

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

**ACİL SERVİSTE TRIAJ KATEGORİSİ ACİL OLMAYAN  
(KATEGORİ 3) HASTA GRUBUNDA PRIME-MD  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ARACILIĞI İLE RUHSAL  
BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Mustafa Emin ÇANAKÇI**

**Acil Tıp Anabilim Dalı**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR**

**2016**



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

**ACİL SERVİSTE TRIAJ KATEGORİSİ ACİL OLMAYAN  
(KATEGORİ 3) HASTA GRUBUNDA PRIME-MD  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ARACILIĞI İLE RUHSAL  
BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Mustafa Emin ÇANAKÇI**

**Acil Tıp Anabilim Dalı**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI**  
**Doç. Dr. Nurdan ACAR**

**ESKİŞEHİR**

**2016**

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI****T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Dr. Mustafa Emin ÇANAKÇI'ya ait "Acil serviste triaj kategorisi acil olmayan (kategori 3) hasta grubunda Prime-MD değerlendirme ölçeği aracılığı ile ruhsal bozuklukların yaygınlığının araştırılması" adlı çalışma jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 20/10/2016

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Nurdan ACAR  
Acil Tıp Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Ayfer KELEŞ  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Engin ÖZAKIN  
Acil Tıp Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun ..... Tarih ve ..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alparslan BİRDANE  
Rektör Yardımcısı  
Dekan Vekili

## TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve gelecekte Türkiye Acil Tıp'ına yön verebilmek amacıyla her türlü desteği veren değerli hocalarım Doç. Dr. Nurdan ACAR, Prof. Dr. Arif Alper ÇEVİK, Doç. Dr. Engin ÖZAKIN ve Yrd. Doç. Dr. Filiz BALOĞLU KAYA'ya, çalışmamızın oluşturulmasında çok kıymetli desteklerini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, verilerin aktarımında yardımlarından dolayı M. Erdem VAZGEÇER'e, tezin istatistiklerinin hazırlanmasında yardımlarından dolayı Muzaffer BİLGİN'e teşekkür ederim.



## ÖZET

**Çanakçı, M.E. Triaaj kategorisi 3 (acil olmayan) olarak değerlendirilen hastalarda psikiyatrik hastalık yaygınlığının prime md ölçeği ile değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2016.** Acil servisimize başvuran triaj kategorisi 3 olan hastaların psikiyatrik hastalık oranları yaygınlığının değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma gözlemsel ve prospektif olarak planlandı. Acil servisimize 11.12.2015-10.03.2016 tarihleri arasında başvuran, triajda yeşil alan olarak değerlendirilen, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan ve onam veren 18 yaş üstü hastalar Prime MD ölçeği ile değerlendirildi. Çalışma başlamadan önce ölçekle ilgili personel eğitimi verildi. Hastanın acil servis süreci tamamlandıktan sonra taburculuk öncesinde hasta bakımında görev almamış bir asistan doktor tarafından ölçek formları uygulandı. 3 aylık sürede yeşil alanımıza 14067 hasta başvurdu ve 4320'si çalışmaya dahil olmayı kabul etti. Hastaların %54.1'i kadın, %45.9'u erkekti. Yaş ortalaması  $30.03 \pm 11.7$  idi. %39.5'i üniversite mezunu idi. Özgeçmişte %84.3'ünde herhangi bir ek hastalık yoktu. Ölçek değerlendirmesinde %44.1 hastada en az bir psikiyatrik hastalık saptandı. Prime MD ölçeğine göre en fazla saptanan tanılar %24.7 ile minör depresyon, %12.2 ile majör depresyon idi. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukların kadınlarda erkeklere göre, alkol kötüye kullanımının ise erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı. Özgeçmişinde süregen ek hastalık varlığının alkol kötüye kullanımı dışında tüm modüllerde psikiyatrik hastalık oranında anlamlı artışa neden olduğu görüldü. Çalışmamızda Prime MD ölçeği kullanılarak acil servis kalabalığına yol açtığı düşünülen kategori 3 hastaları arasında azımsanmayacak derecede en az bir psikiyatrik bozukluk saptandı. Ciddi acil patolojisi bulunmayan ve psikiyatrik hastalığı olanlar hastane çalışanlarında yorgunluğa ve gerçek acil vakalara yeterince zaman ayrılamamasına neden olmaktadır. Ek olarak önemsenmeyen bu hasta grubunun aslında psikiyatrik hastalıkları olduğu fark edilmemektedir. Hastaların acil servise gezinti amaçlı gelmediği anlaşılmalı hastaların yardım çığlığına kulak verilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kategori 3 Hasta Grubu, Acil Servis, Prime MD Ölçeği, Hızlı Bakı Alanı

