudurum bozuklukları %31 (%13,9 majör depresyon, %12,6 distimi) anksiyete bozuklukları %19, somatoform bozukluklar %18 ve OAKK ise %10 oranında saptanmıştır (27).

Duygudurum bozuklukları, kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. Kadınların %44,7'sinde, erkeklerin ise %29,5'inde en az bir duygudurum bozukluğu görülmüştür. Her iki cinsiyette de en yaygın görülen tanı MDB olmuştur. Kadınlarda duygudurum bozukluklarının daha sık görülmesi ile ilgili birçok çalışma vardır (8,31,33,34). Bu farklılığı araştıran çalışmalarda; nöroendokrin faktörler ve erkek egemen toplum yapısı gibi çeşitli nedenler üzerinde durulmaktadır (35,36). Bu faktörlerden birisi nöroendokrin faktörlerin ve menopoz gibi öznel durumların kadınlarda bu hastalıklara zemin hazırladığıdır (35). Ayrıca travmatik olaylara kadınların daha sık maruz kalması, erkek egemen toplum yapısı ve bu yapı içerisinde kadın ile erkek arasında erkek lehine olan güç dengesi kadınları başta duygudurum bozuklukları olmak üzere ruhsal bozukluklara yatkın hale getiriyor gibi görünmektedir (36).

Çalışmamızda en az bir anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler, tüm katılımcıların %28,9'unu oluşturmuşlardır. Aynı ölçekle

gerçekleştirilen çalışmalar gözden geçirildiğinde; Anksiyete Bozuklukları, Türkiye'de yapılan bir çalışmada (3), %25,2, yurtdışında yapılan bir çalışmada (27) ise; %19 olarak saptanmıştır.

Tüm anksiyete bozuklukları kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuş ve kadın cinsiyet olmak anksiyete bozuklukları açısından risk olarak saptanmıştır. Bu sonuç literatürle de uyumludur (3,27,29,31). Çalışmalara göre; kadınların, sosyal stresörlere çok daha sık maruz kalıyor olması, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğüne bağlı olarak bu grubun sağlık kuruluşları ve özellikle psikiyatri kliniklerine ulaşmalarında yaşanabilecek olası sorunlar bu yaygınlıkla ilişkili olabilmektedir (37,38,39).

Somatoform bozukluklar çalışmaya katılanların %18,6'sında saptanmıştır. Somatoform bozuklukların yaygınlığı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenler incelendiğinde; bu yaygınlığı cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumunun etkilediği ortaya konmuştur. Yine somatoform bozukluklar da kadınlarda anlamlı düzeyde daha yaygın olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar da literatürle uyumlu görünmektedir (40,41). Belçika'da 2316 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada somatoform bozuklukları, çalışmamızdaki sonuçlarla benzer bir şekilde %18 olarak bulunmuşlardır (27). Benzer bir şekilde Antalya ilinde yapılan çalışmada somatoform bozuklukları %18,8 oranında saptanmıştır (3). Çalışmamızla benzer sonuçların bulunduğu çalışmalarda da PRIME MD ölçeği kullanılması dikkat çekicidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığı artan bir somatoform bozukluk tanısı olan KAB çalışmamızda ikinci sıklıkta görülen somatoform bozukluk tanısı olmuştur. Kadınlarda somatoform bozuklukların daha yaygın olarak görülmesi; toplumun erkek egemen yapısına ve buna bağlı kadın-erkek eşitsizliğine ayrıca kadının çocukluktan itibaren daha edilgen bir konumda kalmasına ve eğitim olanaklarından daha az yararlanabilmesine bağlanmaktadır (38). Bu durumun yanında, aile içinde duyguların anlatımına fırsat verilmemesinin, beden dilinin daha çok kullanılmasına neden olduğu ve somatoform bozuklukların bu nedenle kadınlarda daha sık olarak ortaya çıktığı da vurgulanmaktadır. Yine burada da yaşın ilerlemesiyle birlikte stres yaratan yaşam olaylarının varlığı ve kadının toplumdaki eşitsiz konumu; bu yaşta kadınlarda somatoform bozuklukların artışıyla ilişkili görünmektedir (37,38).

