

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARINA YAKLAŞIMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**


**UZMANLIK TEZİ
DR. AYTEN TAŞ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. TAMER EDİRNE**

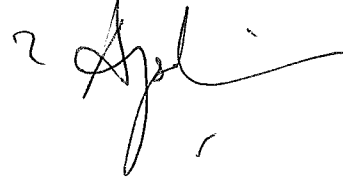
DENİZLİ – 2015

Doç. Dr. Tamer EDİRNE danışmanlığında **Dr. Ayten Kartal Taş** tarafından yapılan “**Birinci Basamak Hekimlerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi**“ başlıklı tez çalışması **29.09.2015** tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından **Aile Hekimliği Anabilim Dalı’** nda **TIPTA UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

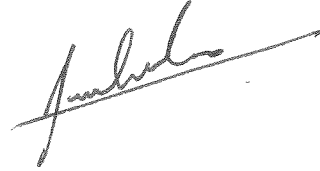
BAŞKAN: Doç. Dr. Tamer EDİRNE



ÜYE: Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN



ÜYE: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

29.09.2015
Prof. Dr. Güler TURGUT
Dekan A.
Dekan Yardımcısı

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aőamasında bana yardım eden, yapıcı ve eleőtirisel yönlendirmeleriyle bana farklı bir bakıő ačíı kazandıran, yazmıő olduğum cümleleri sabırla okuyup düzelten, her yönüyle bana örnek olan değerli danıőman hocam Doç. Dr. Tamer EDİRNE' ye çok teőekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca benden manevi desteğini hiç esirgemeyen, her konuda rahatlıkla danıőtıėım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli hocam Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN' e çok teşekkür ederim.

Bu günlere gelmemde çok büyük emeği olan, okumam için her türlü zorluğa göğüs veren sevgili anneme, çok sevdiğim kardeőlerime, babama ve geniş ailemin değerli diğer tüm üyelerine teőekkürlerimi sunarım.

Tez döneminde ve zor zamanlarımda hep yanımda ve adeta kurtarıcım olan çok sevdiğim halama ve değerli ailesine teőekkürlerimi sunarım.

Varlıklarıyla beni çok mutlu eden, çok sevdiğim canımın içi oğullarıma ve de her zaman yanımda ve bana destek olan kıymetli eőime teőekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım boyunca beraber çalıőtıėım, aynı odayı paylaşıp aynı duyguları yaőadıėım, değerli çalışma arkadaşlarıma teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	IX
TABLOLAR DİZİNİ.....	X
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
ÖZET	XIII
İNGİLİZCE ÖZET	XIV
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
RUHSAL HASTALIKLARIN TARİHÇESİ.....	3
EPİDEMİYOLOJİ.....	4
Dünyada Yapılmış Araştırmalar	4
Türkiye’de Yapılan Araştırmalar	6
RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	10
Ruh Sağlığı Birinci Basamağa Nasıl Entegre Edilir	10
RUHSAL HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ.....	13
Birincil Koruma	13
İkincil Koruma.....	14
Üçüncül Koruma.....	14

BİRİNCİ BASAMAK RUHSAL HASTALIKLARIN TANIMLANMASINDA	
KULLANILABİLECEK ÖLÇEKLER.....	15
Ruhsal Hastalıklarda Tarama Amacıyla Kullanılan Ölçekler	15
<i>Belirti Tarama Listesi-90-R</i>	<i>15</i>
<i>Genel Sağlık Anketi</i>	<i>15</i>
Ruhsal Hastalıklarda Tanı Amaçlı Kullanılan Ölçekler	16
Belirti ve Değişiklikleri Değerlendirmek Amacıyla Kullanılabilecek Ölçekler.....	16
<i>Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği</i>	<i>16</i>
<i>Beck Depresyon Envanteri</i>	<i>16</i>
<i>Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği.....</i>	<i>16</i>
<i>Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....</i>	<i>16</i>
<i>Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri</i>	<i>17</i>
<i>Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu</i>	<i>17</i>
Bilişsel Durumu Değerlendiren Testler	17
<i>Mini Mental Durum Muayanesi</i>	<i>17</i>
RUHSAL HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ.....	18
Yaş	18
Cinsiyet	18
Medeni durum.....	18
Sosyal sınıf	18
Toplumsal travmalar.....	18
Fiziksel sağlık durumu	18

Yaşam olayları ve stres.....	18
BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN RUHSAL HASTALIKLAR.....	18
DEPRESYON	19
Birincil depresyon	19
İkincil depresyon	19
Etiyoloji.....	19
Klinik Bulgular.....	20
<i>Genel görünüm</i>	<i>20</i>
<i>Duygulanım.....</i>	<i>20</i>
<i>Konuşma ve iletişim.....</i>	<i>20</i>
<i>Yönelim.....</i>	<i>20</i>
<i>Düşünce hızı.....</i>	<i>20</i>
<i>Bedensel ve fizyolojik belirtiler</i>	<i>20</i>
Depresyonda Tanı	21
Depresif olguların değerlendirilmesi	22
<i>Klinik tablonun ağırlığı</i>	<i>23</i>
<i>Özkıyım riski.....</i>	<i>23</i>
<i>Yaş ve genel bedensel durum.....</i>	<i>23</i>
<i>Eşlik eden fiziksel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar</i>	<i>23</i>
<i>Geçmiş hastalık öyküsündeki özellikler</i>	<i>23</i>
<i>Sosyal destek gücü ve hasta yakınlarının işbirliği potansiyeli</i>	<i>23</i>
Depresyon Tedavisi.....	24

<i>Antidepresan ilaçlar</i>	24
<i>Antidepresan ilaçların sınıflandırılması</i>	24
<i>EKT</i>	28
Tedavi süresi.....	28
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	29
Panik Bozukluğu	29
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	30
Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB)	30
Travma sonrası stres bozukluğu	30
Özgül Fobi	30
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)	30
GEREÇ YÖNTEM	32
ARAŞTIRMANIN AMACI	32
ARAŞTIRMA BÖLGESİ ve EVRENİ	32
ARAŞTIRMANIN TİPİ	32
ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	32
ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANLARI	32
ARAŞTIRMAYA KABUL KRİTERLERİ	32
ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	33
ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	33
Bağımlı değişken	33
Bağımsız değişken	33

VERİ KAYNAĞI VE VERİ UYGULAMA ŞEKLİ.....	33
VERİLERİN ANALİZİ.....	34
BULGULAR.....	35
TARTIŞMA	49
KISITLILIKLAR.....	56
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR.....	58
EK.....	67
<i>Anket Formu.....</i>	<i>67</i>

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BB : Birinci Basamak

BBSK : Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu

DALY : Disability Adjusted Life Year

DSM-IV : The Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Four Edition

DSM-V : The Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Five Edition

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKT : Elektro Konvülsif Tedavi

ICD : Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması

MAO : Monoamin Oksidaz İnhibitörler

MD : Major Depresyon

NCS : Ulusal Eşitlik Araştırması

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

PAÜ : Pamukkale Üniversitesi

PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders

RH : Ruhsal Hastalık

SSGI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TTRSM : Toplum Temelli Ruh Sağlığı Merkezi

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Akademileri ve Kolejleri Örgütü

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Psikiyatrik hastalıkların birinci basamaktaki Prevalansları.....	5
Tablo 2. Son 12 ayda ICD-10 tanıların cinsiyete göre dağılımı (Türkiye Ruh Sağlığı Profili 1998).....	7
Tablo 3. Hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 10 hastalık (Türkiye, 2004).....	8
Tablo 4. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri.....	36
Tablo 5. Hekimlerin, başvuran hastalarında ruhsal hastalık görülme sıklığına ilişkin tahminleri.....	37
Tablo 6. Hekimlerin ruhsal hastalıklara ilişkin görüş, tutum ve davranışları.....	38
Tablo 7. Hekimlerin ölçek kullanma durumları.....	39
Tablo 8. Hekimlerin kullandığı ruhsal hastalık ölçek türleri.....	40
Tablo 9. Hekimlerin ruhsal hastalıkları olan hastalarda yüzdesele olarak tedavi tercihleri.....	41
Tablo 10. Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına materyal verme durumu.....	42
Tablo 11. Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına hastalık hakkında yeterince bilgi verme durumları.....	43

Tablo 12. Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaştığı engeller.....	43
Tablo 13. Hekimlerin psikiyatrik görüşme konusunda kendilerini yeterli bulma durumları.....	44
Tablo 14. Hekimlerin genel olarak ruhsal hastalıklara yaklaşım konusu.....	45
Tablo 15. Hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koymada kendini yeterli bulma durumları.....	45
Tablo 16. Hekimlerin tedavi açısından kendini yeterli bulma durumları.....	46
Tablo 17. Hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitim alma istekleri.....	47
Tablo 18. Hekimlerin ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitimi kimden eğitim almak istediklerinin dağılımı.....	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Hastalık yükünün (DALY) Cinsiyete ve Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı (Türkiye, 2004).....	9
Şekil 2. Hekimlerin son 1 ayda ruhsal hastalık tanı koyma oranları.....	37

ÖZET

Ruhsal hastalıklar toplumda sık görülmekte ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır. Ruhsal hastalıklar birinci basamakta sık görülmelerine karşın tanı ve tedavisi yeterince yapılamamaktadır. Bu çalışmanın amacı birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalıklara olan yaklaşımlarını değerlendirmek ve bu hekimlerin eğitim gereksinimlerini belirlemektir.

Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olup 17.07.2015-15.08.2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Denizli il merkezindeki ASM' lerde çalışmakta olan 159 hekim çalışmaya alınmış olup 153 hekim (%96) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Veriler yüz yüze anket yöntemiyle elde edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimler hastalarının %25' inde ruhsal hastalık olduğunu düşündüklerini ancak %4,6' sına tanı koyduklarını belirtmiştir. Ruhsal hastalıkların yönetimde hekimlerin çoğunlukla karşılaştıkları engelin zaman yetersizliği olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı genelde olumlu tutumlara sahip oldukları görülmüştür. Hekimlerin %39,7'si ruhsal hastalıkları değerlendirmede herhangi bir ölçek kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Ölçek kullananların ise en çok mini-mental durum muayenesini kullandıkları saptanmıştır. Hekimler ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarının ortalama %50' sine ilaç yazdıklarını %25' ini ise psikiyatriye sevk ettiklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğunun ruhsal hastalıkların yönetimi konusunda kendilerini kısmen yeterli buldukları tespit edilmiştir. Hekimlerin %78,8'i ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma gereksinimi duyduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak birinci basamak, sağlık sisteminin ilk giriş noktası olması sebebiyle hekimlerin ruhsal hastalığı bulunan hastaları atlamaması ve bu hastalara doğru bir yaklaşım sergilemesi için eğitim almaları gerektiği açıktır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, aile hekimleri, ruhsal hastalıklar, yaklaşım, yönetim

SUMMARY

Mental disorders are highly prevalent in the general population and associated with low quality of life. Mental disorders in primary care common but under-recognized and are managed suboptimal. In this study, our aim is to assess primary care physicians' approach to mental disorders and related educational needs.

This research was designed cross-sectional and was performed between 15.07.2015-15.08.2015. 159 physicians, working at family medicine centres in the city centre of Denizli were invited and 153 physicians (%96) agreed to participate. Data were collected face-to face with a questionnaire designed by the investigators.

Physicians stated to believe that 25% of their patients have psychiatric problems but they have only diagnosed 4.6% of them. The most common barrier to diagnosis and treatment of mental disorders mentioned was lack of time. It was observed that physicians have positive attitudes towards mental disorders. 39.7% of physicians reported that they did not use a screening instrument for diagnosing mental disorders. The most frequent assessment instrument used was the Mini-Mental State Exam. In patients with a mental disease diagnosis, 50% of the physician's prescribed drugs and 25% referred to a psychiatrist. It was noticed that the majority of the physicians believe to be partially sufficient in the management of mental disorders. Education in mental disorders was stated as necessary by 78.8% of them.

As a result, education is necessary for primary care physicians to identify and manage patients with mental disorders due to their role as a first contact in the health system.

Keywords: Primary care, family physicians, approach, mental disorders, management

GİRİŞ ve AMAÇ

DSÖ sağlığı fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır(1). Bu tanım ruhsal hastalıkların önlenmesi ve hasta kişilerin tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunu da kapsamaktadır. Birinci basamak hekimleri ruh sağlığı ve hastalıklarında korunma ve tedavi açısından ilk başvuru yeri olmasından dolayı ruhsal hastalıklar açısından önemli bir konuma sahiptir.

Ruhsal hastalıkların toplumda sıklığı giderek artmakta olup tedavi edilmezlerse düşük yaşam kalitesine, yeti kaybına ekonomik kayıplara ve bazen de ölümlere neden olabilmektedir. DSÖ' ye göre Avrupa' da hastalık yükünün %20' sini ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır ve her dört kişiden biri yaşamın herhangi bir döneminde ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadır(2). Türkiye'de ise Hıfzıssıhha Mektebi'nin 2004' te yaptđđı bir çalışmaya göre unipolar depresif hastalıklar Türkiye' deki hastalık yükünü oluşturun ilk 10 hastalık içinde 4. sırada yer almaktadır. Hastalık yükünün erkeklerde %12 kadınlarda ise %15' i nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanmaktadır(3).

Sağlık sisteminin ilk giriş noktası olan birinci basamak kolay ulaşılabilmesi, daha fazla insanla iletişim kurulabilmesi nedeniyle ruhsal hastalıkları nleme ve ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir yer teşkil etmektedir. Yapılan bir araştırmada ruhsal hastalık nedeniyle tedavi olan hastaların %92' sinin en az bir kere aile hekimine başvurduğu görülmüştür. (4). Dolayısıyla ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu ilk olarak psikiyatri dışı hekimlere özellikle de birinci basamak hekimlerine başvurmaktadır. Hastaların bu tercihlerinde hem aile hekimlerinin kendileri hakkında daha iyi bilgiye sahip olduğunu ve daha doğru tedaviler bařlayacađđını düşünmeleri hem de ruhsal hastalıklara ilişkin damgalanmadan kaçınmayı amaçlamaları etkili olmaktadır(5).

Aile hekimleri sık görülen ruhsal hastalıklarda ciddi vakaları ruh sağlığı uzmanına sevk etmeyi dşnmeliyken; diğer durumlarda hastanın tanı, tedavi ve takibini yapabilmelidir. Ancak aile hekimlerinin sık görülen ruhsal hastalıklara yönelik hizmet verme oranı düşüktür. Çoğu ruhsal hastalığı olan hasta atlanmaktadır(6,7). Bunun pek çok nedeni olabilir. Bunlar:

- Hastanın sıklıkla psikolojik yakınmalar yerine somatik yaklaşımlara başvurması
- Hastanın damgalanma korkusuyla sağlık kuruluşuna başvurmaması
- Hasta ya da yakınlarının tanıyı kabul etmemesi
- Hastanın ilaç yan etkilerinden endişe duyması
- Hekimin hastaya yeterince zaman ayırmaması
- Hekimin psikiyatrik görüşme tanı ve tedavi becerilerinin yetersiz olması
- Ruh sağlığı uzman hekimlerinin birinci basamağa yetersiz desteği
- Ruh sağlığı hizmetindeki yetersizlikler olarak sıralanabilir(8,9).

Birinci basamakta depresyon başta olmak üzere ruhsal hastalıklarda hekimlerin tutum ve davranışlarını inceleyen araştırmalarda hekimlerin ruhsal hastalıkları tanı ve tedavi konusunda yetersiz olduğu görülmüştür. (10,11,12). Sağlık hizmetleri içinde hastaların ilk başvuru yeri olan birinci basamak ruhsal hastalıkların kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Bu açıdan birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşımlarının bilinmesi, bu konudaki sıkıntı ve engellerin açığa çıkarılması, sorunun çözümü açısından yol gösterici olabilir.

Biz bu çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin:

- Ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşımlarını,
- Hekimin ruh sağlığı ve hastalıklarının yönetiminde karşılaştıkları engelleri,
- Ruh sağlığı ve hastalıkları açısından hekimlerin eğitim gereksinimlerini saptamayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

Ruhsal hastalıkların tarihçesi

Psikiyatri kişilerin davranışlarında, çevreyle olan uyumlarında görülen bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, tedavisi ve korunmasıyla ilgilenmektedir. Geçen yüzyılda tıptan ve toplumdan uzak kalan psikiyatri son yüzyılda büyük gelişmeler göstermiş olup günümüzde hekimliğin önemli bir uzmanlık dalı olmuştur. İlk çağlarda ruhsal hastalıklar doğüstü güçlerle ilişkilendirilmiştir. Bu görüşten ötürü din ve hekimlik yakın ilişkide olmuştur. Tedavi yöntemlerinde bu görüşe uygun olarak çeşitli törenler, danslar, trans durumları gibi yöntemler olmuştur. Ayrıca din adamları ve büyücüler dinsel büyüsel törenlerde duygusal coşma ve boşalmalara da yer vermektedir. İnanmanın ve duygusal boşalmanın bugün çağdaş psikoterapide de yer aldığı bilinmektedir (13).