## ABSTRACT

**Çanakçı, M.E. Prevalence of psychiatric disorders in fast track area (triage category 3) with prime md evaluation scale: A Study from Eskisehir Osmangazi University Emergency Department, Eskişehir, 2016.** The aim of the study is to define the prevalence of psychiatric disorders in the patients without active psychiatric illness admitted to our fast track area. The study was planned as observational and prospective design. Older than 17 yo and patients without active psychiatric illness admitted to fast track area of emergency department(ED) between Dec 11th 2015 - Mar 10th 2016 were assessed by Prime MD questionnaire after their consent. The residents were trained about the scale before the study. After the patient's ED process completed and before discharge, forms were applied by residents who has not involved in patient's medical care. 14067 patients were admitted in fast track and 4320 of them included. 54.1% of patients was female and 45.9% was male. The mean age was  $30.03 \pm 11.7$ . 39.5% was a university degree. 84.3% no chronic illness. At least one psychiatric disorder on the scale was 44.1%. The most frequent diagnoses were minor depression (24.7%), major depression (12.2%). Mood disorders, anxiety disorders and somatoform disorders were found significantly higher in women compared to men ( $p<0.05$ ). The presence of chronic medical state was found as a cause of increased psychiatric disorders significantly in all modules except alcohol abuse. Using Prime MD, at least one psychiatric disorder with a substantial degree was detected in category 3 patients. Neurotic disorders were observed more in women than men. In general, medical staff thinks these patients make a crowded and fatigue in ED do not have enough time for real emergencies. On the other side, patients with psychiatric illnesses think themselves urgent and in a serious pathological condition. In addition fast track patients can have serious medical problems. We should assesed carefully for organic pathologies. This visit is not a trip but shouting for help.

**Keywords:** Category 3 Patient Group, Emergency Medicine, Prime MD, Fast Track

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Acil Tıp Tanımı	4
2.2. Acil Servis Tanımı	4
2.3. Acil Serviste TriaJ	5
2.4. Acil Servisimizde Uygulanan TriaJ Skorlama Sistemi	5
2.5. Yeşil Alan Hastalarının Acil Servis Kalabalıklığındaki Yeri	9
2.6. PRIME MD Klinik Değerlendirme Ölçeği	10
2.6.1. PRIME MD Değerlendirme Ölçeği Kullanımı	11
2.6.2. PRIME MD Ölçeğinin Güvenilirliği	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Çalışmaya Alma ve Dışlama Kuralları ve Veri Toplama Süreci	13
3.1.1. TriaJ Sınıflaması	14
3.1.2 Acil Servis Bakımı	14
3.1.3 Yeşil Alanda PRIME MD Değerlendirme Ölçeği Kullanımı	14
3.2. İstatistikî Yöntem	15
4. BULGULAR	16
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri	16
4.2. Yeşil Alana Başvuran Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı	18
4.3. PRIME MD Değerlendirme Ölçeğine Göre Saptanan Tanılar	18

	<b>Sayfa</b>
4.3.1. Toplam Hasta Sayısı İle Saptanan Tanıların Değerlendirilmesi	19
4.4. PRIME MD Ölçeğine Göre Belirlenen Tanıların Cinsiyete Göre Değerlendirmesi	20
4.4.1. Majör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	20
4.4.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	20
4.4.3. Distiminin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	21
4.4.4. Minör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	21
4.4.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	22
4.4.6. Panik Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	22
4.4.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	23
4.4.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	24
4.4.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	24
4.4.10. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	25
4.4.11. Multisomatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	25
4.4.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	26
4.4.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	27
4.4.14. Hipokondriyazisin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	27
4.4.15. Hastalıkların Cinsiyete Göre Farklılıklarının İstatistiksel Anlamlılık Durumları	28
4.5. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Ek Hastalıklara Göre Değerlendirmesi	29
4.5.1. Majör Depresyonun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	29
4.5.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	30
4.5.3. Distiminin Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	31