Kadınlarda OAKK dışındaki tüm ruhsal bozuklukların daha sık görüldüğü vurgulanmakta ve bu hastalıkların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmaktadır (36,37). Çalışmamızda, OAKK katılımcıların %7,7'sinde saptanmıştır. OAKK'yi araştıran çalışmalar gözden geçirildiğinde farklı oranlar göze çarpmaktadır. Örneğin, çeşitli çalışmalarda OAKK

Tablo 2. Psikiyatriste gitme durumunun, bireyin sağlık durumunu tanımlaması ile ilişkisi

Psikiyatriste Gitme Durumu	Sağlık Durumu Tanımlaması					Toplam n (%)
	Mükemmel n (%)	Çok iyi n (%)	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)	
Evet	17 (16,3)	38 (16,2)	114 (20,1)	154 (33,6)	56 (50,0)	379 (25,7)
Hayır	87 (83,7)	196 (83,8)	452 (79,9)	305 (66,4)	56 (50,0)	1096 (74,3)
Toplam	104 (100,0)	234 (100,0)	566 (100,0)	459 (100,0)	112 (100,0)	1475 (100,0)

*** p < 0,001, 1 Yüzdeler, sütun yüzdelerini göstermektedir

düzeği %4,7 (3); %10 (27), %6 (42) düzeylerinde bulunmuştur. OAKK, literatür bilgileri ile uyumlu olarak erkeklerde daha yaygın bulunmuştur (3,27,42). Yapılan çalışmalarda depresif bozukluklar kadınlarda, alkol kullanımı ise erkeklerde daha fazla görünmekle birlikte yardım arama konusunda cinsiyetler arasında farklılıklarda göze çarpmaktadır. Depresif kadın hastalar yardım aramak için profesyonel yardım almaya çalışırken erkek hastalar ise yardım aramada isteksiz davranarak, profesyonel destek almak yerine alkol gibi madde bağımlılıklarına yönelebilmektedirler (43).

Daha önce psikiyatrik destek almadığını belirten 1096 kişinin 346'sında (%31,6) duygudurum bozuklukları, 69'unda (%6,3) OAKK, 253'ünde (%23) anksiyete bozuklukları ve 150'sinde (%13,7) somatoform bozukluklar gözlenmiştir.

Çalışmamızdan çıkardığımız sonuçlardan biri PRIME MD ölçeğinde kullanılarak tanı alan hastalardan bir kısmının psikiyatrik destek almak istemediklerini bildirmeleridir. Bu oran daha önce yardım alanlarda ve daha önce yardım almayanlarda sırasıyla duygudurum bozukluklarında %23,5 ve %31, anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda %20 ve %25, somatoform bozukluklar tanısında %21 ve %24 ve OAKK tanısı alanlarda ise %34 ve %34,8 bulunmuştur. Psikiyatrik desteğe ihtiyacı olan bireylerin her zaman

doktora başvurmadıkları, sosyal desteğe başvurdukları, dışsal kontrol ile duygudurumlarını gizledikleri belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hekim dışı kişilere başvuru oranı %14,7-57,5 arası belirlenmiştir. Minör ruhsal bozukluğu olan hastaların yardımı daha çok arkadaşlarında ve akrabalarında veya tıp dışı kişilerde aradıkları bildirilmektedir ayrıca bayanlar, erkeklerden daha fazla yardım aramaktadırlar (17,26,44). Yine çalışmalara göre psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda hekim dışı arayışlar içinde dinsel uygulamalar, hoca tabir edilen kişiler ve dinsel olduğuna inanılan mekanlarda bulunmaktadır. Ruhsal bozukluğa bağlı oluşabilen yetersizlik ve şifa arama duyguları, hastaları farklı yöntem aramaya itebilmekte ve etiketlenme korkusu ile bu kişiler tıbbi yardım dışı yollara sapabilmektedirler (26). Yapılan bir çalışmada kader inancıyla bağlantılı olarak hastaların bir kısmının hastalığını büyü gibi doğaüstü olaylara bağladığı ve dinsel metodlarla iyileşmeye çalıştıkları bildirilmektedir (44).