Ortaçağda da ilkçağdaki düşünceler devam etmiştir ve kilisenin acımasızca uygulamaları nedeniyle Avrupa'da ruhsal hastalığı olan binlerce insan şeytanlarla ve cinlerle ilişkilendirilip diri diri yakılmışlardır. Bu dönemde İslam ülkelerinde ise tam tersine ruhsal hastalığı olanlara karşı hoşgörü vardı ve bu hastaların tedavileri için hastaneler açılmıştır(14).

Rönesans döneminde 13. ve 14. yüzyıldan sonra kilisenin katı ve acımasız uygulamalarına tepkiler giderek artmış ve ruhsal hastalığı olan insanların diri diri yakılmaları sona ermiştir. 17. yy' da ise ruhsal hastalığı olan hastalar hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimlerce verilmesi gerektiği kabul edilmiştir(13).

Türklerde ruhsal hastalık ve tedavilerinin tarihçesine baktığımızda ise Türklerin İslamiyet'i kabulünden önce hastalık anlayışı ve tedavi yöntemlerinde Şamanizm'in etkili iken, İslamiyet'i kabulünden sonra ise 11. yüzyılda Türklerin hastalık anlayışına İslam tıbbi egemen olmuştur(14). O dönemde yaşayan İbni Sina (980-1030) bütün İslam dünyasının en büyük hekimi olarak görülmüştür. İbni Sina'nın çocuk gelişimi ve kişilik oluşumuyla ilgili çağdaş ve ileri gözlemleri ve görüşleri vardır.

Şöyle ki: "Çocukların bakımına özen verilmeli, davranışlarının aşırılığa kaçmaması için çocuklar gözetilmelidir. Saldırgan öfke patlamaları korku ve bunaltı yatıştırılmalıdır. Bu önlemlerin en iyi biçimde sağlanması çocuğun doğal istek ve

eğilimlerini tanımak hoşlanmadığı durumları göz önünde tutmakla olur. Çocuğun doğal yetenekleri desteklenmeli tedirginlik kaynakları giderilmelidir. Böyle bir çocuk yetiştirme hem beden hem de ruh için iyidir... Ruhsal yönden yararlıdır; çünkü erken eğitimle alışkanlıklar ve tutumlar kişiliğe yerleşir. Çocuklar altı yaşına gelince öğretmen ve eğitim için bir öğretmene gönderilmelidir. Çocuğu birden kitaba yüklememeli; eğitim, genişleyerek ilerleyen bir sisteme uyarak yapılmalıdır." Bu görüşler bugün için de çağdaş, ileri görüşlerdir. Adından bahsetmediğimiz birçok bilim adamı ve filozof ruhsal hastalıkların tarihsel gelişim sürecinde önemli katkılarda bulunmuşlardır(13).

EPİDEMİYOLOJİ

Ruh sağlığı ve hastalıkların alanında etkili bir program geliştirebilmek için özellikle ruhsal bozuklukların yaygınlığını, demografik özelliklerini, oluş nedenlerini içeren güvenilir bilgiler gerekir. Bu da epidemiyolojik araştırmalarla elde edilebilir. Ancak son yıllara kadar yapılmış araştırmalar genelde geçerliliği ve güvenilirliği denenmemiş araçlarla yapılmış olduğundan bunların ne denli güvenilir olduğu tartışılmalıdır.

Dünyada Yapılmış Araştırmalar

Dünyada yapılmış önemli araştırmalardan birisi ABD' de yapılmış Ulusal Eştanı Araştırması (National Comorbidity Survey)' dir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ruhsal hastalıkların yaşam boyu yaygınlığı %50 ve 12 aylık yaygınlığı ise yaklaşık %30 olarak görülmüş. Bu çalışmada Major Depresyon (MD) alkol bağımlılığı ve sosyal fobinin ruhsal hastalıkların içerisinde; en sık görülen hastalıklar olduğu belirtilmiştir. Yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durum ruhsal hastalıklarla ilişkilendirilmiştir(15). 1989-1993 yılları arasında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)' nün desteklediği ve 14 ülkede yürütülmüş olan Dünya Ruh Sağlığı araştırmasına göre ise ülkeler arasında ruhsal hastalıklara ilişkin farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre Çin' in Şanghai kentinde herhangi bir ruhsal bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %8,6 ve 12 aylık yaygınlığı %4,3 iken; ABD' de bu oranlar diğer ülkelere göre daha yüksek çıkmıştır. ABD' de ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %47,3 ve 12 aylık yaygınlığı %26,4 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada anksiyete

bozuklukları en sık görülen ruhsal hastalıklar içerisinde birinci sırada yer alırken, ikinci sırada duygu-durum bozukluklarının yer aldığı belirtilmiştir(16). DSÖ desteklediği ve farklı ülkelerde yapılan çalışmada ülkeler arasında farklılıklar olmasına rağmen birinci basamağa başvuran hastaların önemli bir kısmında (yaklaşık %24) ruhsal hastalık olduğu belirtilmiştir(17).

Tablo 1. Psikiyatrik hastalıkların birinci basamaktaki prevalansları

ruhsal	Yaygın			Herhangi bir hastalık
	Depresyon	anksiyete bozukluğu	Alkol bağımlılığı	
Şehirler	%	%	%	%
Ankara, Türkiye	11,6	0,9	1	16,4
Atina, Yunanistan	6,4	14,9	1	19,2
Bangladeş, Hindistan	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlin, Almanya	6,1	9	5,3	18,3
Groningen, Hollanda	15,9	6,4	3,4	23,9
İbadan, Nijerya	4,2	2,9	0,4	9,5
Meinz, Almanya	11,2	7,9	7,2	23,6
Menchester, UK	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki, Japonya	2,6	5	3,7	9,4
Paris, Fransa	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio De Jenaryo, Brezilya	15,8	22,6	4,1	26,3
Santiago, Şili	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle, USA	6,3	2,1	1,5	11,9
Şanghay, Çin	4	1,9	1,1	7,3
Verona, İtalya	4,7	3,7	0,5	9,8
Toplam	10,4	7,9	27	24

Kaynak: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995)

İsveç'te yapılmış olan bir çalışmada BBSK' deki 4 haftalık başvurular incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Bu süre içindeki başvuruların %17,3' ünde psikiyatrik belirti saptanmıştır. Hastaların daha çok sinirlilik, uyku sorunları gibi psikomatik yakınmalarla başvurmasından dolayı bu hastaların gerekli tedavileri veya psikiyatri uzmanına sevkleri yapılmamıştır. Yine bu araştırmada depresyonun 45-74 yaş arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir(18)

1998' de yapılan yeti yitimi yılı (Disability Adjusted Life Year DALY). çalışmasında yetiyitimi kayıplarının %12' sinin ruhsal hastalıklardan kaynaklandığı görülmüştür. Dünyada yetiyitimine neden olan 10 hastalıktan 5' ini ruhsal hastalıklar (depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, alkol kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk). oluşturmaktadır. Depresyon ilk 10 neden arasında 5. sırada yer almaktayken depresyondan sonra yeti yitiminin en önemli nedenleri olarak nöropsikiyatrik hastalıklar, alkol bağımlılığı, bipolar duyguların bozuklukları ve şizofreni olduğu tespit edilmiştir. Bu oranların hem gelişmiş; hem de gelişmekte olan ülkelerde benzer olduğu vurgulanmıştır(19).

Türkiye'de yapılan araştırmalar

1995-1996 yılları arasından yapılmış olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması Türkiye' de ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılmış bir araştırma olması bakımından önemlidir. Bu araştırmada 18 yaş üstü 7479 kişiyle görüşülmüş ve bu kişilerin %17,2' sinde ICD-10' a göre en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluklar olduğu ve kadınlarda ruhsal hastalıkların erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür(20).

Tablo 2. Son 12 ayda ICD-10 Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı (Türkiye Ruh Sağlığı Profili 1998)

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Panik Bozukluğu	22	0,5	7	0,2	29	0,4
Agorafobi	38	0,9	10	0,3	48	0,6
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	33	0,8	17	0,5	50	0,7
Depresif Nöbet	221	5,4	76	2,3	297	4
Distimi	90	2,2	26	0,8	116	1,6
Kısa Yineleyici Depresyon	91	2,2	28	0,8	119	1,6
Hipokondriyazis	31	0,8	11	0,3	42	0,6
Nevrasteni	150	3,7	33	1	183	2,4
Alkol Bağımlılığı	4	0,1	57	1,7	61	0,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	26	0,6	8	0,2	34	0,5
Anoreksiya Nervoza	0	0	0	0	0	0
Bulumiya Nevroza	15	0,4	2	0,1	17	0,2
Sosyal Fobi	96	2,3	38	1,1	134	1,8
Özgül Fobi	157	3,8	46	1,4	203	2,7
Ağrı Bozukluğu	464	11,3	161	4,8	625	8,4
Somatizasyon Bozukluğu	15	0,4	1	0	16	0,2
Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk	919	22,4	369	10,9	1288	17,2

Eskişehir il merkezinde yapılan bir çalışmada BBSK' ya başvuranların %47,7' sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur. BBSK en yaygın görülen ruhsal hastalıklar; duygu-durum bozuklukları (%38,3) majör depresyon (%23,6) anksiyete bozuklukları (%30,5) somatoform bozukluklar % 24,9 oranında görülmüştür. Majör depresyon tüm tanımlar içinde en yaygın görüleni olmuştur. Kadınlarda, eğitim düzeyi düşük, gelir düzeyi düşük olan ve bedensel bir hastalığa sahip bireylerde ruhsal

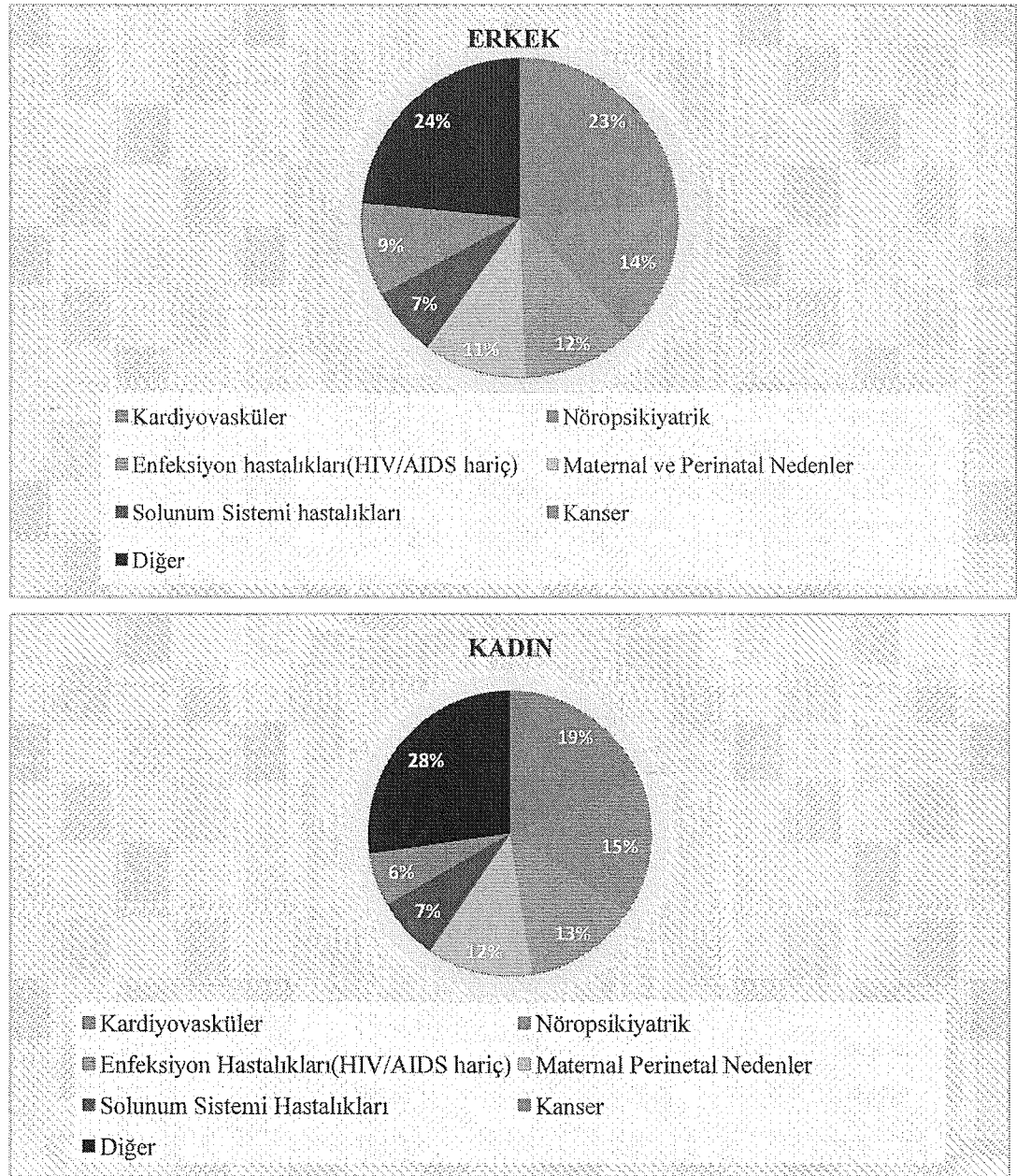
hastalıkların daha yaygın olduğu tespit edilmiştir(21). Antalya' da 12 sağlık ocağına başvuran 15-16 yaşındaki 639 hastada yapılan bir araştırmada herhangi bir ruhsal hastalık görülme oranı %46,6 olduğu bulunmuştur. En sık görülen ruhsal hastalıkların ise duygu durum bozuklukları %30,2 anksiyete %25,2 somatoform bozuklukları %18,8 olarak tespit edilmiştir(22).

Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 10 ayrı ilde; 98 BB hekimleri tarafından görülmüş olan toplam 1997 hastanın değerlendirildiği bir araştırmaya göre DSM-IV tanı kriterlerine göre majör depresyon oranı %23,2 bulunmuştur. MD hastalarının $\frac{3}{4}$ ünün sadece bedensel yakınmalarla hekime başvurduğu görülmüş. Hekimler bu hastaların sadece % 15' inde ruhsal hastalık olduğunu belirlemişlerdir(23). Ruhsal hastalıklar nedeniyle hekime başvuranlardan tanı alanların oranının düşük olduğu bulunmuştur. Bu da BB hekiminin ruhsal hastalıkların yönetiminde daha yeterli olması gerektiğini göstermektedir. Ruhsal hastalıklar ülkeler için önemli bir yüküdür. Hıfzıssıhha mektebinin 2004' te yapmış olduğu Türkiye Hastalık Yüğü çalışmasına göre Türkiye' deki hastalık yükünü oluşturan ilk 10 hastalık arasında depresif hastalıklar toplam DALY' nin %3,9' luk oranı ile 4. sırada yer aldığı görülmüştür(3).

Tablo 3. Hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 10 hastalık (Türkiye, 2004)

Hastalıklar	Toplam DALY içindeki yüzdesi
Perinatal Nedenler	8,9
İstemik Kalp Hastalığı	8,0
Serebrovasküler Hastalıklar	5,9
Unipolar Depresif Hastalıklar	3,9
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	3,8
Konjenital Anomiler	3,0
Osteoartrit	2,9
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH)	2,8
Trafik Kazaları	2,4
Demir Eksikliği Anemisi	2,1

Hastalık yükünün cinsiyete ve temel hastalık gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında nöropsikiyatrik hastalıklar ilk 10 hastalığın neden olduğu hastalık yükünün kadınlarda %15' ini erkeklerde % 12' sini oluşturmuştur. Bu çalışmada ayrıca yeti yitimiyle geçen yaşam yılı açısından nöropsikiyatrik hastalıkların 1.sırada olduğu görülmüştür(3).