	<b>Sayfa</b>
4.5.4. Minör Depresyonun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	32
4.5.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	33
4.5.6. Panik Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	35
4.5.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	36
4.5.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	38
4.5.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	39
4.5.10. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	41
4.5.11. Multisomatoform Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	42
4.5.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	43
4.5.13 Kronik Ağrı Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	45
4.5.14. Hipokondriyazisin Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi	46
4.6. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Medeni Duruma Göre Değerlendirmesi	47
4.6.1. Majör Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	47
4.6.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	48
4.6.3. Distiminin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	49
4.6.4. Minör Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	49
4.6.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	50
4.6.6. Panik Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	51
4.6.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	51
4.6.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	52
4.6.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	53

	<b>Sayfa</b>
4.6.10. Alkol Kötüye Kullanımının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	53
4.6.11. Multisomatoform Bozukluğun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	54
4.6.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	55
4.6.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	55
4.6.14. Hipokondriyazisin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	56
4.7. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Eğitim Durumuna Göre Değerlendirmesi	57
4.7.1. Majör Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	57
4.7.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	57
4.7.3. Distiminin Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	58
4.7.4. Minör Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	59
4.7.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	59
4.7.6. Panik Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	60
4.7.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	61
4.7.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	61
4.7.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	62
4.7.10 Alkol Kötüye Kullanımının Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	63
4.7.11. Multisomatoform Bozukluğun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	63
4.7.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	64
4.7.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	65
4.7.14. Hipokondriyazisin Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi	65
4.8. PRIME MD Ölçeğine Göre Saptanan Tanıların Taburculuk Tanıları İle Değerlendirilmesi	66

	<b>Sayfa</b>
5.TARTIŞMA	78
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR	85



## SİMGELER VE KISALTMALAR

ACEP	American College of Emergency Physicians
AKS	Akut Koroner Sendrom
BTA	Başka Türlü Adlandırılmayan
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CI	Confident Interval
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MDKRYR	Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı
OHTKİ	Organik Hastalığa veya Tedavide Kullanılan İlaça Bağlı
OR	Odds Ratio
PRIME MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SCIDI/P	Structured Clinical Interview Axis I Disorders, Patient Version

**ŞEKİLLER****Sayfa**

2.1. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Toplam Başvuru ve Acil Başvuru Sayılarının Karşılaştırılması	10
4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Akış Diyagramı	16
4.2. ÜSYE Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	67
4.3. Baş Ağrısı Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	68
4.4. Dispepsi, GÖRH, Gastrit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	69
4.5. Akut Gastroenterit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	70
4.6. Vertigo Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	71
4.7. Ekstremitte Yaralanması, Basit Kesi Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	72
4.8. Otit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	73
4.9. Yumuşak Doku Bozuklukları, Miyalji Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	74
4.10. Ürtiker Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	75
4.11. Göz Travması, Yabancı Cisim, Konjunktivit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	76

**Sayfa**

4.12. Üriner Sistem Bozuklukları Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	77
4.13. Diğer Patolojiler Saptanan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi	78



**TABLULAR**

	<b>Sayfa</b>
2.1. Üçlü Triaaj Sistemi Kırmızı Alan	7
2.2. Üçlü Triaaj Sistemi Sarı Alan	8
2.3. Üçlü Triaaj Sistemi Yeşil Alan(Kategori 3)	9
4.1. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımı	17
4.2. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	17
4.3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	17
4.4. Yeşil Alana Başvuran Hastaların Ek Hastalık-Yaş Profilleri	18
4.5. Prime MD Ölçeğine Göre Saptanan Tanılar	19
4.6. Toplam Hasta Sayısı İle Alınan Tanıların Değerlendirilmesi	19
4.7. Majör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	20
4.8. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	21
4.9. Distiminin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	21
4.10. Minör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	22
4.11. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	22
4.12. Panik Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	23
4.13. Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	23
4.14. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	24
4.15. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	25
4.16. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	25