Başka bir çalışmada ise daha genç bireylerin ve erkeklerin daha az profesyonel yardım aradığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada bireylerin bir kısmının yardıma ihtiyaçları olduğu halde profesyonel yardımı pahalı bulmaları, sağlık sigortasının karşılamayacağını ve tedavinin çok uzun süreceğini düşünmeleri nedeniyle yardım

Tablo 3. Daha Önce Psikiyatriste Gitme Durumu PRIME MD Tanıları İlişkisi

Modül	PRIME MD Tanıları	Daha Önce Psikiyatriste Gitme Durumu				Toplam n (%)*	Psikiyatrik Destek Alma İsteği			Toplam n (%)**
		Evet			Hayır					
		Evet n (%)	Kararsız n (%)	Hayır n (%)	Evet n (%)		Kararsız n (%)	Hayır n (%)		
Duygudurum	Tanı Yok	100 (56,2)	22 (12,3)	56 (31,5)	178 (100)	289 (38,5)	63 (8,4)	398 (53,1)	750 (100)	
	MDB	114 (74,5)	7 (4,6)	32 (20,9)	153 (100)	146 (68,2)	14 (6,5)	54 (25,2)	214 (100)	
	MinDB	9 (40,9)	1 (4,5)	12 (54,6)	22 (100)	43 (53,8)	7 (8,8)	30 (37,5)	80 (100)	
	Distimi	4 (80)		1 (20)	5 (100)	24 (48,0)	7 (14,0)	19 (38,0)	40 (100)	
	MDB-KR	1 (100)			1 (100)	1 (50,0)		1 (50,0)	2 (100)	
	Bipolar	16 (80)	1 (5,0)	3 (15,0)	20 (100)				0	
Olası Alkol	Tanı Yok	219 (65,3)	26 (8,1)	89 (26,6)	334 (100)	461 (44,9)	88 (8,6)	478 (46,5)	1027 (100)	
	OAKK	25 (56,8)	4 (9,1)	15 (34,1)	44 (100)	42 (60,9)	3 (4,3)	24 (34,8)	69 (100)	
Anksiyete	Tanı Yok	113 (54,8)	23 (11,2)	70 (34,0)	206 (100)	334 (39,6)	71 (8,4)	438 (52,0)	843 (100)	
	BTAAB	57 (67,8)	4 (4,8)	23 (26,4)	84 (100)	99 (63,5)	15 (9,6)	42 (26,9)	156 (100)	
	YAB	33 (78,6)	3 (7,1)	6 (14,3)	42 (100)	42 (72,5)	2 (3,4)	14 (24,1)	58 (100)	
	PB	11 (84,6)		2 (15,4)	13 (100)	13 (76,5)	1 (5,9)	3 (17,6)	17 (100)	
	PB ve YAB	30 (88,2)	1 (3,0)	3 (8,8)	34 (100)	15 (68,2)	2 (9,1)	5 (22,7)	22 (100)	
Somatoform	Tanı Yok	149 (58,7)	26 (10,6)	78 (30,7)	254 (100)	398 (42,1)	82 (8,7)	466 (49,2)	946 (100)	
	BTASB	45 (83,3)	2 (3,7)	7 (13,0)	54 (100)	51 (72,9)	4 (5,7)	15 (21,4)	70 (100)	
	KAB	19 (52,8)	2 (5,6)	15 (41,6)	36 (100)	33 (67,3)	1 (2,0)	15 (30,7)	49 (100)	
	MSB	18 (90,0)		2 (10,0)	20 (100)	10 (83,4)	1 (8,3)	1 (8,3)	12 (100)	
	Hipo	6 (85,7)		1 (14,3)	7 (100)	8 (80)	2 (20)		10 (100)	
	Diğer	7 (87,5)		1 (12,5)	8 (100)	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,6)	9 (100)	

*Daha önce psikiyatrik destek alanların tanı satırlarında ki sayılarının ve yüzdelerinin toplamı