Şekil 1. Hastalık yükünün (DALY) Cinsiyete ve Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı (Türkiye, 2004)

RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Ruhsal hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kişiyi etkilemektedir ve tedavi edilmediği zaman büyük miktarlarda işgücü kaybına ve ekonomik kayba neden olmaktadır(24). Bu durum ruhsal hastalıkların yönetiminde bazı düzenlemelerin gerekliliğini göstermiştir. Tarihsel gelişim sürecinde ruhsal hastalıkların yönetiminde üç model kullanılmıştır. Bunlar geleneksel model, esnek model ve toplum içinde bakım modelleridir. Geleneksel ve esnek modellerde hastalar daha çok büyük ruh hastanelerde ve üçüncü basamak hastanelerinde yatırılarak tedavi ediliyordu; ancak hastaların ruh sağlığına erişimindeki güçlülük, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları ve hastaların damgalanmaktan kaçınmaları ruhsal hastalıklarda toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişi düşündürmüştür. 1970'lerde ruhsal hastalığı olan bireylerde sadece kurum temelli bir iyileştirmenin uygun olmadığı, bu hastaların toplumdan kopmadan ve toplumsal rollerini geri kazanacakları şekilde desteklemeleri gerektiği vurgulanmıştır(25).

2008 yılında da DSÖ-WONCA ortak çalışması ile BB' de Ruh Sağlığı Belgesi yayımlanmıştır. Burada ruhsal hastalıkların birçoğunun başarılı bir şekilde tedavi edilebilme potansiyeline rağmen; çok az hastanın gerekli tedaviyi aldığı belirtilmiştir. BB' ye ruh sağlığı hizmetlerini eklemenin tedavi alması gereken hastaların gerekli hizmeti almalarının garanti altına alınacağı belirtilmiştir. (26). BB'nin ruhsal hastalıkların tedavisi açısından daha ulaşılabilir olduğu düşünülürse, buraya yapılacak yatırımın tedaviye ulaşmayı kolaylaştıracağı da vurgulanmıştır. Diğer taraftan BB hekimi hastalara ve ailelere ruhsal hastalıklarda, bakım vermede daha etkili konumdadır. Aile hekimleri hastalarını bir bütün olarak psikososyal yaklaşımla değerlendirir. Aile ve toplum yönelimli bu yaklaşımda bulunan aile hekimi toplumun ve ailelerin sorunlarını çözmeye çalışır. Bu nedenle ruh sağlığının birinci basamağa entegrasyonu önem taşımaktadır.

Ruh Sağlığı Birinci Basamağa Nasıl Entegre Edilir?

DSÖ ve WONCA bu sorunun cevabını 10 ilke ile vermektedir: (27).

1. Ruh sağlığı hizmeti hükümetin plan ve politikalarına dahil edilmeli. Ruh sağlığının BB' ye entegre edilmesinde hükümetlerin desteği gerekir. Bunun için yasalar

çıkartılmalıdır. Ruh sağlığının BB' ye entegrasyonu için sadece ruh sağlığı politikası yeterli gelmez; bunun yanında BB' de ruh sağlığı hizmetlerini vurgulayan genel ruh sağlığı politikalarıyla sağlanabilir.

2. Tutum ve davranışları değiştirmek için savunuculuk şarttır. Zaman ve çaba politik liderleri, sağlık otoritelerini ve birincil bakım çalışanlarını ruh sağlığının bütünleştirilmesi konusunda duyarlılaştırmak için gereklidir.

3. BB sağlık çalışanlarının yeterli eğitimi gereklidir. Bu eğitimle öğrencileri, yeni mezunları aynı zamanda deneyimli aile hekimlerini kapsamalıdır. BB sağlık çalışanlarına ruh sağlığının birincil bakımla bütünleştirilmesi ile ilişkili hizmet içi eğitim verilmesi önemlidir.

4. Birinci basamakta görevler sınırlı ve yapılabilir olmalıdır. Başlangıçta her sağlık sistemi birinci bakımdaki işgücünün kapasitesini değerlendirmesi gerekir. Birincil bakımın şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde rol alıp alamayacaklarının belirlenmesi; bununla birlikte sık görülen ruhsal hastalıkların tedavisinde nasıl bir rol alacakları belirlenmelidir. Hekimlerin ruhsal hastalıklardaki görevleri belirli bir çerçeveye alınmalıdır. Hekimlerin zamanla güven ve becerileri arttıkça görevler de artırılabilir.

5. Ruh sağlığı uzmanları ve kurumları birincil basamağı desteklemek için var olmalıdır. Ruh sağlığı hizmetleri birincil bakıma entegre edilmelidir; ancak tamamlayıcı hizmetler özellikle sevk sonrası dönüş yapan, destek veren ve gerektiğinde denetim yaparken ikincil bakım bileşenleri buna eşlik etmelidir.

6. Hastalar birincil bakımda gerekli psikotrop ilaçlara ulaşabilmelidir. Psikotrop ilaçların doğrudan dağıtımının psikiyatri hastanelerinden çok; birincil bakım kurumlarına yönltilmesi gerekmektedir. Özellikle ruh sağlığı uzmanlarının ve doktorlarının yetersiz olduğu bölgelerde birincil bakımda çalışanların psikotrop ilaçları reçete etmelerine ve dağıtmalarına izin veren yasa ve yönetmelikleri güncellemeleri gerekir.

7. Ruh sağlığının BB' ye entegrasyonu bir srectir. Politikaların varlığında bile bu entegrasyon zaman alır. Entegrasyon tipik olarak eğitim, uygun personel ve yeterli ödenekleri içeren bir dizi gelişmeyi içerir.

8. Bir ruh sağlığı hizmeti koordinatörü olması çok önemlidir. Bir ruh sağlığı hizmeti koordinatörünün gözetimden sorumlu olması ruhsal sağlıkla bütünleşmiş birincil bakımın etkin olmasını sağlar. Çünkü bazen beklenmedik problemler oluşabilir ve ruh sağlığı koordinatrleri entegrasyon programını yürütmede ve süreci ileri taşımada çok önemlidir.

9. Diğer sağlık dışı hkmet sektörleri ve hkmet dışı organizasyonlar köy ve toplum sağlık çalışanları gönüllüler ile işbirliği gereklidir. Bu kuruluşlar birincil bakımda ruh sağlığını desteklemede önemli bir rol oynayabilirler. Köy ve toplum sağlık çalışanları ruhsal hastalığı olan insanları tanıma ve sağlık kuruluşlarına yönlendirmede önemli olabilirler.

10. Finansal kaynaklar ve insan kaynakları gereklidir. Ruh sağlığı birincil bakımda cost-effectiftir. Ancak hizmetin kurulması ve sağlanması için finansal kaynaklar gerekir. Eğiticilerin cretlerinin ödenmesi, eğitim mekanı, kalacak yer gibi eğitim maliyetleri karşılanmalıdır(27).

Birinci basamak hizmetlerine ruh sağlığının entegrasyonu birçok ülkede sağlanmıştır. Ülkemizde ruh sağlığının örgütlenmesi ile ilgili duruma bakacak olursak; 2006 yılında ulusal ruh sağlığı politikası yazılmış ve toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş önerilmiştir ve Mayıs 2008'de Bolu Toplum Temelli Ruh Sağlığı Merkezi açılarak pilot uygulamalara başlanmıştır. Sonuçların yüz güldürücü olmasıyla bu merkezler tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezleri daha çok ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumdaki rollerini kaybetmeden tedavi edilmelerini amaçlamaktadır(28).

Avrupa Birliği' nin 15 ülkesinde 100 bin kişi başına düşen ruh sağlığı uzman sayısı 12,9 iken Türkiye'de bu oran 2,20 dir. DSÖ Avrupa Birliği lkeleri arasında en az orana sahip olan lke Türkiye'dir(28). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda

sevk zincirinin olması gerektiği gibi işlenmediği ve ruh sağlığı uzman sayısının ülkemizde az olmasına rağmen çoğu ruhsal hastalığı olan kişilerin daha çok ruh sağlığı uzmanına başvurduğu görülmüştür(29). Ruhsal hastalıkların sık görülmesi, hastalık yüklerinin fazla olması ve ruh sağlığı uzman sayısının az olduğu göz önüne alınırsa bazı ruhsal sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesinin daha uygun olduğu görülecektir.

RUHSAL HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ

Bir psikososyal yaklaşım ile yetişen aile hekimleri hastalarını biyolojik psikolojik ve sosyal yönden değerlendirmelidirler. Bu yaklaşım aile hekimlerinin karşılaşılabileceği tüm hastalıklar için geçerlidir. Bu şekilde hastalarına yaklaşan aile hekimlerinin rutin öykü ve muayenelerinde ruh sağlığında değerlendirmeleri toplumda sık görülen ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavi oranını arttıracaktır. Ruhsal hastalığı olan hastalar daha çok fiziksel ve organik belirtilerle hekime başvurduğundan hekimlerin hastalarını ruhsal açıdan değerlendirirken bu konuda dikkatli davranması gerekmektedir(9).

BB hekimleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere önemli bir yük getiren ruhsal hastalıkların korunma tanı ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri ve kolay ulaşılabilir olması sebebiyle önemli bir konuma sahiptir. Nitekim BB hekimleri tanı ve tedavinin yanı sıra birincil, ikincil, üçüncül önlemlerin her birinde etkin göreve sahiptir.

Birincil Koruma

Birincil korumada amaç gerekli önleyici tedbirleri alarak hastalığın ortaya çıkmasını engellemektir. Ekonomik farklılıklar olumsuz yaşam koşulları gibi sosyal ve ekonomik faktörlerin azaltılması hastalıklara karşı direncin artırılması çocukluk çağı olumsuz yaşantıların engellenmesi birincil korumada hedeflenmektedir(30).

Birincil korumada genellikle bireysel ve toplumsal çabalarla sağlık korunmaya çalışılır. Nitekim Weich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ruh sağlığını korumada toplum temelli müdahalelerin de çok önemli olduğu vurgulanmıştır(31). Birincil korumaya örnek olarak:

- Çeşitli geçiş dönemindeki (boşanma, emeklilik vb.) bireyler destek ve eğitim sağlama
- İşsiz bireyler, kimsesiz çocuklara eğitim sağlama ve destek olma
- Alkol ve madde bağımlılığının fiziksel ve psikolojik etkilerinin öğretilmesi
- Anne-baba adaylarına eğitim verilerek çocuk gelişiminin öğretilmesi
- Kadınların sosyoekonomik açıdan güçlendirilmesi(32,33)

İkincil Koruma

İkincil koruma hastalığın semptomatik hale gelmesini engelleyerek hastalığın ilerlemesini önlemeyi amaçlamaktadır. Böylece hastalıkların erken tanı ve tedavilerinin sağlanması hedeflenmektedir. Bu amaçla toplumda riskli kişiler taranabilir. İkincil korumaya örnek olarak:

- Ruhsal hastalık belirtileri gösteren çocukların ilgili bölümlere yönlendirilmesini sağlamak amaçlı öğretmenlere eğitim verilmesi
- Hastalık hakkında halkın eğitilmesi
- Ciddi ruhsal bozukluklarda faaliyete geçilebilecek telefon hatlarını kurmak
- Tanı konulan hastalara ve yakınlarına bilgilendirici yaklaşımlar(30,33)

Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma psikiyatrik hastalıkların depresmesini, beraberinde başka ruhsal hastalık gelişmesini önlemek, tedaviyle hastaların işlevselliğini arttırmak, tekrar eden hastane yatışlarını azaltmak ve sosyal iletişimi arttırmayı amaçlamaktadır. Böylece kronik ruhsal hastalığı olanlarda hastalığa bağlı sakatlıkların, yeti yitiminin, komplikasyonların önlenmesi sağlanmış olur. Ciddi ruhsal hastalıklarda (özellikle şizofreni gibi.) üçüncül koruma oldukça önemlidir. Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezleri bu anlamda görev yapmaktadır. Üçüncül korumaya örnek olarak:

- İyileşme ve uyum aşamasında birey ve aileye destek çalışmaları izlem ve ev ziyaretleri
- Hastaların kısmi hastaneye yatış programlarına alınması ve bakım gereken hastaların barınma evlerine yönlendirilmesi
- Toplumsal destek sistemlerinin sağlanması(30,32)

BİRİNCİ BASAMAK RUHSAL HASTALIKLARIN TANIMLANMASINDA KULLANILABİLECEK ÖLÇEKLER

Toplumda sık görülen birçok hastalıkta olduğu gibi ruhsal hastalıkların önlenmesi erken tanı ve tedavisi açısından BB hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Ruhsal hastalıkların BB' de tanınması önemli ancak; hekimler bu konuda sıkıntılar yaşamaktadır. Bu aşamada BB hekimleri psikiyatrik ölçeklerden yararlanabilir. Ölçekler tarama tanı derecelendirme ve fonksiyon değerlendirmede kullanılabilir.

Ruhsal hastalık tarama amacıyla kullanılan ölçekler

Tarama amacıyla kullanılan ölçekler genellikle kendini değerlendirme ölçeği şeklindedir. Toplumda ruhsal hastalıkları belirlemede kullanılır. Bu grupta yer alan Tarama Listesi-90-R ve genel sağlık anketi BB de kullanılabilecek ölçeklerdir. Türkçeye çevrilmiş geçerlik ve güvenirlik çalışmaları mevcuttur(34).

Belirti Tarama Listesi-90-R:

17 yaş üstünde ve en az orta öğretim mezunu olan normal popülasyondaki kişilere yapılan bir kendini değerlendirme testidir. Psikiyatrik belirtileri ölçen bu test dokuz belirti grubunu içermektedir. Bunlar: ‘‘Depresyon, anksiyete, somatizasyon, OKB, fobik kaygı, kişiler arası ilişkilerde huzursuzluk, öfke, düşmanlık paranoid düşünce ve psikotizm’dir.’’ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Yaklaşık 15 dakikada uygulanmakta olan kendini değerlendirme ölçeğidir(34).

Genel Sağlık Anketi

Anksiyete ve depresyon belirtilerinin araştırmalarında kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılabilen kısa, kolay ve pratik bir ölçektir. BBSK' ya başvuran kişilere ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışındaki hasta gruplarına uygulanabilir. Bu anketin 12 ve 28 sorulu formları mevcuttur. Bu iki form birleştirilerek 34 maddeli bir form oluşturulmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Kılıç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (35).

Tanı Amaçlı Kullanılan Formlar

BB' de primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) ve DSM-V (The diagnostic and statistical manual of mental disorders five edition) kullanılmaktadır(34).

Belirti ve Değişiklikleri Değerlendirmek Amacıyla Kullanılabilecek Ölçekler

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Depresyon belirtileri olan kişilere hekim tarafından uygulanan hastada depresyon düzeyini ve şiddetini ölçen bir ölçektir. Suçluluk duyguları, anksiyete, intihar gibi. 17 madde, 5 dereceli ölçekle değerlendirilir. Ölçek tanı koydurmaz; ancak tedavi sırasında hastanın izlemine kolaylaştırır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(35).

Beck Depresyon Envanteri

Sağlıklı ve ya ruhsal hastalığı olan hasta gruplarda uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastalarda depresyon yönünden riski belirlemek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için kullanılır. Depresyonun şiddetiyle ilgili bilgi verir. 4'lü Likert tipi ölçüm ile toplam 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır. Türkçe formu Hisli tarafından oluşturulmuştur(36).

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

Sağlıklı ve ya ruhsal hastalığı olan gruplarda anksiyetenin şiddetini, düzeyini ve belirti dağılımını belirlemede kullanılabilen bir ölçektir. 14 sorudan oluşup; hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulamaktadır. Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiştir(35).

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Doğum sonrası depresyonu belirlemek amacıyla kullanılmakta olup Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır(34).

Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri

14 yaş ve üstü kişilerde, bilinci yerinde olan hastalarda grup olarak uygulanabilen bir ölçek türüdür. Yaklaşık 10 dakikada yanıtlanabilir. Her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. Duruma ait ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla kullanılabilen bir testtir(35).

Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu

Duygu-durum bozukluğu olan hastalarda hastalığın mevsimsel seyrini göstermek amaçlı kullanılır. Ayrıca normal popülasyonda mevsime bağlı olarak oluşabilen duygu-durum değişikliklerini araştırmada kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Demografik veriler, mevsimsel değişiklerin şiddeti, yılın aylarına bağlı değişiklikler, günlük hava tercihine bağlı değişiklikler, kilo değişiklikleri, uyku süresi ve sorun şiddeti bölümlerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Elbi, tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır(34).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Turgay tarafından geliştirilen ve erişkinlerde DEHB' nin değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. Günay ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır(35).

Bilişsel Durumu Değerlendiren Testler

Bilişsel durumu değerlendiren testler grupta yer alan ölçekler mini mental durum muayenesi ve kısa kognitif muayene çizelgesidir. Bu testler kısa sürede uygulanabilir ve yönelim dikkat bellek gibi fonksiyonları değerlendirmek için kullanılabilir. Bu iki ölçeğin de Türkçe geçerlik ve güvenilirliği mevcuttur(34).