	<b>Sayfa</b>
4.17. Multisomatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	26
4.18. Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	26
4.19. Kronik Ağrı Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	27
4.20. Hipokondriyazisin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	27
4.21. Prime MD'ye Göre Belirlenen Tanıların Cinsiyete Göre İstatistiksel Değerlendirmesi	28
4.22. Majör Depresyonun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	29
4.23. Majör Depresyonun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	30
4.24. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	30
4.25. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	31
4.26. Distiminin Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	32
4.27. Distiminin Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	32
4.28. Minör Depresyonun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	33
4.29. Minör Depresyonun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	33
4.30. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	34
4.31. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	35
4.32. Panik Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	35
4.33. Panik Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	36

4.34. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	37
4.35. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	37
4.36. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	38
4.37. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	39
4.38. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	40
4.39. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	40
4.40. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	41
4.41. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	42
4.42. Multisomatoform Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	42
4.43. Multisomatoform Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	43
4.44. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	44
4.45. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	44
4.46. Kronik Ağrı Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	45
4.47. Kronik Ağrı Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	46
4.48. Hipokondriyazis Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi	46
4.49. Hipokondriyazisin Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi	47

	<b>Sayfa</b>
4.50. Majör Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi	48
4.51. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı İle Medeni Durum İlişkisi	48
4.52. Distimi İle Medeni Durum İlişkisi	49
4.53. Minör Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi	50
4.54. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi	50
4.55. Panik Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	51
4.56. Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	52
4.57. Yaygın Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	52
4.58. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	53
4.59. Alkol Kötüye Kullanımının Medeni Durum İlişkisi	54
4.60. Multisomatoform Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	54
4.61. Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	55
4.62. Kronik Ağrı Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi	56
4.63. Hipokondriyazis İle Medeni Durum İlişkisi	56
4.64. Majör Depresyon İle Eğitim Durumu İlişkisi	57
4.65. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı İle Eğitim Durumu İlişkisi	58
4.66. Distimi İle Eğitim Durumu İlişkisi	58
4.67. Minör Depresyon İle Eğitim Durumu İlişkisi	59

**Sayfa**

4.68. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresyon İle Eğitim Durum İlişkisi	60
4.69. Panik Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	60
4.70. Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	61
4.71. Yaygın Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	62
4.72. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	62
4.73. Alkol Kötüye Kullanımı İle Eğitim Durumu İlişkisi	63
4.74. Multisomatoform Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	64
4.75. Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	64
4.76. Kronik Ağrı Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi	65
4.77. Hipokondriyazis İle Eğitim Durumu İlişkisi	66

## 1. GİRİŞ

Acil servisimizde kategori 3 (acil olmayan) hasta grubuna hemen veya ilerleyen dakikalar içinde hastanın yaşamını/organını tehdit etmeyen hastalar oluşturacak şekilde triaj uygulaması yapılmaktadır. Bu hasta grubuna örnek olarak yaşamsal bulgularında anormallik olmayan ve yaşamı tehdit etmeyen klinik durumlardaki baş ağrısı, nefes darlığı, boğaz ağrısı, ayak bileği burkulması, damar-sinir yaralanmasının eşlik etmediği basit kesiler, kas ağrıları verilebilir. Kategori 3 hastalar acil servisimizdeki yeşil alan ve hasta odalarında takip ve tedavi edilirler. Acil servise giriş yapan tüm hastalar gibi kategori 3 hastalar da hem yakınmaya odaklanmış kapsamlı öykü, fizik bakı hem de tüm sistemik fizik bakıları yapılarak değerlendirilirler (1). Bir hekimin hastasına ayırması gereken süre en az ortalama 15 dakika olduğu düşünülünce saatte 5'ten fazla hasta bakmak durumunda olan bir acil servis doktoru kritik hastayı atlamamak için daha çok çaba göstermek durumunda kalacaktır (2). Bu da uzun dönemde acil servis hekimlerinde eksik muayene etme alışkanlığı doğuracaktır. Çok kalabalık acil servislerde (ör: 24 saatte 500 hastayı geçen acil servis başvurusu olan acil servisler) hem tanı hem de tedavi konusunda eksiklikler ve memnuniyetsizlikler gözlemlenmektedir.