**Daha önce psikiyatrik destek almayanların tanı satırlarında ki sayılarının ve yüzdelerinin toplamı

aramadıkları sonucuna varılmıştır (45). Erkeklerde sağlıkla ilgili semptomları göz ardı etme, hastalığın boşverince geçeceği inancı ve ciddi hastalık düşüncesinde yardım arama eğilimi olması yanında yardım arama davranışında sosyo ekonomik statü ve etnik köken de etkilidir (16). Hastalığı algılama ve başa çıkma davranışı, hastalık ile ilgili beklentiler, tepki gösterme tarzı, etiketlenmeden çekinme, tedavi için başvuru zamanı yeri ve tedavi süresi kültürel nedenlerden etkilenebilmektedir (25).

Ayrıca tıp dışı çare arayışında olan ruhsal bozukluğu olan kişiler duygularını anlatmada zorluk yaşayan kişilerde olabilirler, bu konuda yapılan bir çalışmada duygularını söze dökmeye güçlük ile psikiyatri dışında doktorlara gitme arasında pozitif ilişki bulunmuştur (46).

Psikiyatristler damgalanma düşüncesiyle en az tercih edilen yardım seçeneğidir. Ruhsal bozukluklar sıklıkla sosyal damgalanma ile ilişkilidir ve yardıma ihtiyacı olan kişi ve ailesi durumu gizleme eğilimindedir. Bu yüzden başka tedavi seçeneklerine ve tıbbi olmayan seçeneklere yönlenebilirler. Doktorlar kişinin dinsel inancını da göze alarak hastaların medikal tedaviden neden kaçındığı konusunda duyarlı olmalıdırlar (44).

Çalışmamızın önemli sonuçlardan biri de daha önce psikiyatrik yardım alanlarda ve almayanlarda sırasıyla duygudurum bozuklukları için %63 ve %64, anksiyete bozuklukları için %76 ve %67, somatoform bozukluklar için %76 ve %70, OAKK için %57 ve %61 oranında uygun tanı aldığında uygun tedavi de alabileceğinin gösterilmesidir. Hastaların psikiyatriste gitmesinde en önemli etkenler olarak; hastanın kendi fikri, diğer doktorların önerisi, aile üyeleri, çevresinde bulunan kişiler olarak bildirilmektedir. Kadınların sorunlarını erkeklere göre daha iyi tanıdıkları ve psikiyatrik destek arama ve sağlık hizmetlerinden erkeklere göre daha fazla faydalandıkları da bildirilmektedir (17,21). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadın hastaların erkek hastalara göre profesyonel yardıma başvurma durumu; kadınlarda erkeklere göre 2.6 kat daha fazla bulunmuştur (25). Bu hastaların bir kısmı psikiyatri dışı yardım arayışında olabilirler. Şiddetli ruhsal bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmı profesyonel yardım aramamaktadır ve neden aramadıklarına dair çalışmalara ihtiyaç vardır. Profesyonel yardımdan yararlanma oranları gün geçtikçe artmasına rağmen hala karşılanmayan bir yardım ihtiyacı söz konusudur ve bu büyük bir toplumsal sorundur. Psikiyatrik destek ihtiyacı olduğu halde böyle bir yardım alma isteğinde olmayan bu hastaların belirlenmesi için BBSK'lara önemli görevler düşmektedir. BBSK'larda çalışan hekimlerin özellikle sık başvuruda bulunan, geçmişte psikiyatrik bozukluk tanısı ve tedavisi almış, travmatik olaylar yaşayan bireylere psikiyatrik açıdan da yaklaşması çok önemlidir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise; öncelikle çalışma da bulunan yüksek ruhsal bozukluk yaygınlık oranlarının öncelikle PRIME MD ölçeği ile ilgili olabileceğini düşünüyoruz. PRIME MD ölçeğinin eşik altı ruhsal belirtileri de hastalık kategorisine soktuğu ve bu nedenle ruhsal bozukluklarla ilgili yüksek oranlar ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (3,5). Bu ölçeği çalışmamızda kullanmamızın nedenleri ise; ölçeğin kolay uygulanır olması, uygulama süresinin kısalığı ve birinci basamak için yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olmasıdır (3,5,28).