Mini Mental Durum Muayenesi

Yaygın kullanılan kolay bir testtir. Hastaların kognitif durumunu değerlendiren bu test temelde depresyonu demanstan ayırmak için geliştirilmiştir. Kişinin yönelimini belleğini ve dikkatini sınar. Ayrıca görsel motor becerileri ve dil kullanımını da değerlendirir. 5-10 dakika içinde uygulanabilir. Türkçe uyarlaması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(35,36),

RUHSAL HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş: Ruhsal hastalıklar sıklıkla 25-44 yaş arasında daha fazla görülür(37).

Cinsiyet: Ruhsal hastalıklar genellikle kadınlarda sık görülürken alkol bağımlılığı erkeklerde daha sık görülür(38).

Medeni durum: Evli kişilere göre rarlarda, boşanan ya da ayrı yaşayan kişilerde ruhsal hastalıkların daha fazla olduğu saptanmıştır(38).

Sosyal sınıf: Sosyal çevreyle ruhsal hastalıklar sıkı ilişkilidir. Fiziksel ve sosyal çevrenin olumsuz olduğu sosyoekonomik düzeyi düşük olduğu toplumlarda şizofreni, depresyon, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluklarının fazlaca olduğu saptanmıştır(38).

Toplumsal travmalar: Doğal afetlerin neticesinde duygulanım bozukluklarının ve travmatik stresin arttığı bildirilmektedir. Fiziksel çevre zehirli dumanların ve ağır madensel atıkların fazlaca olduğu sağlıksız bölgelerde ruhsal hastalık bozuklukları ortaya çıkmaktadır(29).

Fiziksel sağlık durumu: Kronik ve ya fiziksel rahatsızlığı olan kişilerde ruhsal hastalıklar daha fazladır(39).

Yaşam olayları ve stres: Çeşitli olumsuz yaşantılar işsizlik aile içi şiddet boşanma kayıplar gibi olaylar ruhsal hastalıkların görülme sıklığını artırır(40).

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN RUHSAL HASTALIKLAR

Epidemiyolojik verilerden de gördüğümüz gibi ruhsal hastalıklar toplumda sık görülmektedir. Ruhsal hastalıklar farklı semptomlar içermektedir; bununla birlikte bu hastalıkların çoğu BBSK' de tedavi edilebilir(24). Ancak bu hastalar ruhsal şikayetlerden ziyade somatik belirtilerle çoğunlukla BB hekimlerine

başvurmaktadır ve yapılan araştırmalarda BB hekimlerinin bu haritaları atladıkları görülmüştür(41).

Çocukluk ve gençlik döneminde ortaya çıkan ve erken müdahale edilmediği takdirde toplumsal sorunlara neden olabilen ciddi bozukluklara ilerleyebilen bu hastalıkların BBSK' de etkin yönetimi önem taşımaktadır. Birinci basamakta sık görülen ruhsal hastalıkların başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir.

DEPRESYON

Depresyon toplumda ve BB' de yaygın olarak görülen, yeti yitiminin en önemli nedeni olan bir duygu-durum bozukluğudur. BB' de sıklığı %4,8-8,6 arasında değişmektedir(42). Dünyada yaklaşık 400 milyon kişi bu hastalıktan müzdariptir. Ayrıca depresyon bireysel ve toplumsal maliyeti yüksek olan bir hastalıktır(24). Depresyon erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görülür ve ortalama görülme yaşı 25-44 arasındadır. Depresyon derin üzüntü ile birlikte düşünce konuşma devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık içeren bir hastalıktır. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan durumlarda görülebilir. Bu nedenlerle depresyon birincil ve ikincil olmak üzere iki gruba ayrılabilir(43).

Birincil depresyon; bedensel ve ya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan hastalıktır.

İkincil depresyon; bedensel ve ya başka bir hastalık sonrası oluşan bir durumdur.

Etiyoloji

Depresif bozuklukların etiyolojisinde biyolojik ve psikosoyal etkenler rol oynamaktadır. Bunlar kısaca:

- Kişinin çocukken karşılaştığı acı yaşam olayları, erken dönem kayıpları
- Kişiler arası ilişkilerde aşırı bağımlılık, aşırı duyarlı, titiz, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri
- Kalıtsal yatkınlık

- Yaşamın ilerleyen dönemlerinde biyolojik ya da psikososyal uyaranların noradrenerjik, serotoninerjik ve sistemlerdeki reseptör duyarlılığı ve etkinliklerdeki anormal süreçleri başlatması
- Depresyona yol açabilen hastalık ya da özgürlüğün olması(43,44)

Klinik Bulgular

Klinik belirtiler depresyonda hafif, orta ya da ağır derecelerde görülebilir.

Genel görünüm: Yüz çizgileri belirgindir ve omuzlar çökük Yüzlerinde ise üzüntülü bir ifade vardır. Kendilerine bakımı azalmış olabilir(45).

Duygulanım: Hastalar sık ve kolay ağlamaktan yakınabilir. Kimi hastalar üzüntü ile birlikte; bunaltı (anksiyete) ve kimi hastalarda da öfke hali olabilir. Hastaların eskiden zevkle istekle yaptığı ilgilendiği şeylerden zevk almaması, depresyonun en önemli belirtilerinden biridir(45).

Konuşma ve iletişim: Hafif ve orta depresyonda hasta ile iletişim güç olmaz iken; ağır depresyonda, hiç konuşmama (mutizm) olabilir ve bu hastalarla iletişim kurmak zordur(45).

Yönelim: Depresyondaki hastanın bilinci açıktır. Yer, zaman ve kişiye yönelim bozukluğu olmaz. Hastalar unutkanlıktan yakınabilirler(45).

Düşünce hızı: Düşünce hızı yavaşlamakla birlikte düşünce içeriği pişmanlıktır. Olumsuz anılar ve gelecek kaygısıyla doludur. Hastanın öz saygısı çok azalmıştır. Kendini değersiz, küçük ve işe yaramaz görür ve intihar düşünceleri gelişmeye başlar. Depresyon hastalarında muayene sırasında psikomotor yavaşlama gözlemlenebilir. Bazı hastaların konuşma ve yürümelerinde zorluklar olur(45).

Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Depresyon hastalarında bedensel ve fizyolojik belirtiler de bulunabilir ve hastalar bu yakınmalar nedeniyle hekim hekim dolaşabilirler. Depresyonda bedensel yakınmalar anksiyete ve konversiyon türü

belirtiler sık görülür. Depresyon hastalarının çoğunda yeme isteği azalır. Hastalar halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınabilir(45).

Depresyonda sık görülen belirti ve bulgular:

- Depresyon, duygu durum, üzüntü keder
- İlgilerde azalma isteksizlik zevk alamama(anhedonia)
- Halsizlik, yorgunluk, çabuk yorulma
- Dalgınlık, dikkatini yoğunlaştıramama
- Değersizlik, yetersizlik, kendi küçük, görme suçluluk duygusu
- Kilo ve iştahta değişiklik(genellikle azalma)
- Uyku düzeninin değişmesi artma ve ya azalma (genellikle uykusuzluk)
- Psikomotor yavaşlama, ajitasyon
- Cinsel isteksizlik
- Bedensel yakınmalar
- Ölüm düşünceleri ve intihar girişimi(46).

Depresyonda Tanı

Depresif duygu durumunda tanı ölçütleri ilk kez 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan DSM tanı ölçütlerinde tanımlanmıştır. Belli aralıklarla güncellenmektedir.

DSM-IV' e göre depresif bozukluk alt grupları

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olarak gruplanmıştır(47).

Tanı kriterleri

A. En az iki haftadır mevcut olan hemen her gün günün büyük bölümünde işlevsellikte değişme ile birlikte aşağıdaki kriterlerden beşinin bulunması, bu beş kriter içinde de mutlaka en az birinin depresif duygudurum veya zevk alamama ya da ilgi kaybı olması gerekir.

1. Her gün, gün boyu süren depresif duygudurum (Üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı görünüm)

2. Her gün ve gün boyu süren etkinliklere ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama
3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4. İnsomnia ya da hipersomnia (Uykusuzluk ya da aşırı uyuma)
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme)
6. Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması
7. Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız = gerçek dışı yargı) olabilir
8. Düşüncesini yoğunlaştırmada azalma ya da kararsızlık
9. Yineleyen ölüm düşünceleri (İntiharla ilgili)

B. Bu semptomlar distimik bozukluk tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar madde kullanımına ve/veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma intihar düşünceleri psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir(48).

DSM-IV' te yer alan E şikkı 2013'te yayımlanan DSM-V' te tümünden kaldırılmıştır. Değişikliğin gerekçeleri şu şekilde açıklanmıştır.

Pek çok araştırma yas durumunda oluşan belirtilerin 2 aydan çok daha uzun sürdüğünü göstermiştir. Bu nedenle DSM-IV-TR' deki 2 ay süresi, DSM-V' te uygun bulunmamaktadır. Bununla birlikte araştırmalar kayıp yaşayan bireylerde majör depresyonun olma ihtimalinin daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir. Sonuçta bu kişilerde majör depresyon tedavisi hasta kayıp yaşamış olsun ya da olmasın aynı şekilde uygulanmaktadır. Böylece DSM-V' te 2 aylık yas süresinin işlevsel bir değerinin olmadığı yargısına varılmıştır. DSM-V' in görüşüne göre, kişinin yas içinde olup olmamasından çok önemli olan kişinin içinde bulunduğu durumdur(49).

Depresif olguların değerlendirilmesi

Depresyon tedavisine başlamadan önce hastanın bireysel risk yaratan durumlara sahip olup olmadığı ve hastanın lehine devreye konulabilecek güçlerin değerlendirilmesi gerekir. Bunlar şu şekilde açıklanabilir.

Klinik tablonun ağırlığı; depresyonun ne denli ağır olduğu belirtilerinin ne olduğu psikotik belirti olup olmadığının öğrenilmesi gerekir. Bu şekilde daha iyi bir tedavi stratejisi belirlenebilir.

Özkıyım riski; depresyon, özkıyım oranlarının yüksek olduğu bir hastalıktır. Bu durum göz önüne alındığında depresyon hastalarında özkıyım riskinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğu anlaşılır. Hastanın dile getirmesi beklenilmeden hastanın özkıyım düşüncesi, planları ve girişimi olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Hastanın ailesinden özkıyım riskini arttırabilecek durumların olup olmadığı öğrenilmelidir. Ayrıca özkıyımdan koruyucu olabilecek ruhsal, toplumsal özellikler ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır.

Yaş ve genel bedensel durum; seçilecek tedavinin belirlenmesi açısından hasta sorgulanmalıdır.

Eşlik eden fiziksel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar; Hastanın yaşına bakılmaksızın eşlik eden fiziksel hastalıklar ve hastanın kullanmakta olduğu ilaç olup olmadığı; eğer varsa hangi ilaç ve/veya ilaçlar olduğu sorgulanmalıdır. Bu şekilde ilaç etkileşim riskinin en aza indirgenmesi sağlanmış olur.

Geçmiş hastalık öyküsündeki özellikler; hekim hastasına tedavi başlamadan önce hastanın eğer varsa geçmiş hastalık öyküsünü irdelemelidir. Hastanın geçmiş hastalık öyküsündeki ipuçları hekimin tedavi stratejisini belirlemede yol gösterici olabilir. Aynı zamanda olası risklerin tahmin edilebilmesi açısından da önemlidir hastanın geçmiş öyküsünde hastalık için etkili olan bir antidepresan, depresyonun ilaç tedavisinde ilk seçenek olabilir. Ancak geçmiş hastalık döneminde etkili doz ve

sürede kullanıldığı halde fayda sağlamamış bir antidepresanın başlanması zaman kaybına neden olur.

Sosyal destek gücü ve hasta yakınlarının işbirliği potansiyeli; hastanın sosyal destek gücü ve hasta yakınlarının işbirliği potansiyeli hastanın tedaviye olan güveninden hastanın özkıyım riskinin azaltılmasına kadar birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Ayaktan tedavisi sağlanabilecek olan hastalarda ailenin işbirliği, potansiyeli oldukça önemlidir(50).

Depresyon Tedavisi

Depresyon sık görülen, kişiyi yaşamdan bıktıran ve tedavi edilmediğinde özkıyımına neden olan bir hastalıktır. Tedavi ile depresyon hastalarının çoğu iyileşir. Hastaların bazılarında hastalık tekrar edebilir. Bu nedenle tedavinin yanı sıra koruyucu yaklaşımlar da oldukça önemlidir. Sonuçta depresyonun oluş nedenleri arasında kalıtsal, biyokimyasal ve psikososyal pek çok etkenin var olduğu kabul edilmektedir. Depresyon tedavisinde kullanabileceğimiz yöntemler; ilaç tedavisi, psikoterapi, EKT olarak gruplayabiliriz(51).

Antidepresan ilaçlar:

Çağımızda depresyon tedavisi için etkili ilaçlar geliştirilmiştir. Antidepresan olarak adlandırılan bu ilaçlar aynı zamanda yaygın bunaltı bozukluğu, sosyal fobi, OKB, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluklarının tedavisinde de kullanılmaktadır.

Antidepresan ilaçların sınıflandırılması

1.Trisiklik antidepresanlar

İmipramin

Klomipramin

Amitriptilin

Opipramol

2.Seçici seratonin geri alım inhibitörleri

Essitalopram

Fluoksetin
Fluvoksamin
Paroksetin
Sertralin
Sitalopramin

3.Serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri

Venlafaksin
Milnasipram

4.Seçici noradrenalin serotonin antagonistleri

Mianserin
Mirtazapin

5.Noradrenalin geri alım inhibitörleri

Mopratilin(seçici olmayan)
Reboksetin(seçici olan)

6.Serotonin düzenleyicileri(modülatörleri)

Tianeptin
Nefazodan
Trazodan

7.Dopamin ve Noradrenalin geri alım inhibitörleri

Bupropien

8.Geri dönüşümlü MAO inhibitörleri

Moklobemid

Trisiklik antidepresanlar

Daha önce sık kullanılmakta olan bu ilaçların, yan etkilerinin çok olması nedeniyle kullanımları giderek azalmıştır. Bunların yerine serotonin geri alım

inhibitörleri tercih edilmeye başlanmıştır. Kullanımları azalmış olmakla birlikte, etkili ve ucuz olduğundan hala kullanılan bir ilaç grubudur. 25 ile 50 mg gibi düşük dozda başlanıp, 150 mg' ye çıkılır. Gerekirse 300 mg' ye kadar da çıkılabilir(52).

İmipramin: Ticari adı Tofranil' dir. Uyku düzenini bozabilir. Çocuklarda enurezis noktunada da kullanılmaktadır. 10 ve 25 mg draje formları mevcuttur.

Amitriptilin: Ticari olarak Laroxyl ve Triptilin adıyla sunulur. Anksiyete giderici ve sedatif olarak da kullanılmakta olan bu ilaçlar uyku verici özelliğinden dolayı, uykusuzluk çeken hastalara da önerilir. En ucuz antidepresanlardır. Antikolinergik etkisi en fazla olandır. 10 ve 25 mg draje formlarında ve Laroxyl 25 mg ampul formunda bulunur.

Klomipramin: Anafranil olarak reçete edilmektedir. Depresyon, OKB ve panik bozukluğunda etkilidir.

Opi Pramol: Ticari adları; İnsiden, İnsomin, Deprenil, İnzeton ve Opridon' dur.zayıf antidepresan olduğundan majör depresyon tedavisinde kullanımı önerilmemektedir. Hafif depresyonda, uykusuzlukta kullanılabilir. 50 mg draje şeklinde mevcuttur.

Trisiklik depresanların yan etkileri: Antikolinergik yan etkiler sık görülür. Ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, kabızlık gibi. Bu nedenle yaşlılarda, prostat hipertrofisi olanlarda, dar açılı glokom olanlarda önerilmez. Aynı zamanda sedasyon, kilo alma, hipotansiyon, uyuşukluk, yorgunluk, libido kaybı, taşikardi, terleme, bulantı diğer yan etkileridir.

Seçici seratonin geri alım inhibitörleri: En sık kullanılan ilaç grubudur. Antikolinergik yan etkiler yoktur. Yaşlılarda, prostat hipertrofisi olanlarda, dar açılı glokomda kullanılabilirler(53).

Essitalopram: ticari adları ve formları; CipraleX 10 ve 20 mg, Citoles 5 ve 10 mg, Eslorex 10 mg şeklindedir. Tedavi dozu günlük 10-20 mg'dir. Yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimi az bir ilaçtır.