Kategori 3 olarak acil servise başvuruda bulunmuş hastalarımız incelendiğinde bunların bir kısmının acil problem dışında poliklinik hizmetine ulaşamamış, işinden izin alamadığı için gece saatlerini kullanan, durumunu acil olarak değerlendiren hastalar olduğu görülmektedir. Bu hasta grubu görevli acil servis ekibinde zaman zaman, özellikle kritik hastaların yoğun olduğu saatlere rastladığında tepkisel duygulanımlara yol açabilmektedir. Böyle bir durumda çalışmak zorunda kalan tıbbi ekip kendisine daha çok ihtiyacı olan hastalara ayıracağı zaman ve enerjiyi durumu görel olarak tıbbi zorunluluk gerektirmeyen bu hasta grubuna ayırmada isteksiz hissetmektedir. Kategori 3 olarak tanımlanmış, tıbbi gereksinimi akut ve acil olmayan psikolojik gereksiniminden daha az hasta grubuna hizmet vermek ekipte bazen bıkkınlık yaratmaktadır. Ancak bu hastaların henüz adı konmamış bir psikiyatrik problemi olacağı ve destek gerektiği kritik hastalarla yoğun ilgilenen bir acil servis için ön planda yer almamaktadır.

1997 Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 18 yaş üzerinde görüşme yapılan bireylerde %17.2 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır (3). Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluk oranı %46'ya kadar ulaşmaktadır (4). Benzer şekilde üniversite hastanelerinde tedavi olan süregelen hastalıklı bireylerde psikiyatrik hastalık oranları %41.2 saptanmıştır (5). Ancak tanı konmamış ve acil sağlık hizmeti almak için acil servise başvuran kategori 3 hasta grubundaki psikiyatrik bozuklukların oranları konusunda Türkiye verileri net değildir. Eskişehir'de 3. basamak hastane acil servisinde triaj kategorisi 3 olarak nitelemesi yapılan hastalarda Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) klinik skorlama testleri ile saptanabilen psikiyatrik hastalıkların oranları incelenip mevcut hastalıkları ile ilişkisi değerlendirilecektir.

Çalışmamızın amacı, acil serviste triaj kategorisi acil olmayan (kategori 3) hasta grubunda Prime-MD değerlendirme kılavuzu aracılığı ile ruhsal bozuklukların yaygınlığının araştırmak ve bu konuda Türkiye verilerine katkıda bulunmaktır.

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde yapılacaktır. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya yazılı onamı alınan 18 yaş ve üzerinde, zeka geriliği dahil olmak üzere bilişsel yetileri etkilen organik bozukluğu saptanmayan kategori 3 hastalar dahil edilecektir.

18 yaşın altında, kategori 1 (çok acil) ve kategori 2 (acil) hasta grubunda olmayan, alkol dışı ilaç-madde etkisinde olan ve Prime-MD ölçeği dahilinde yer almayan psikiyatrik bozukluğu olan hastalar çalışma dışında bırakılacaktır.

Acil servise başvuru anında hastalara ait bilgiler tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formuna kayıt edilecektir.

Prime-MD isimli ölçek 1994 yılında R. Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda kullanılan orijinal ismi "Primary Care Evaluation of Mental Disorders" olan bir değerlendirme formudur (6). Bu form yaklaşık 7 dakikada değerlendirilebilmekte ve ilk basamak hekimlerine psikiyatrik hastalıkları tanıma ve uygun tedavi için yönlendirme yapmakta kullanıldığı gibi acil serviste değerlendirilen kategori 3 hastalar için de

uygun olarak düşünölmektedir. 2003 yılında yayınlanan makalede de benzer bir araştırma yapılmıştır (7). Acil servis şartlarında uygulaması kolay kısa sürede yapılabilecek bir test olduğu için çalışmamızı Prime-MD ile kurguladık.