Bunun yanı sıra ülkemizde ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmaların hala yeterli olmadığı düşünülebilir. Bu çalışmada; ruhsal bozuklukların Eskişehir ilindeki yaygınlığına, cinsiyetlere göre dağılımlarına ve psikiyatrye başvuru durumlarına dikkat çekilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde bu tür çalışmaların yaygınlaştırılması ruhsal bozukluklarla ilgili koruyucu önlemlerin alınmasını kolaylaştıracaktır. Bu nedenle ülkemizin farklı bölgelerinde ruhsal bozukluklarla ilgili yaygınlık çalışmalarının yanında psikiyatrik destek almama nedenlerinin ortaya çıkarılması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 1987;44:16-30.
2. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical outpatient clinic. Psychol Med 1993; 23:167-173.
3. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Derg. 2000; 11:198-203.
4. Toft T, Fink P, Ornbol E, Christensen K, Frostholm I, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study. Psychol Med 2005; 8:1175-1184.
5. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:87-98.
6. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara 1998. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.
7. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:934-941.
8. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. Med Care 1989; 27:869-886.
9. Lyness JM, Caine ED, King DA, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. J Gen Intern Med 1999; 14:249-254.
10. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Derg 2002; 13:115-124.
11. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians 1994; Acta Psychiatr Scand 1994; 89:320-323.
12. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. Public Health Rep, 1994; 109:251-258.
13. Banerjee S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. Br J Psychiatry 1996; 168: 750-756.
14. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand 2005; 111:51-58.
15. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2004; Apr; 54:248-253.
16. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. J Adv Nurs 2005; 49:616-623.
17. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. Br J Psychiatry 2005; 186:297-301.
18. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:113-120.
19. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. J Affect Disord. 2006; 92:185-193.

20. Azizoğlu S. Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen bazı faktörler açısından Kriz merkezine başvuran ve başvurmayan bireylerin karşılaştırılması. *Kriz Dergisi* 1993; 1:143-149.
21. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların Hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri* 2011; 14:131-142.
22. Dalrymple KL, Zimmerman M. Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Res* 2011; 187:375-381.
23. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 259:298-306.
24. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370:841-850.
25. Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:222-229.
26. Bahar A, Savaş HA, Bahar G. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2010; 48:216-222.
27. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78:49-55.
28. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272:1749-1756.
29. Dönmez L, Dedeoğlu N. Ahatlı Sağlık Ocağında ruhsal hastalıkların görüntüsü, tanınması, tedavi ve sevk. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 1996; 10:76-85.
30. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16:267-276.
31. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, DeGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996; 101:526-533.
32. Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clin Neuropharmacol* 1989; 12:1-12.
33. Abiodun OA. Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *Int J of Soc Psychiatry* 1991; 37:113-120.
34. Mubarak AR. A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. *Med J Malaysia* 1997; 52:274-284.
35. Rihmer Z, Angst J. *Epidemiyoloji*. İç:Sadock B, Sadock V, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı Aydın H, çev editörü. Güneş Kitabevi 2007; s.1575-1581.
36. Gökalp PG. Stres, Anksiyete ve Kadın. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3621.pdf>, 27.02.2007.
37. Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995; 3:88-103.
38. Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. İç: Doğan O, editör. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Ege Psikiyatri Yayınları 2002; s. 66.
39. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major Depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7:153-160.
40. Sağduyu A. Sağlık Ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6:21-29.
41. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:3-16.
42. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Inter Med* 1996; 11:9-15.
43. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:41-48.
44. Salem MO, Saleh B, Yousef S, Sabri S. Help-seeking behaviour of patients attending the psychiatric service in a sample of United Arab Emirates population. *The Int J Soc Psychiatry* 2009; 55:141-148.
45. Mojtabei R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:77-84.
46. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir mi? *Klinik Psikiyatri* 2006; 9:161-169.