Fluoksetin: Prozac 20 mg kapsül, 20mg/5ml likit, Depreks, Zedprex, Fulsac, Florak, Laksetin, Depset 50 mg kapsül şeklinde formları bulunmaktadır. Günlük ortalama doz 20-100 mg arasındadır. Varfarin ve dijital alan hastalarda dikkatli olunmalıdır ya da kullanılmamalıdır. Trisiklik antidepresanlarla verilmez; çünkü zehirlenme tablosuna yol açabilir.

Fluvoksamin: Faverin 50 ve 100 mg tabletleri mevcuttur. Güçlü bir SSGI' dir. Depresyon ve OKB tedavisinde kullanılan önemli bir ilaçtır. Ortalama günlük doz 200 -300 mg' dir.

Paroksetin: Seraxat, Paxil, Paxera 20 mg, Xetanor 20 ve 30 mg tabletler şeklinde bulunmaktadır. Günlük doz ortalama 20-60 mg' dir. Uykusuzluk yapabileceğinden akşamları alınmalıdır.

Sertralin: Lustral 50 mg tablet, Serdep 50 mg kapsül, Seralin 50 ve 100 mg kapsül, Selectra 25, 50 ve 100 mg kapsül, Misol 50 ve 100 mg tablet formları bulunmaktadır. Günlük ortalama doz 50-100 mg' dir.

Sitalopram: Cipram 20mg tablet, Citolap 20 mg tablet, Citol 20 ve 40 mg tablet, Citara 20 ve 40 mg tablet, Eslopram 20 mg tablet, Relaxol 20 ve 40 mg tablet, Vodolax 20 ve 40 mg tablet, Laira 20 ve 40 mg tablet şeklinde mevcuttur. Günlük ortalama doz 20-40 mg' dir.

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin yan etkileri

En sık görülen yan etki sindirim sistemi ile ilgilidir. Ayrıca kanama zamanını da uzatırlar. Siroz ya da iç kanama riski olanlarda çok dikkatli kullanılmalıdır. Mide koruyucu ilave edilebilir. Essitalopram, Sitalopram ve Sertralin ilaç etkileşimleri en düşüktür(53).

Trisiklik ve SSGİ Almayan Antidepresanlar

	Preperat	Tedavi Dozu
MAO İnhibitörleri		
<i>Maklobemid (Aurorix)</i>	150-300 mg tb	300-600 mg
Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri		
<i>Maprotilin (Ludiomil)</i>	25-75 mg tb	100-150 mg
	<u>Preparat</u>	<u>Tedavi Dozu</u>
<i>Raboksetin (Edronax)</i>	4 mg	8mg
Seçici Noradrenalin Serotonin Anteganistleri		
<i>Miansenin (Toluan)</i>	10-30 mg tb	60-120 mg
<i>Mirtazapin (Remeron)</i>	30 mg tab	15-45 mg
<i>(Remeron sal. Tab.)</i>	15, 30, 45 sal	15 mg/ml
Serotonin Düzenleyicileri		
<i>Trazoden (Desyrel)</i>	50, 100 mg tb	200-300 mg
<i>Tiyanegtin (Stablon)</i>	12,5 mg tb	25-37,5 mg
Dopamin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri		
<i>Buprapion (Zyben)</i>	150 mg yavaş sal tab	225-450 mg
Trisiklik ve SSGİ Almayan Antidepresanlar		
Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri		
<i>Venlofaksin (Efexor)</i>	37,5 mg tb	75-150 mg
<i>(Efexor XR)</i>	75, 150 mg kap	
<i>Milnacipron (Ixel)</i>	25, 50 mg kap	100 mg

Tedavi süresi

Antidepresan tedavi en az 6 ay, ya da bir önceki epizodun iyileşme süresi (hangisi daha uzunsa) kadar olmalıdır. Tedavi süreci hastanın durumuna göre belirlenmelidir. Antidepresanlar kesileceği zaman kullanılan ilaçların yarılanma ömrüne bağımlı olarak yavaş yavaş yaklaşık 2 hafta içinde azaltılarak kesilmelidir.

EKT

Majör depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Kısmen yerini ilaç tedavilerine bırakmış olsa bile ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda kullanılan

en hızlı antidepresan tedavidir. Psikotik ya da psikotik olmayan hastalarda etkilidir. 8-12 EKT ile belirtilerde azalma görülür(54).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete Türkçe'de iç sıkıntısı kaygı bunaltı sözcükleriyle anlatılmaya çalışılır. Anksiyete kaynağı büyük ölçüde bilinmeyen yaşamı tehdit şeklinde algılanan endişe ve korku duygusudur. Anksiyetede otonom sinir sisteminin hiperaktivasyonu ile oluşan somatik bulgular eşlik etmektedir ve belli bir nedene yanıt olan korkudan ayrılır. Bir yıllık prevalansı %17,7 olarak bildirilmektedir.

DSM-IV' e göre anksiyete bozukluklarını sınıflandırılması:

- Panik atak
- Agorafobi
- Panik bozukluğu olmayan agorafobi
- Panik bozukluğu agorafobi olan
- Özgül fobi sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu(47)

Panik Bozukluğu

Beklenmedik bir zamanda oluşan yenileyen ve dakikalar içinde kaybolan aşırı korku ve rahatsızlık duyma ile karakterizedir. En az 1 ataktan sonra 1 ay ya da daha uzun süre atak geleceğine ilişkin anksiyete beklentisinin olması ve davranış değişikliğinin eklenmesi (örn. kaçınma) olursa panik bozukluğu denir. Yaşam boyu prevalansı %1,5-3 arasında değişmektedir. Genellikle agorafobi ile birlikte bulunur. Agorafobi tehlike anında kaçmanın ve yardım almanın zor olabileceği yerlerde bulunmaktan anksiyete duymaktır. Panik bozukluğunda psikoeğitim ve hastanın

yanlış inanışlarının değiştirilmesi yönünde psikoterapi verilmelidir. İlaç tedavisi olarak düşük doz SSGI verilebilir(55,56).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

BBSK' ya başvuran hastalarda en sık görülür. Amerika'da yaşam boyu prevalansı %5,7 ve kadınlarda 2 kat daha sık görülür. Kişi en az 6 ay süren hemen her gün ortaya çıkan birçok olay hakkında kaygı duymaktır ve hasta bu endişesini kontrol etmekte zorlanır(56).

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB)

Toplumda takıntı hastalığı olarak bilinir. Kişide zihinden atılamayan düşünceler (obsesyon) ve yapmaktan kendini alamadığı (kompulsiyon) olur. Kişi bunların mantıksız olduğunu bilir ancak bunların üstesinden gelemeyebilir. Yaşam boyu prevalansı %2,5'tir. Obsesyonlar birden fazla olur genellikle ve daha çok kirlenme, şüphe, simetri, saldırganlık, cinsel obsesyonlar şeklindedir. Kompulsiyonlar ise kontrol etme, temizlik, sayma, soru sorma, simetri ve biriktirme şeklinde görülür. Bilişsel davranışçı terapilerden hastalar fayda görür. Tedavide SSRI ve trisiklik antidepresanlar kullanılır. İlaç tedavisi bırakılınca hastalık tekrarlar.

Travma sonrası stres bozukluğu

Hayatı tehdit eden baş edilemeyen travmatik bir olay sonrasında oluşan ve travma hatırlandığında ya da benzeri bir durumla karşılaşıldığında yoğun bir anksiyete duygusunun yaşanılmasıdır. Travmayı tekrar yaşama ve aşırı uyarılmışlık belirtileriyle karakterizedir. Yaşam boyu yaygınlığı %1-3'tür(56).

Özgül Fobi

Genelde hayvan, böcek vb. nesne ya da durumlardan korkma ile karakterizedir. Kişi korkunun anlamsız olduğunu bilir. Korku özgül nesneyle sınırlıdır. Kadınlarda daha sık görülür(56).

DEHB

DEHB çocukluk çağında başlayan ve kişinin yaşamı boyunca etkisi olan nöropsikiyatrik bir hastalıktır. DEHB hastaların yaşamı, kişilerarası ilişkileri okul ve

iş dünyalarına olumsuz etkilerde bulunmaktadır. DEHB sadece hastayı değil ailesini ve çevresini de olumsuz etkiler. Bu nedenle toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunudur.

Yaygınlık: Sıklık ve yaygınlığıyla ilgili tam bir görüş birliği belirtilmiş olmamakla birlikte etkilemektedir. Ülkemizde çocukluk ve ergenlik çağında %8,1- %8,6 oranında görülmekte iken hastaneye başvuranlarda sıklığı %8,6- %29,4 olarak saptanmıştır(57).

Klinik: Çocukluk çağında tanı konulan DEHB' nin erişkinlikte de devam etme oranı yüksektir. DEHB belirtileri ilk olarak okula başlamayla fark edilir. DEHB çocukluk çağında dikkat eksikliği dürtüsellik ve aşırı hareket gibi bulgularla karakterize iken erişkinlik döneminde ise aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalar, akademik ve iş hayatında başarısızlıklar ve güçlükler ile dikkat çeker(58).

Tedavi: DEHB' nin ilaç tedavisinde ilk seçenek psikostimulanlardır. Bu ilaçlar kırmızı reçeteye tabidir. Kısa ve uzun etkili formları mevcuttur. DEHB hastalarında ilaç tedavisinin tıbbi ve ruhsal eştanıları gözden geçirilerek planlanmalıdır. Bunun yanında tedaviye psikoterapinin de eklenmesi gerekir. Hastaların organizasyon ve planlama güçlükleri, dikkat dağınıklığı, kaçınma davranışları, iletişim güçlükleri gibi belirtilerine göre yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapilerin uygulanması fayda sağlayabilir(59).

GEREÇ YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

Birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı ve hastalarına yaklaşımı isimli araştırmaya 13.01.2015 tarih ve 01 sayılı kurul toplantısında Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı verilmiştir. Bu çalışma birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklara yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

ARAŞTIRMA BÖLGESİ ve EVRENİ

Çalışma Denizli il merkezindeki toplam 50 ASM'de görev yapan 159 hekim ile yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada örneklem seçilmeden evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir.

ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANLARI

Denizli ili merkezdeki 50 ASM'de toplam 159 hekimin 153 kadarı (%96) çalışmaya katılmıştır. Beş kişi çalışmaya katılmayı reddetmiştir ve bir kişiye de izinli olduğu için ulaşılamamıştır.

ARAŞTIRMAYA KABUL KRİTERLERİ

01.09.2015 – 31.09.2015 tarihleri arasında Denizli il merkezindeki ASM'lerde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hekimler araştırmaya dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

01.09.2015 – 31.09.2015 tarihleri arasında Denizli il merkezindeki ASM'lerde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı reddeden ve/veya bu süre içinde izinli olan hekimler çalışma dışı bırakılmışlardır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişken: Denizli il merkezindeki ASM'lerde görev yapan hekimlerin ruhsal hastalıklara yaklaşımları.

Bağımsız değişken: Denizli il merkezindeki ASM'lerde çalışan hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki çalışma süresi, mezuniyet öncesi aldıkları eğitim, son 1 ayda baktıkları hasta sayıları, hekimlerin kendilerine güven durumları, tedavide izledikleri yol, tanı koydukları ruhsal hastalık sayıları, ruhsal hastalık yönetiminde karşılaştıkları engeller, ruhsal hastalıklara yönelim konusunda ölçek kullanıp kullanmadıkları; kullandılar ise hangi ölçek türlerini kullandıklarıdır.

VERİ KAYNAĞI VE VERİ UYGULAMA ŞEKLİ

Veriler anket yöntemiyle toplandı. Anket araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturuldu. Anket formunda 21 sorudan oluşan kapalı uçlu, açık uçlu ve Likert tipi sorular yer almaktaydı. Araştırmacı, katılımcılara araştırmanın amaç ve gerekçesini açıklayıp sözlü onam aldıktan sonra anketi sundu. Araştırmacı hekimlere öncelikle kendisini tanıttıktan sonra araştırmanın amacı ve gerekçesi hakkında hekimleri bilgilendirdi. Ardından araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlere araştırmacı anketleri ulaştırdı ve anketler araştırmamızı kabul eden hekimler tarafından dolduruldu. Bir anketin tamamlanma süresi ortalama 10 dakika oldu. Ancak bu süre bazı durumlarda uzayabildi.

Anketin ilk bölümünde hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durumları, hekimlik tecrübeleri, mezuniyet öncesi aldıkları psikiyatri staj süresi gibi sosyodemografik bilgiler içeren sorular yer almaktadır. Hekimlerin son bir ay içinde baktıkları hasta sayıları, tanı koydukları ruhsal hastalık sayıları, ruhsal hastalık yönetiminde karşılaştıkları engeller, hekimlerin ruhsal hastalıklarda ölçek kullanıp

kullanmadıkları, kullandılar ise hangi ölçek türlerini kullandıkları, ruhsal hastalıkların tedavisinde nasıl bir yol izlediklerini (tedavi seçenekleri, hastalara eğitimsel materyal ve hastalık hakkında yeterince bilgi verme durumları) ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ankette hekimin tutum ve davranışlarını değerlendiren 11 cümle yer almakta ve “ katılıyorum, katılmıyorum, fikrim yok” şeklinde sınıflandırıldı.

Hekimin kendine olan güven durumları psikiyatrik görüşme ve ruhsal hastalıklarda tanı ve izlem ile ilgili 4’lü Likert tipi sorularla sorgulandı. Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetimi ile ilgili eğitim alma istekleri ve bu eğitimi kimden almak istedikleri de anketin son bölümünde yer alan sorularla sorgulandı.

VERİLERİN ANALİZİ

Veriler SPSS 21 paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki Kare analizi ile incelendi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Dağılımda aşırı ölçüm değerleri bulunduğu ortalama olarak ortanca, bulunmadığında ise aritmetik ortalama kullanıldı.

BULGULAR

Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Denizli il merkezinde çalışmakta olan 159 hekimin 152' si (%95,59) çalışmaya katıldı. Katılan hekimlerin %31,8 (n=48)' i kadın, %68,2 si (n=103) erkektir. Çalışmamıza katılmayı kabul eden hekimlerin yaşları 30-62 arasında değişmekte olup hekimlerin yaş ortalaması kadınlarda $43,83 \pm 5,33$

r

ve %4,0' ı ayrılmış/boşanmış olduğu saptandı. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ortalaması $21,80 \pm 6$ kadın hekimlerin meslekte çalışma süreleri ortalaması $19,35 \pm 6$ erkek hekimlerin meslekte çalışma süreleri ortalaması ise $22,95 \pm 6$ olarak saptandı. Mezuniyet öncesi alınan psikiyatri staj süresi 1-6 ay arasında değişmekte olup ortalama 2 ay olarak saptandı. Mezuniyet öncesi psikiyatri staj süresini hekimlerin %70,7'si (n=106) yeterli bulduğunu belirtti. Hekimlerin son bir ayda baktıkları hasta sayıları kadın ve erkek hekimlerde ortalama 1000 olarak saptandı.