Hastalara Prime-MD kılavuzu ışığında yöneltilecek sorular dört ana modöl ve bir soru formundan oluşacaktır.

Çalışma öncesinde Prime-MD ölçeğini uygulayacak olan hekimlere bir psikiyatri uzmanı tarafından eğitim verilecektir. Acil serviste tanı ve tedavi işlemleri bitirilen Kategori 3 hasta grubunda taburculuk öncesinde sosyodemografik veri formu ve Prime-MD ölçeği doldurulacaktır. Prime-MD ölçeği hastanın bakımında görev almamış hekimler tarafından uygulanacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Acil Tıp Tanımı

Uluslararası Acil Tıp Federasyonu'nun tanımlamasına göre; Acil Tıp, tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen ayrıştırılmamış tüm fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların akut ve ivedi şekillerinin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve beceriler bütünü kapsayan tıp pratiğidir. Bunun yanında hastane-öncesi ve hastane-içi acil tıp sistemlerinin anlaşılması ve geliştirilmesi için gerekli becerileri de içerir (8).

### 2.2. Acil Servis Tanımı

Acil servis; hastanelerin, acil tıbbi durumdaki hastalara 24 saat kesintisiz acil tıbbi bakımın uygulandığı bölümleridir (9). The American College of Emergency Physicians (ACEP)'in 1994'te yaptığı tanım ise şöyledir: 'acil servisler, yeni başlayan ve kişiye acil olabileceğini düşündüren şiddetteki tıbbi durumları değerlendiren ve tedavisini sağlayan sağlık birimleridir' (10).

Ülkemiz Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre ise acil servislerin görev tanımı şu şekildedir: "hastane acil servisleri: ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerdir, kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralılara acil tıbbi müdahale yapmak zorundadır. Yine aynı yönetmeliğin 15. maddesinde, "acil servislerde, acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbî müdahale ve tıbbî bakım yapılır. Özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Başvuran her hasta için acil tıbbî değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır. Acil sağlık hizmeti, hizmete ihtiyaç duyulan andan itibaren, kesin tedavi sürecine kadar hiçbir kesinti olmadan verilir" ibaresi bulunmaktadır (11).

Acil hasta, hayatı ya da fonksiyonları tehlikeye sokan akut hastalık ya da yaralanması sebebiyle hızlı müdahale gereken, gecikmenin zararlı olabileceği hasta

olarak tanımlanırken, acil olmayan hasta hemen ya da birkaç saat içinde müdahalenin gerekmediği hasta olarak tanımlanmaktadır (9).

### **2.3. Acil Serviste Triaaj**

Triaaj Fransızca “trier” kelimesinden köken almakta ve “sınıflamak, seçmek, ayıklamak” anlamını taşımaktadır. Hastaların aciliyetleri ve tedavi ihtiyaçları açısından hiyerarşik bir karar verme sürecidir. Triaaj süreci hızlı bir şekilde anında uygulanmalı ve acil servisin tüm çalışanları tarafından günlük bir iş gibi kolaylıkla uygulanabilir olmalıdır. Acil servislerde öncelikli bakıma ihtiyacı olan hastalar için ortak sınıflandırmalar yapılmıştır. Sınıflama basit, kolay uygulanır ve kapsamlı olmalıdır. Hastalar genellikle yakınma, fizik muayene ve vital bulguları dikkate alınarak sınıflandırılırlar (12).