Kadın ve erkek hekimlerin son bir ayda baktıkları hasta sayısı ortalamaları aynıdır. Erkek hekimler son bir ayda başvuran hastaların %4,66'sına kadın hekimler de %4,63'üne ruhsal hastalık tanısı koymaktadır. Kadın ve erkek hekimler arasında son bir ayda ruhsal hastalık tanısı koymaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.(p=0,710) Hekimlerin sosyodemografik özellikleri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

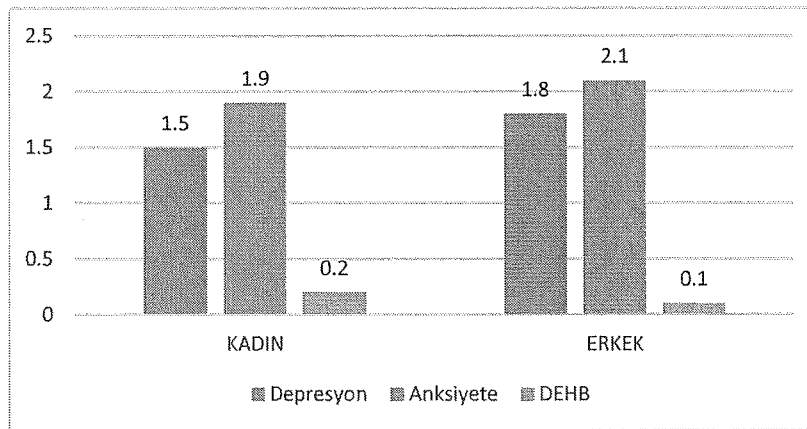
Sosyodemografik Değişkenler		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	31-40	15	31	7	68	22	14,6
	41-50	28	58,3	65	63,1	93	61,6
	51 ve üstü	5	10,4	31	30,1	36	23,8
	Toplam	48	100	103	100	151	100
Medeni Durum	Evli	40	83,3	98	95	138	91,4
	Bekar	5	10,4	1	1,9	7	4,6
	Dul	0	0	0	0	0	0
	Boşanmış	3	6,3	3	2,9	4	4,0
Hekimlik Tecrübesi	10 yıl ve altı	3	6,3	5	4,9	8	5,3
	11-20 yıl	56	54,2	27	26,5	53	35,3
	21 yıl ve üzeri	19	39,6	70	68,6	89	59,3
Staj Süresi	2 ay ve altı	40	83,3	80	78,4	120	80
	3-4 ay	6	12,5	18	17,6	24	16
	5 ay ve üstü	2	4,2	4	3,9	6	4
Süre Yeterliliği	Evet	12	25,5	32	31,1	44	29,3
	Hayır	35	74,5	71	68,9	106	70,7
Son 1 ay içinde bakılan hasta sayısı	500 ve altı	4	8,3	12	11,7	16	10,6
	501-1000	26	54,2	57	55,3	83	55
	1001-1500	12	25	26	25,2	38	25,2
	1501 ve üstü	6	12,5	8	7,8	14	9,3
Son 1 ayda ruhsal hastalık tanısı	50 ve altı	33	70,2	76	75,2	109	73,6
	51-100	9	19,1	16	15,8	25	16,9
	101 ve üstü	5	10,6	9	8,9	14	9,5

Hekimlerin kendilerine başvuran hastalarında ortalama %25 oranında ruhsal hastalık olduğunu düşünmektedir. Kadın hekimler ile erkek hekimler arasında BBSK' ya başvuran hastalarda ruhsal hastalık tahminleri açısından anlamlı bir fark yoktur. Hekimlerin BBSK' ya başvuran hastalarda ruhsal hastalık görülme sıklığına ilişkin tahminleri tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Hekimlerin, başvuran hastalarında ruhsal hastalık görülme sıklığına ilişkin tahminleri

	Kadın n=48 ortalama±SD medyan(min-max)	Erkek n=102 ortalama±SD medyan(min-max)	Toplam n=150 ortalama±SD medyan(min-max)	p
Hastalık sıklığı	33,85±21,51 30(1-95)	28,40±19,15 20(1-90)	30,04±19,99 25(1-95)	0,111

Hekimlerin son 1 ayda baktıkları hastalarda depresyon, anksiyete ve DEHB tanı koyma oranları hekimlerin cinsiyeti ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. (p değerleri sırasıyla 0,880_ 0,627_ 0,933).



Şekil 2. Hekimlerin son 1 ayda ruhsal hastalık tanı koyma oranları (%)

Ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaşılan engeller

Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaştığı engellere baktığımızda, hekimlerin %71,1' i (n=108) hastalara yeterince zaman ayıramadığını belirtti. Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaştığı diğer engellerin cevaplanma oranı tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaştığı engeller

Karşılaşılan engeller	Toplam	
	n	%
Hastalarda sosyal damgalanma korkusu	70	46,1
Hastanın ya da yakınlarının tanıyı reddi	67	44,1
Hastaya yeterince zaman ayırmamak	108	71,1
Hastanın BB hekimlerine güvenmemesi	55	36,2
Uzman desteğinde yetersizlik olması	64	42,1
BB' ye uygun kılavuzların olmaması	48	31,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ruhsal hastalıklara ilişkin tutum ve davranışlar

Hekimlerin çoğunluğu kısa bir süre içinde sık sık muayeneye gelen hastaları çok sayıda hekim değiştiren hastaları ruhsal hastalık açısından değerlendireceklerini belirttiler. Bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilerden yakınması olan hastaları da hekimlerin çoğunluğu ruhsal hastalık açısından araştırdığını belirttiler. Hekimlerin %94,1'i birinci basamak hekimleri sık görülen ruhsal hastalıkları tedavi edebilir görüşüne katıldıklarını belirttiler. Hekimlerin %88,1' i ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık yapmayacağını belirttiler. Hekimlerin ruhsal hastalıklarla ilgili tutum ve davranışları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Hekimlerin ruhsal hastalıklarla ilgili tutum ve davranışları

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Kısa sürede muayeneye sık gelen hastaları RH yönünden araştırırım	137	90,1	11	7,2	4	2,6
Bedensel bir hastalıkla açıklanmayan fiziksel belirtilerden yakınması olan hastaları RH açısından araştırırım	149	98	3	2	0	0
Kısa sürede çok hekim değiştiren hastalarda RH düşünürüm	132	86,8	14	9,2	6	3,9
RH birinci basamakta sık görülür	131	86,2	14	9,2	6	3,9
RH' nin tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar	12	7,9	133	88,1	6	4
RH' ler tam olarak düzelmez	26	17,1	119	78,3	7	4,6
BB hekimleri sık görülen RH' leri tedavi edebilmelidir	143	94,1	8	5,3	1	0,7
RH' yi sadece psikiyatri uzmanı tedavi etmelidir	12	7,9	132	86,8	8	5,3
Kronik hastalığı olan bireylerde RH riski artar	146	96,1	4	3,3	2	0,7
RH çevresel faktörlerle ilişkilidir	146	96,1	4	2,6	2	1,3

Hekimlerin klinik davranışları

Hekimlerin %39,7' si birinci basamağa başvuran hastaları ruhsal hastalık açısından değerlendirmede ölçek kullanmadığını belirtti. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre ölçek kullanma oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,041$). Hekimlerin ruhsal hastalıkları değerlendirirken ölçek kullanma durumları ve cinsiyete göre dağılımları tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Hekimlerin ölçek kullanma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Evet	10	20,8	15	14,6	25	16,6	0,041
Hayır	12	25	48	46,6	60	39,7	0,036
Bazen	26	54,2	40	38,8	66	43,7	0,477
Toplam	48	100	103	100	151	100	

Hekimlerin ruhsal hastalıkları değerlendirirken kullandığı ölçek türlerine bakıldığında birinci sıklıkla mini mental durum muayenesi (%36,2) ve ikinci sıklıkta Hamilton depresyon ölçeğini (%31,6) kullandıkları belirlendi. En az ise DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri (%5,3) kullandıkları belirlendi. Hekimlerin ruhsal hastalık düşündükleri hastalarda kullandığı ölçek türleri tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Hekimlerin Ruhsal hastalık düşündükleri hastalarda kullandığı ölçek türleri

Ölçek Türleri	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hamilton depresyon ölçeği	19	39,6	29	60,4	48	31,6
Beck depresyon ölçeği	4	50	7	50	14	9,2
Hamilton anksiyete ölçeği	13	36,1	23	63,9	36	23,7
Erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri	4	50	4	50	8	5,3
Belirti tarama listesi	2	20	8	80	10	6,6
Genel sağlık anketi	7	43,8	9	56,3	16	10,5
Minimental durum muayenesi	19	34,5	36	65,5	55	36,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hekimler ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarda tedavi açısından yaklaşımları değerlendirildiğinde hekimlerin ruhsal hastalığı olan hastalarda ilaç yazma ortalamaları (ortanca) % 50 iken psikoterapi uygulama ve ilaç yazma ortalamaları ortanca %10, psikiyatriye sevk etme ortalaması (ortanca) %10 olduğu görüldü. Hekimlerin cinsiyetine göre, ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarda yüzdesel olarak tedavi tercihlerinin dağılımları tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin ruhsal hastalıkları olan hastalarda tedavi tercihleri (%)

Hekimlerin tedavi tercihleri	Kadın n=47 ortalama % ± SD medyan (min-max)	Erkek n=102 ortalama % ± SD medyan (min-max)	Toplam n=149 ortalama % ± SD medyan (min-max)	p değeri
Sadece ilaç yazma	36,17±31,83 30 (0-100)	45,21±31,68 50 (0-100)	42,41±31,79 50 (0-100)	0,100
Psikoterapi uygulama	5,00±10,5 0 (0-50)	5,88±9,09 0 (0-30)	5,56±9,56 0 (0-50)	0,481
İlaç yazma ve psikoterapi uygulama	29,00±26,53 20 (0-80)	20,47±29,31 7,5 (0-100)	23,02±28,62 10 (0-100)	0,020
Psikiyatriye sevk etme	29,46±23,84 25 (0-100)	28,03±22,42 25 (0-100)	28,63±22,80 25 (0-100)	0,832

Kadın hekimlerin erkek hekimlere göre ruhsal hastalığı olan hastalarda psikoterapi ve ilaç tedavisi uygulamasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. (p=0,020) Diğer tedavi yöntemlerinde ilaç kullanma, psikoterapi uygulama yönünden ise anlamlı bir fark görülmedi. (p=0,100, p=0,481) Psikiyatriye sevk açısından da kadın hekimler ile erkek hekimler arasında anlamlı bir fark bulunmadı. (p=0,832)

Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına eğitimsel materyal (yazılı metin, video, hasta rehberi vb.) verme durumlarına bakıldığında hekimlerin %71,5' i (n=108) hastalarına eğitimsel materyal vermemektedir. Çoğunlukla eğitimsel materyal veren hekimlerin oranı %1,3 olarak saptandı' (n=2). Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına eğitimsel materyal verme durumları tablo 11' de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına eğitimsel materyal verme durumları

	<u>Kadın</u>		<u>Erkek</u>		<u>Toplam</u>		P	
	n	%	n	%	n	%		
Evet	0	0	0	0	0	0	0,095	Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı
Hayır	34	70,8	74	71,8	108	71,5		koydukları hastalarına hastalık hakkında yeterince bilgi verme durumları açısından değerlendirildiğinde hekimlerin %51,3' ünün (n=78) çoğunlukla tanı koyulan ruhsal hastalık hakkında hastalarına bilgi verdiği, hekimlerin sadece %1,3' ünün (n=2) hastalarına bilgi vermediği belirlendi. Hekimlerin hastaları bilgilendirme durumları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p=0,018). Hekimlerin hastalarını bilgilendirme durumları tablo 12' de yer almaktadır.
Çoğunlukla	2	4,2	0	0	2	1,3		
Bazen	12	25,0	29	28,2	41	27,2		
Toplam	48	100	103	100	151	100		

dukları hastalarına hastalık hakkında yeterince bilgi verme durumları açısından değerlendirildiğinde hekimlerin %51,3' ünün (n=78) çoğunlukla tanı koyulan ruhsal hastalık hakkında hastalarına bilgi verdiği, hekimlerin sadece %1,3' ünün (n=2) hastalarına bilgi vermediği belirlendi. Hekimlerin hastaları bilgilendirme durumları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p=0,018). Hekimlerin hastalarını bilgilendirme durumları tablo 12' de yer almaktadır.

Tablo 12. Hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarına hastalık hakkında yeterince bilgi verme durumları

	<u>Kadın</u>		<u>Erkek</u>		<u>Toplam</u>	
	n	%	n	%	n	%
Evet	15	31,3	23	22,3	38	25
Hayır	0	0	2	1,9	2	1,3

Tablo 12. Devamı

Çoğunlukla	26	54,2	51	49,5	77	51,3
Bazen	7	14,6	27	26,2	34	22,4
Toplam	48	100	103	100	151	100

Hekimlerin Ruhsal Hastalıklar Açısından Kendine Güven Durumları

Hekimlerin ruhsal hastalığı olan hastalarda psikiyatrik görüşme konusunda kendilerini yeterli bulma durumları değerlendirildiğinde kadın hekimlerin %56,3' ü (n=27), erkek hekimlerin %59,2' si (n=61) kendini kısmen yeterli bulduklarını belirttiler. Hekimlerin psikiyatrik görüşme konusunda kendilerini yeterli bulma durumları tablo 13' te verilmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin psikiyatrik görüşme konusunda kendilerini yeterli bulma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiç yeterli bulmuyorum	1	2,1	1	1	2	1,3
Yeterli bulmuyorum	9	18,8	19	18,4	28	18,5
Kısmen yeterli buluyorum	27	56,3	61	59,2	88	58,3
Yeterli buluyorum	11	22,9	17	16,1	28	18,5
Çok yeterli buluyorum	0	0	5	4,9	5	3,3
Toplam	48	100	103	100	151	100

Hekimlerin genel olarak ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda hekimlerin %30,7' si (n=46) kendini yeterli bulduğunu belirtirken, hekimlerin %57,3' ü (n=86) kendini

kısmen yeterli bulunduğunu belirtti. Hekimlerin genel olarak ruhsal hastalıklara yaklaşım konusu tablo 14' te belirtilmiştir.

Tablo 14. Hekimlerin genel olarak ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda kendini yeterli bulma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiç yeterli bulmuyorum	1	2,1	0	0	1	0,7
Yeterli bulmuyorum	8	17	8	7,8	16	10,7
Kısmen yeterli buluyorum	21	44,7	65	63,1	86	57,3
Yeterli buluyorum	16	34	30	29,1	46	30,7
Çok yeterli buluyorum	1	2,1	0	0	1	0,7
Toplam	47	100	103	100	150	100

Hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koyma yeterliği incelendiğinde, hekimlerin %56,7' si (n=85) kendini kısmen yeterli bulunduğunu, %18'i (n=27) kendini yeterli bulunduğunu, %23,3' ü (n=35) kendini yeterli bulmadıklarını belirtti. Hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koymada kendini yeterli bulma durumları tablo 15' te verilmiştir.

Tablo 15. Hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koymada kendini yeterli bulma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiç katılmıyorum	2	4,3	1	1	3	2

Tablo 15. devamı

Katılmıyorum	115	31,9	20	19,4	35	23,3
Kısmen katılıyorum	23	48,9	62	60,2	85	56,7
Katılıyorum	7	14,9	20	19,4	27	18
Tamamen katılıyorum	0	0	0	0	0	0
Toplam	47	100	103	100	150	100

Hekimlerin %60,4' ü (n=90) tedavi konusunda kendini kısmen yeterli bulmaktadır. Hekimlerin tedavi açısından kendini yeterli bulma durumları tablo 16' da verilmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin tedavi açısından kendini yeterli bulma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiç katılmıyorum	3	6,4	1	1	4	2,7
Katılmıyorum	16	34	23	22,5	39	26,2
Kısmen katılıyorum	21	44,7	69	67,6	90	60,4
Katılıyorum	7	14,9	9	8,8	16	10,7
Tamamen katılıyorum	0	0	0	0	0	0
Toplam	47	100	102	100	149	100

Hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitim alma istekleri bakımından değerlendirildiğinde hekimlerin %78,8' i eğitim almak istediklerini belirtirken, hekimlerin %55,3' ü birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitimi psikiyatride akademisyen olan bir hekimden almak istediğini belirtti. Hekimlerin eğitim alma isteği açısından kadın ve erkek hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,353$). Hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşımı konusunda eğitim alma istekleri ve eğitimi kimin vermesini istedikleri sırasıyla tablo 17 ve tablo 18' de verilmiştir.

Tablo 17. Hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitim alma istekleri

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	40	83,3	79	76,7	119	78,8
Hayır	8	16,7	24	23,3	32	21,2
Toplam	48	100	103	100	151	100

Hekimlerin %55,3' ü ($n=84$) birinci basamakta ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda psikiyatride akademisyen olan bir hekimin kendilerine eğitim vermesini istemektedir. Hekimlerin kimden eğitim almak istedikleri tablo 18' de gösterilmiştir

Tablo 18. Hekimlerin kimden eğitim almak isteklerinin dağılımı

Eğitimi kimden almak istedikleri	Toplam	
	n	%
Psikiyatri uzmanından	36	23,7
Aile hekimi uzmanından	7	4,6

Tablo 18. Devamı

Psikiyatride akademisyen olan bir hekimden	84	55,3
Aile hekimliğinde akademisyen olan bir hekimden	33	21,7
Konuyla ilgili herhangi bir branştan olan hekimden	5	3,3

TARTIŞMA

Araştırmamıza katılmayı kabul eden hekimler son 1 ayda kendilerine başvuran hastaların ortalama %25' inde herhangi bir ruhsal hastalık olduğunu tahmin ettiklerini belirttiler. Ruhsal hastalıklar toplumda sık görülen ve ülkeler için önemli bir yük oluşturan hastalıklardır. Hastaların ilk başvuru yeri olan birinci basamağın bu hastalıkla karşılaşma oranı yüksektir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da hekimler başvuran hastaların %20' sinde ruhsal hastalık olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir(10). Türkiye' de yapılan geniş çaplı bir araştırmada en az bir ruhsal hastalık görülme oranının %17,2 olduğu, Eskişehir'de yapılan bir çalışmada da birinci basamağa başvuran hastaların %47,7' sinde en az bir ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir(20,21) .

Çalışmamızda birinci basamakta ruhsal hastalıkların yaygınlığı açısından hekimlerin literatüre uygun bir tahminde buldukları görülmektedir. Bu durum bu bölgede birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalığı olan hastaları fark ettiklerini göstermektedir. Dünya üzerinde 15 ülkeyi kapsayan bir başka çalışmada ise birinci basamağa başvuran hastaların ortalama % 24' ünde herhangi bir ruhsal hastalık olduğu bulunmuştur(17).

Çalışmamızda hekimlerin son 1 ayda sağlık kuruluşuna başvuran hastaların ortalama %4,6'sına ruhsal hastalık tanısı koyduklarını belirttiler. Hekimler sıklıkla anksiyete ve depresyon tanısı koyduklarını, DEHB tanısını ise çok az koyduklarını belirttiler. Türkiye' de yapılmış bir çalışmada hekimlerin son 1 haftada başvuran hastalarına depresyon ve anksiyete tanısı koyma oranlarının aynı olduğu belirtilmiştir. (17). Diğer bir araştırmada hekimlerin poliklinik defterindeki 1 yıllık kayıtlar gözden geçirilmiş ve 313.139 hastanın tanıları incelenmiş olup; hekimlerin hastalarının %1- 2,3' üne ruhsal hastalık tanısı koydukları görülmüştür(41). Başka bir çalışmada hekimlerin bir haftada başvuran hastaların en fazla % 3,7' sine ruhsal hastalık tanısı koydukları tespit edilmiş; ancak başvuran hastalarda ruhsal hastalık görülme oranı % 28 olduğu gösterilmiştir(21). Almanya'da yapılan bir çalışmada da birinci basamak hekimlerinin ruhsal sorunu olan hastaların çoğuna tanı koyamadıkları özellikle nevrotik/psikosomatik özelliklere sahip olan hastaları ve çocukluk dönemindeki ruhsal hastalıkları tanımada zorlandıkları görülmüştür(60).

Çalışmamızda hekimlerin tanı koyma oranlarının yayımlanmış araştırmalara benzer şekilde düşük olduklarını tespit ettik. Biz, hekimlere başvuran hastalarda ruhsal hastalık sıklığını araştırmadık; ancak yapılmış araştırmalardan yola çıkarak ruhsal hastalık sıklığının daha yüksek olacağını tahmin etmekteyiz. Bu nedenle, çalışmamızda hekimlerin ruhsal hastalığı olan çoğu hastaya tanı koyamadıklarını söyleyebiliriz. Birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde önemli bir rolü olmasına karşın; hekimlerin ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili hizmet vermelerinde ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisinde yaşadığı zorluklar ve engeller birçok çalışmaya konu olmuştur(61, 62, 63).

Birinci basamakta ruh sağlığı açısından hekimlerin karşılaştıkları engelleri ortaya çıkarmak ve buna uygun stratejiler geliştirmek toplum ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir. Hekimlerin kendilerine başvuran hastalarda ruhsal hastalıkların yönetiminde yaşadığı zorlukların pek çok nedeni olabilir. Çalışmamızda hekimlere ruhsal hastalıkların yönetiminde hangi engellerle karşılaştıklarını sorduğumuzda hekimlerin % 71,1' i hastalarına yeterince zaman ayıramadıklarını belirtti. Ülkemizde hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalıkların yönetiminde karşılaştıkları engelleri inceleyen araştırmalar pek bulunmamaktadır.

Lam ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarda, hekimlerin 1/3'ten fazlasının hastalarına zaman ayıramadığını belirtmişlerdir(62). Goldfracht ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ruhsal hastalıkların tedavisinde karşılaşılan en önemli sorunun zaman yetersizliği (%85) olduğu belirtilmiştir(63).

Çalışmamızda hekimlerin karşılaştığı diğer engellere bakıldığında, % 46,1'inde hastalarında sosyal damgalanma korkusunun olmasının, % 44,1'inde hastanın ya da yakınlarının tedaviyi kabul etmemesi bildirilmiştir. Shemo ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da fiziksel yakınmalarla sağlık kuruluşuna başvuran hastaların, şikayetlerini ruhsal hastalık olduğunu kabul etmedikleri ve tedaviyi reddettikleri belirtilmiştir(64). Rijswijk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların eğitimi ve hastalara danışmanlık verilmesi için hekimin yeterli zamana sahip olmamasını, hastanın tanı ve tedavi kabul etmemesini ruhsal hastalık yönetiminde karşılaşılan engeller olarak gösterilmiştir (65).

Bu sonuçlar bize birinci basamakta çalışan hekimlerin hastalarına yeteri kadar zaman ayıramaması, bedensel belirtilere odaklanması, fiziksel belirtilerle başvuran

hastaların bu belirtilerin bedensel olduğu yönündeki tutumları, hekimin ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisini düzenlemesini güçleştirebileceğini göstermektedir. Bu nedenle birinci basamakta karşılaşılan engellerin daha detaylı açığa çıkarılması ve engellilere yönelik stratejilerin geliştirilerek birinci basamağın güçlendirilmesi gerekmektedir. Toplumda sık görülen ruhsal hastalıkların çoğunluğunun birinci basamakta başarıyla tedavi edilebileceği düşünülürse, burada çalışan hekimlerin bu hastalıkların kontrolünde önemli bir role sahip oldukları tahmin edilebilir; ancak ülkemizde birinci basamak hekimlerinin ruhsal hastalıklarla ilgili tutum ve yaklaşımlarını inceleyen yeteri kadar çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı genellikle ilgili yaklaşımlarını saptadık. Hekimlerin % 86,2' si hastalıkların birinci basamakta sık görüldüğü ifadesine katıldığını belirtti. Bu birinci basamakta ruhsal hastalıkların görülme sıklığına ilişkin tahminleri ile örtüşmektedir. Hekimlerin büyük bir kısmı sık görülen ruhsal hastalıkların birinci basamakta tedavi edilmesi gerektiğine katıldıklarını belirttiler ve sadece %7,9' u ruhsal hastalıkları yalnızca psikiyatri uzmanları tedavi etmelidir düşüncesine katıldığını belirtti.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %88,1' inin ruhsal hastalıklarda kullanılan ilaçların bağımlılık yapmayacağına inandıklarını belirttiler.

Yüksel ve Taşkın yapmış olduğu çalışmada Türkiye'de hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar açısından olumsuz bir eğilime sahip olduğu görülmüştür(66). Özmen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hekimlerin % 43' ünün antidepressan ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşündükleri ve % 66' sının ruhsal hastalığı bulunan hastalara yardımcı olabilecekleri belirlenmiştir(10). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimlerin % 66,7' sinin antidepressanların bağımlılık yapabileceğine inandıkları gösterilmiştir(11). Lam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamak hekimlerinin şizofren hastalarına kıyasla depresyon hastalarına karşı daha az olumsuz tutumlar sergilediği görülmüştür(62). Glasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin büyük bir bölümü birinci basamakta ruhsal hastaların tanı ve tedavisinin yapılması gerektiğini sadece %3' ü bu hastaların psikiyatriye direkt sevk edilmesi gerektiğini düşündükleri görülmüştür(8). Hekimlerin kendilerine başvuran hastaları ruhsal hastalık açısından değerlendirirken çoğunluğunun bazen ölçek kullandığı, 39,7'sinin ise

herhangi bir ölçek kullanmadıklarını saptadık. Erkek hekimlerin kadın hekimlere göre ölçek kullanmama oranının daha yüksek olduğunu saptadık. Bu durum erkek hekimlerin muayenesinin daha çok fiziksel özelliklerini önemsemesiyle ilişkili olabilir(67,68). Bunun yanı sıra kadın ve erkek hekimlerin ruhsal hastalık tanı koyma oranlarına baktığımızda fark olmadığını saptadık. Bu durum bize hekimlerin ölçekleri kullanım oranlarının düşük olmasının yanı sıra ölçekler hakkında bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Hekimlerin kullandığı ölçek türlerine baktığımızda en çok mini Mental Durum Muayenesi (%36,2), Hamilton Depresyon Ölçeği (%31,6) ve Hamilton Anksiyete Ölçeğini (%23,7) kullandıklarını saptadık. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanı ve Değerlendirme Envanteri ise en az oranda kullanılmaktaydı. Bu bilgi DEHB tanısını koyma sıklığının az olması ile örtüşmektedir. Aynı zamanda ruhsal hastalıkların taramasında kullanılan ölçekler olan Genel Sağlık Anketi (%10,5) ve Belirti Tarama Listesinin (%6,6) hekimler tarafından kullanım oranlarının oldukça düşüktü. Sonuç olarak hekimlerin ruhsal değerlendirmede ölçek kullanım oranlarının genel olarak düşük olduğunu saptadık.

Birinci basamak koruyucu hekimlik açısından önemli bir konuma sahiptir. Bu açıdan birinci basamakta tarama yapmak, ruhsal hastalıkların kontrolü erken tanı ve tedavisi açısından önem arz etmektedir. Ruhsal hastalıkların taramasında kullanılacak olan ölçeklerin (genel sağlık anketi ve belirti tarama listesi) hekimler tarafından çok az tercih edilmesi, ruhsal hastalıkların birinci basamakta tanı konma engellerinin bir nedeni olabilir.

Ayrancı ve Yenilmez tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin birinci basamakta düşük oranda ruhsal hastalık tanısı konmasının nedenleri arasında değerlendirme ölçeklerinin kullanmamasından bahsedilmiştir(41). Glasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %61'inin ruhsal hastalık tanısında herhangi bir standart test ya da tarama aracı kullanmadıkları gösterilmiştir. Ölçek kullanan hekimlerin ise %29'unun mini mental durum muayenesini %24' ünün bekk depresyon envanterini, %16' sının geriatrik depresyon skalasını,%4' ünün genel sağlık anketini kullandıkları belirlenmiştir(8).

Çalışmamızda ruhsal hastalık tanısı konulan hastaların tedavisine yönelik olarak hekimlerin ilaç yazma ortalamaları %42,4, psikiyatri uzmanına sevk

ortalamaları %28,6 iken, ilaç ve psikoterapi birlikte uygulama oranını %23 olarak saptadık. Sadece psikoterapi uygulama oranının ise çok düşük olduğunu bulduk. Çalışmamızda kadın hekimlerin psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte uygulama oranının erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptadık. Bu da bize kadın hekimlerin psikoterapiye daha ilgili olduklarını düşündürdü.

Arı ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada hekimler ruhsal hastalıkların tedavisinde çoğunlukla psikoterapiyi gerekli görmekte oldukları saptanmıştır(69). Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin ruhsal hastalık tanısı düşündükleri hastalarının yarısını sevk ettikleri görülmüştür(10). İstanbul ilinde yapılmış olan bir çalışmada hekimlerin birinci basamakta ruhsal hastalık tanısı koydukları hastaların % 20' sini tedavi başlamadan psikiyatri uzmanına sevk ettikleri ve %54,2 oranında tedavi başladıkları görülmüştür(11). Aker ve arkadaşları da yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunlukla ruhsal hastalıklarda tedavi için hastaların psikiyatri uzmanına gitmeleri gerektiğini düşündükleri ve tedavi seçeneği olarak da çoğunlukla ilaç tedavisi önerdikleri görülmüştür(70).

İtalya'da yapılan bir araştırmada hekimler daha çok ruhsal hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisinin etkin olduğuna inanmakta, psikoterapiyi ise tamamlayıcı bir tedavi olarak görmekte oldukları saptanmış ve bizim bulgularımıza benzer olarak kadın hekimlerin hastalarına psikoterapi vermeye daha meyilli oldukları tespit edilmiştir(71). Yayımlanmış olan araştırmalarda hekimlerin çoğu ruhsal hastalıklarda ilaç tedavisinin esas olduğunu ve psikoterapinin ise bunun yerine alamayacağını, daha çok tamamlayıcı bir tedavi olarak uygulanabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir(72,73).

Ghanizadeh ve Zarei'nin yaptıkları çalışmada birinci basamak hekimlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan hastalarla psikiyatri uzmanların ilgilenmesi gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir(74). Katerndahl ve Ferrer yaptıkları araştırmada hekimlerin ruhsal hastalığı olan hastaların sevk etme oranının yüksek olduğu ve bunun hekimlerin tedavi konusunda kendilerine yetersiz hissetmelerinin sonucu olabileceği vurgulanmıştır(75). Biz araştırmamızda hekimlerin ilaç tedavisinin esas olduğunu düşündükleri için mi yoksa psikoterapi açısından yeterli bilgi ve beceri sahibi olmadıkları için mi daha çok ilaç yazdıklarını tartışacak verilere sahip değiliz. Ancak hekimlerin ruhsal hastalıkların tedavisi

konusunda çoğunun kendini kısmen yeterli buluyor olması, psikoterapiler hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmadıklarını, bundan dolayı da farmakoterapiyi tercih ettiklerini düşündürmektedir. Ruhsal hastalıkların tedavisinde ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanması daha iyi sonuçlar oluşturmaktadır. Bu nedenle birinci basamak hekimlerine kliniklerinde uygulayabilecekleri kısa ve yapılandırılmış psikoterapilerin öğretilmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda hekimler ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda genel olarak kendilerini kısmen yeterli bulmaktadır. Kendini yeterli bulmayanların oranı %10,13 olarak saptanmıştır. Hekimler ruhsal hastalıkların tanısı ve tedavisi konusunda çoğunlukla kendini kısmen yeterli bulmakta iken; tedavi konusunda kendini yeterli bulmayanların (%28,9) oranını, tanı için kendini yeterli bulmayanların oranına (%24,4) göre daha yüksek olarak saptadık. Hekimlerin ruhsal hastalıkların tanısı ve tedavisi konusunda kendini yeterli bulma oranlarının düşük olması araştırmamızın diğer bulgularıyla örtüşmektedir. Tanı az koyma oranları, uygun tedavi yaklaşımları göstermeme durumları bilgi yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin ruhsal hastalıkların tedavisi konusunda kendini orta düzeyde yeterli gördükleri belirtilmiştir(10). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimlerin %19,2' sinin kendilerini ruhsal hastalıkların tanısında yeterli buldukları, tedavi açısından ise %52,5' inin kendini yeterli bulduğu, %47,5' inin ise kendini yetersiz bulduğu belirlenmiştir(11). Casini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetimi konusunda kendini yeterli bulma oranları daha yüksek bulunmuştur(71). Richard ve arkadaşları yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunluğunun ruhsal hastalıkların tedavisi konusunda kendini yeterli gördükleri saptanmıştır(76). Ülkemizdeki araştırmalar hekimlerin kendine olan güven durumları açısından bizim bulgulara benzerdir. Ancak yurtdışı çalışmalarda hekimlerin kendilerine daha fazla güvendikleri görülmektedir. Bu durum ülkemizde mezuniyet sonrası eğitimlerin yeterince uygulanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin %71,5' i ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalara eğitimsel materyal vermediğini, ancak hekimlerin tanı koyduğu hastaları çoğunlukla bilgilendirdiklerini (%51,3) saptadık. Yıldırım ve arkadaşlarının yapmış olduğu

çalışmada hekimlerin %58,3' ü hastalarına 1-10 dakika süre hastalık hakkında bilgi verdikleri görülmüştür(10). Glasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimlerin %40' ının ruhsal hastalık tanısı koydukları ya da ruhsal hastalıktan şüphelendikleri hastalarına rutin olarak eğitimsel materyal verdikleri belirlenmiştir(8).

Çalışmamızda hekimlerin büyük bir kısmının %78,8'inin eğitim almak istemesi hem düşündürücü hem de olumlu bir bulgudur. Yıldırım ve arkadaşları çalışmasında hekimlerin %89,2'sinin ruhsal hastalıkların tedavisi ile ilgili eğitime ihtiyaç duydukları belirtmişlerdir(11). Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında da hekimlerin ortalama %63' ü ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma gereksinimi duyduklarını belirtmişlerdir(10). Aker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucunda da birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda eğitim almalarının yararlı olacağı görülmüştür(70). Goldfracht ve arkadaşları yaptığı çalışmada hekimlerin %70' den fazlası ruhsal hastalıkların yönetimi ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmek istediklerini belirlenmiştir(63).

Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğunun (% 55,3) psikiyatride akademisyen olan bir hekim tarafından ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim verilmesini istediklerini saptadık. Aile hekimliğinde akademisyen olan bir hekimin eğitim vermesini isteyenlerin oranı ise %21'7 idi.

KISITLILIKLAR

Çalışmamız bazı kısıtlılıklara sahipti. Bu çalışmadaki veriler hekimlerin kendi kendilerine doldurmuş oldukları bir anket formu ile elde edilmiş olup hekimlerin klinik davranışlarını objektif olarak değerlendiren bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Tutum ve davranış çalışmalarının gerçekteki davranışlarla ilişkisi tartışmalı bir konudur. Bazı çalışmalar tutumların davranışları etkilediğini, bazı çalışmalar ise tutumların klinik davranışları iyi belirlemediğini savunmaktadır. Ayrıca anketimizin geçerlilik güvenilirliği bulunmamaktadır. Çalışmamız hekimlerin sosyodemografik bilgilerinin dağılımından dolayı diğer bölgedeki hekimlere genellenemez.

Çalışmamızda yüksek cevaplanma oranları olması (%95) çalışmamızı güçlü kılmaktaydı. Çalışmamızda hekimlerle yüz yüze görüşülmesi anketimize katılımı arttırmıştır. Yüksek cevaplama oranlarına rağmen, anketteki bazı soruların boş bırakılmış olmalarından dolayı bir yanlılık olabilir. Aynı zamanda hekimlere anketler elden verilip toplandığı için hekimler kendilerini daha iyi göstermek adına daha olumlu cevaplar vermiş olabilir. Ancak çalışmamızın sonuçlarının literatüre benzer çıkmış olması bu olasılıkların sonuçlarımızı etkilemediğini göstermektedir. Çalışmamızda anket uygulanmadan önce pilot uygulaması yapılmış olup soruların anlaşılır ve kolay halini oluşturduktan sonra yapmış olmamız çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

SONUÇLAR ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda hekimlerin ruhsal hastalığı olan hastaları fark ettikleri ancak tanı koyamadıkları tespit edilmiştir. Hekimlerin ruhsal hastalıkların yönetiminde en büyük engelin zamanın kısıtlı olduğu görülmüş olup hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Ancak hekimlerin ruhsal hastalıkları değerlendirme ölçeklerini düşük oranda kullandıkları ve ruhsal hastalıkların tedavisinde çoğunlukla sadece ilaç tedavisi uygulanmakta oldukları ya da hastalarını sevk ettikleri saptanmıştır. Hekimlerin büyük bir kısmının ruhsal hastalıkların yönetiminde kendilerini kısmen yeterli buldukları görülmüştür. Hekimlerin ruhsal hastalıklar açısından eksikliklerinin farkında oldukları ve eğitime açık oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızın sonucunda şunu belirlemek isteriz; hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı olumlu bir tutuma sahip olmaları ve kendilerini ruhsal hastalıklar konusunda değerlendirebilmiş olmalarının yanı sıra, eğitime açık olmaları bu alanda yapılacak olan eğitimlere fırsat sunmaktadır. Mezuniyet öncesi ya da mezuniyet sonrası verilecek olan eğitimlerin hekimlerinin ruhsal hastalıklara daha doğru yaklaşıma sahip olmalarını sağlayacak özellikte ve birinci basamakta halledilebilecek olan ruhsal hastalıklara yönelik olması gerekmektedir. Hekimlerin gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmesi ve bu eğitimlerde birinci basamakta kullanılacak kısa psikoterapi yöntemlerinin öğretilmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Health Topic Mental Health
<http://www.who.int/topics/mental-health/en/>
Erişim Tarihi : 1 Ekim 2015
2. World Health Organization (WHO). Regional Office
<http://www.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>
Erişim Tarihi :10 Ekim 2015
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yk Çalışması 2004.
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf
Erişim Tarihi :10 Ekim 2015
4. Watson DE, Heppner P, Roos NP, Pield RJ, Katz A. Population-Based Use of Mental Health Services and Patients of Delivery Among Family Psychiatry 2005; 50(7): 398-406
5. Wun YT, Lam TP, Goldberg D, Lam KF, Li KT, Yip KC. Reasons for Preferring a Primary Care Physician for Care if Depressed. Fam Med.2011; 43(5): 344-350
6. Saravay SW, Cole SA. Mental Disorders in Primary Care Sector: A Potential Role for Managed Care. Am J Manag Care. 1998;4(9):1319-1322
7. Soultz JW. Contextual Care. Textbook of Family Medicine de Ed. Saultz JW. USA Mc Graw-Hill Company, 2000; 143-65
8. Glasser M, Vogels L, Gravdal J, Geriatric Depression Assessment by Rural Primary Care Physicians . Rural Remote Health 2009; 9(4):1180

9. Ocaktan M, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmeti. Kriz Dergisi 2004;12(2):63-73
10. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamer D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri Dışı Uzman Hekimlerin Ruhsal Bozukluklar Konusunda Bilgi ve Tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 5-12
11. Yıldırım A, Gönüllü O G, Eradamlar N, Erkıran M. İstanbul İli Genelinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Antidepresan Reçetelemesini Etkileyen Faktörler. Düşünen Adam Yayınları. 2014; 27: 242-249
12. JohnW, Williams MD, Kathryn R, Allen JD. Primary Care Physicians Approach to Depressive Disorders. ARCH Fam Med 1998;8:58-67
13. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı Ankara: Nobel Kitabevi, 2011:1-25
14. Yüksel N. Psikiyatrinin Tarihi. Ruhsal Hastalıklar.2. Baskı. Ankara Çizgi Yayınevi, 2001:6-13
15. Kessler RC, Gonagle KA, Zhao S, Nelsen CB, Hugjes M, Eshlemans W, Kendler KS. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;5(1): 8-19
16. Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorder in the World Health Organization . JAMA. 2004; 291(21):2581-2590
17. World Health Organization (WHO). Prevalence of Disorders <http://www.who.int/whr/2001/chapter 2/en/index 2.html>. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2015

18. Cebbon L, Sartling PG, Semed by B. Psychiatric Symptoms and Psycosocial Problems in Primary Health Care as seen by Doctors. Scand J Prima Health Care 1985; 3: 23-30
19. Bruntland GH. Mental Health in 21 st century. Bull World Health Organization, 2000; 78(4): 411
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998)
<http://tr.scribd.com/doc/118803955/Türkiye-Ruh-Sağlığı-Profil-Raporu-1998>
Erişim Tarihi: 06 Ekim 2015
21. Karasu E. Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir. Osmangazi Üniversitesi.2007
22. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11(3): 198-203
23. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11(1); 3-16
24. World Health Organization (WHO). Mental Disorders Health Topics
http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/
Erişim Tarihi: 11 Ekim 2015
25. Yılmaz V. Türkiye’ de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. İstanbul Karika Matbaacılık 2012
http://www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/RUSIHAK_türkiye_de_ruh_sagligi_politikalar.pdf
Erişim Tarihi 11 Ekim 2015

26. World Health Organization(WHO). İntegrating Mental Health İnto Primary Care: a Global Perspective

<http://www.who.int/mental-health/.../mentalhealthintopriarycare/.../index.html>

Erişim Tarihi 10 Ekim 2015

27. Kidd M. Mental Health And Primary Care: Keynote Adress to the Thematic Conference of the World Psychiatric Association on ‘Mental Health and Mental İllness Focusing on Eurasia’. Mental Health in Family Medicine 2013;10:183-8

28. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara (2011).

<http://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı-pdf>.

Erişim Tarihi: 12 Ekim 2015

29. Kılıç Ç. Depremzedelerde Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(2): 113-23

30. Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(4): 583-594

31. Weich S, Lewis G, Churchill R, Mann A. Strategies for the Prevention of Psychiatric Disorders in Primary Care South London. J Epidemiol Community Health 1997; 51: 304-309

32. World Health Organization (WHO).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>

Erişim Tarihi: 08 Kasım 2015

33. Çelikkol A. Ruhsal Bozukluklar Önlenebilir mi?

http://www.celikkol.org/koruyucu_psikiyatri.htm

Erişim Tarihi: 29 Ekim 2015

34. Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2005; 9(11): 26-31
35. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Kinik Ölçekler. Ankara Hekimler Yayın Birliği 2000;36-163
36. Feightner JW, Worrall G. Early Detection of Depression by Primary Care Physicians. Can Med Assoc J 1990;142(11): 1215-1220
37. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt:1, Ankara Nobel Kitapevi 2011:225-238
38. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratov C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon . Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11 (1):3-16
39. Mete HE. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(3): 3-18
40. Özyurt BC, Deveci A. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21
41. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(2) :115-124
42. Korf VM. Improving Depression Care. Fam Prac 2001;50(6): 529-32
43. Kaplan Hİ, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri El Kitabı, Abay E, Çalıyurt O, Tuğlu C (Çev. Ed.) 2. Baskı İstanbul: Nobel kitapevi 1999;97-112
44. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası 1998; 1:21-25

45. Hagop S. Akiskal M. Mood Disorders: Clinical Features in Comprehensive Text of Psychiatry(Eds.Sadock B.J, Sadock V.A) Lippincott Williams&Wilkins Philadelphia 2007; 1611-1613
46. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası 1998; 1: 5-12
47. Amerikan Psikiyatri Derneği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Köroğlu E, Çev. Ed, 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği,2005
48. Uzun Ö. Bipolar bozukluk
[http://www.gundempsiyatri.com/bipolar bozukluk.htm](http://www.gundempsiyatri.com/bipolar_bozukluk.htm)
Erişim Tarihi: 27 Ekim 2015
49. Aslan K. DSM IV ile DSM V Arasındaki Önemli Farklıklar
<http://www.psikopatoloji.info/?p=9>
Erişim Tarihi: 27 Ekim 2015
50. Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;(4): 17-24
51. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 1.cilt 11. Baskı Ankara: Nobel Kitabevi, 2011; 1-25
52. Yüksel N. Genel Tıpta Antidepresan Kullanımı. Klinik Psikiyatri Dergisi 1999; (1): 7-15
53. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 2.cilt 11. Baskı Ankara: Nobel Kitabevi, 2011; 881-900
54. Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen ve Yetişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul Golden Print 2006

55. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; (62): 25-30
56. Görpelioğlu S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Anksiyete Bozuklukları. Türk Aile Hekimleri Dergisi 1999; 3(1-2): 33-39
57. Tufan AE, Yalug İ. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye Verilerine Dayalı Bir Gözden Geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11: 351-359
58. Ercan ES, Avcı A, Mukaddes NM, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Kılavuzu. Johnson&Johnson 2008
59. Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İ. Ü . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;62: 147-152
60. Weyerer S. Detection Psychiatric Diseases in General Practice. Results From Germany. Gesundheitwes 1996. 58(1): 68-71
61. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzonski SJ, Cornell J. Primary Care Pshscians Approach to Depressive Disorders. Arch Fam Med.1999; 8: 58-67
62. Lam TP, Lam KF, Lam EW. Attidues of Primary Care Physicians Towards Patients With Mental İllness in Hong Kong. Asia Pacific Psychiatry 2012. E19-E28
63. Goldfracht M, Stalit C, Peled O, Levin D. Attitudes of Israeli Primary Care Physicians Towards Mental Health Care. Israeli J Psychiatry Relat Sci 2007; (44) 3: 225-230
64. Shemo JP. Primary Care Management of Mental İllness. Medication as a Tool. South Med J 1984; 77(8): 1010-1019

65. Rijswijk E, Hout H, Lisdank E, Zitman F, Weel CV. Barriers in Recognising, Diagnosis and Managing Depressive and Anxiety Disorders as Experienced Family Physicians, A Focus Group Study. BMC Family Practice 2009. 10--52
66. Yüksel E.G, Taşkın O. Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 113-121
67. Bertakis KD, Helms LI, Callahan EL, Azari R, Robbins JA: The Influence Of Gender on Physician Practice Style. Med Care 1995;33(4): 407-416
68. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication; a Meta-Analytic Review. JAMA2002;288(6): 756-764
69. Arı F, Öz F. Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 200: 16-18
70. Aker T, Özmen E. Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(1): 5-13
71. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri P.V, Bologna M, Colombini N, Curcetti C et all. Primary care Physicians’ Perspective on the Management of Anxiety and Depressive Disorders: a Cross-Sectional Survey in Emilia Romagna Region. BMC Family Practice 2013; 14: 75
72. Andersson S.J, Troein M, Lindberg O. General Practitioners Conceptions About Treatment of Depression and Factors that may Influence Their Practice in this Area Postal Survery. BMC fam pract 2005;6(1): 21

73. Ross S, Moffat K, Mc Connachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and Attitudes a Randomised Vignette Study of the Management of Depression by General Practitioners, *Br J Gen Pract* 1999. 49(438): 17-21
74. Ghanizadeh A, Zarei N. Are Gps Adequately Equipped With The Knowledge For Educating and Counseling of Families With ADHD Children *BMC Family Practice* 2010. 11:5
75. Katerndahl D, Ferrer RL. Knowledge About Recommended Treatment and Management of Major Depressive Disorder, Panic Disorder, and Generalized Anxiety Disorder Among Family Physicians. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2004;6: 147-151
76. Richard JC, Riyan P, Mc Cabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the Effective Management of Depression in General Practice. *Aust NZJ Psychiatry* 2004, 38(10): 795-803

Ek 1.

‘‘Birinci Basamak Hekimlerin Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımalarının Değerlendirilmesi’’ anketi

Değerli meslektaşım;

Bu çalışmayı birinci basamakta çalışmakta olan hekimlerin ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapmaktayız. Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle üçüncü bir şahısla paylaşılmayacaktır ve birinci basamakta ruh sağlığı ile ilgili çalışmalarda bize ışık tutacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1-Yaşınız?.....

2-Cinsiyetiniz? a) Erkek b) Kadın

3-Medeni durumunuz?

a) Evli b) Bekâr c) Dul d)Boşanmış/Ayrılmış

4-Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?.....

5-Mezuniyet öncesi aldığınız psikiyatri staj süresi toplamda ne kadardı?
..... (5. veya 6. sınıfta ya da seçmeli olarak)

6-Sizce bu süre yeterli miydi?

a) Evet b) Hayır

7-Son bir ay içinde baktığınız toplam hasta sayısı yaklaşık olarak kaçtır?.....

8- Son bir ay içinde ruhsal hastalık tanısı koyduğunuz hasta sayısı yaklaşık olarak kaçtır?hasta

9-Son bir ayda size başvuran hastalarda ruhsal hastalık tanısı koyduğunuz hasta sayısı nedir?

a) Depresyon.....

b) Anksiyete bozuklukları

c) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

d) Somatizasyon bozukluğu

10-Psikiyatrik hastalık tanı ve tedavisinde sizin yaklaşımınızı hangi faktörler etkilemektedir. (Birden fazla seçenek olabilir.)

- a) Hastalarda sosyal damgalanma korkusunun olması
- b) Hastanın ya da yakınlarını tanıyı kabul etmemesi
- c) Hastalara yeterince zaman ayırmamak
- d) Hastanın birinci basamak hekimlerine yeterince güvenmemesi
- e) İhtiyaç duyulan uzmanların desteğinde yetersizlik yaşanması

11-Aşağıdaki ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları içeren ifadelerden size uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
Kısa bir süre içinde sık sık muayeneye gelen hastaları ruhsal hastalık açısından araştırırım			
Bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilerden yakınması olan hastaları ruhsal hastalık açısından araştırırım			
Kısa bir zamanda çok sayıda hekim değiştiren hastalarda ruhsal hastalık düşünürüm			
Ruhsal hastalıklar birinci basamakta sık görülür			
Ruhsal hastalıkların birinci basamakta tedavisi yapılmaz			
Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar			
Ruhsal hastalıklar tam olarak düzelmez			
Birinci basamak hekimleri sık görülen ruhsal hastalıkları tedavi edebilmelidir			
Ruhsal hastalıkları sadece psikiyatri uzmanları tedavi etmelidir			
Kronik hastalığı olan bireylerde ruhsal hastalık görülme riski artar			
Ruhsal hastalıklar çevresel faktörlerle ilişkilidir			

18-Aşağıdaki ruhsal hastalıklarda tanı ve izleme ilgili ifadelerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Genel olarak kendimi ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda yeterli buluyorum					
Kendimi ruhsal hastalıklarda sadece tanı koymada yeterli buluyorum.					
Kendimi ruhsal hastalık tanısı almış hastalarda sadece tedavi konusunda yeterli buluyorum.					

19-Hastalarınızın yaklaşık olarak yüzde kaçında ruhsal hastalık olduğunu tahmin ediyorsunuz? %

20-Birinci basamakta psikiyatrik hastalıklara yaklaşım konusunda eğitim almak ister misiniz?

- a) Evet b) Hayır

21- Birinci basamakta psikiyatrik hastalıklara yaklaşım konusunda eğitimi size kimin vermesini isterdiniz?

- a)Psikiyatri uzmanının
b)Aile hekimi uzmanının
c)Psikiyatride akademisyen olan bir hekimin
d)Aile hekimliğinde akademisyen olan bir hekimin
e)Konuyla ilgilenen herhangi bir branştan olan hekimin

TEŞEKKÜR EDERİZ