### **2.4. Acil Servisimizde Uygulanan Triaaj Skorlama Sistemi**

Acil servisimizde üç kategorili Triaaj skorlama sistemi uygulanır. Hastalar “çok acil”, “acil” ve “acil olmayan” şeklinde üç kategoride incelenirler. “Çok acil” olarak sınıflanan kategoride şikayetler, vital bulgularda bozulma ve hastalık ya da yaralanma akut olarak ortaya çıkmıştır ve potansiyel olarak hayatı ya da uzvu tehdit eden bir durum mevcuttur. Vakit kaybetmeden değerlendirmeye alınır ve tedavisi başlanır ise mortalite önlenir ya da morbidite azaltılabilir. Bu kategoriye havayolu tıkanıklıkları, koma, kontrol altına alınamayan kanamalar, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, şok, çoklu travma, zehirlenmeler, ciddi ağrı durumları, aktif doğum sancısı, ateşli çocuk hasta, ampütasyonlar, diş avulsiyonları örnek olarak verilebilirler. Çok acil hasta grubu Tablo 2.1’de gösterilmiştir. “Acil” olarak sınıflanan kategoride şikayetler, vital bulgularda bozulma ve hastalık ya da yaralanma akut olarak ortaya çıkmıştır ve potansiyel olarak hayatı ya da uzvu tehdit eden bir durum mevcuttur ancak bu hastalara saatler içerisinde müdahale edilmesi ile mortalite önlenir ya da morbidite azaltılabilir. Bu kategoriye açık kırıklar, karın ağrısı, laserasyonlar, ciddi baş ağrısı (ateş yüksekliği olmaksızın), orta derecede nefes darlığı, yutma güçlüğü ile birlikte olan boğaz ağrısı, kalça ya da uzun kemik kırıkları örnek olarak verilebilirler (13). Sarı alan olarak değerlendirilen acil hasta

grubu Tablo 2.2’de gösterilmiştir. “Acil olmayan” olarak sınıflanan kategoride ise şikayetler, vital bulgularda bozulma ve hastalık ya da yaralanma subakut ya da kronik dönemdedir ve hayatı ya da uzvu tehdit eden bir durum oluşmamıştır. Bu hastalara 24 saat içinde müdahale edilmesi ile morbidite azaltılabilmektedir. Bu kategoriye yara pansumanı, suptur alınması, kronik döküntüler, kronik eklem ağrıları, anafilaksinin eşlik etmediği böcek ısırıkları, hafif kulak ağrısı, hafif ekstremitte yaralanmaları örnek olarak verilebilirler (13). Kategori 3 olarak değerlendirilen hasta grubu Tablo 2.3’te gösterilmiştir. Triaaj skorlama sistemi olarak yaygın kullanımı olan diğer bir metot ise beşli triaaj sistemidir. Acil servisimizin hızlı bakı alanı beşli sisteme göre dördüncü ve beşinci kategori hastalara hizmet vermektedir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servis’ine günde ortalama 250 hasta başvurusu yapılmaktadır. Triaaj ile ilgili eğitim almış hemşire, acil tıp teknisyeni ve intern doktor triaaj masasında hastaların ilk değerlendirmelerini yapmaktadır. Ortalama 120 hasta yeşil alana alınarak tanı işlemleri sonrası tedavilerine başlanmaktadır. Yeşil alana alınan hastalarımız genellikle ek hastalığı bulunmayan, vital parametrelerinde patoloji olduğu düşünülmeyen, ayaktan başvuruda bulunmuş hasta grubunu oluşturmaktadır. Genç yaşta karın ağrısı ve minör travmalar da yeşil alan koşullarımız uygun olduğu durumlarda yeşil alana alınabilmektedir.

**Tablo 2.1. Üçlü Triage Sistemi Kırmızı Alan**

<b>ALAN VE VAKA NİTELİĞİ</b>	<b>ÖRNEK DURUMLAR</b>
<b>Kategori 1:</b> Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	* Kardiyak arrest
	* Solunumsal arrest
	* Havayolu tıkanıklığı riski
	* Majör çoklu travma
	* Solunum sayısı < 10/dakika
	* Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar
	* Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar
	* Devam eden veya uzamış nöbet
	* İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilasyonda olması
<b>Kategori 2:</b> Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	* Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı
	* Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar
	* Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski
	* Dolaşım bozukluğu
	-Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu
	-Kalp hızı<50 veya >150 olması
	-Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon
	* Akut hemiparazi/disfazi
	* Letarji ile birlikte ateş (her yaş)
	* İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması
	* Majör fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma
	* Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı
	-Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı
	* Davranışsal/Psikiyatrik
	-Şiddet içeren agresif davranışlar
-Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar	

**Tablo 2.2.** Üçlü Triage Sistemi Sarı Alan

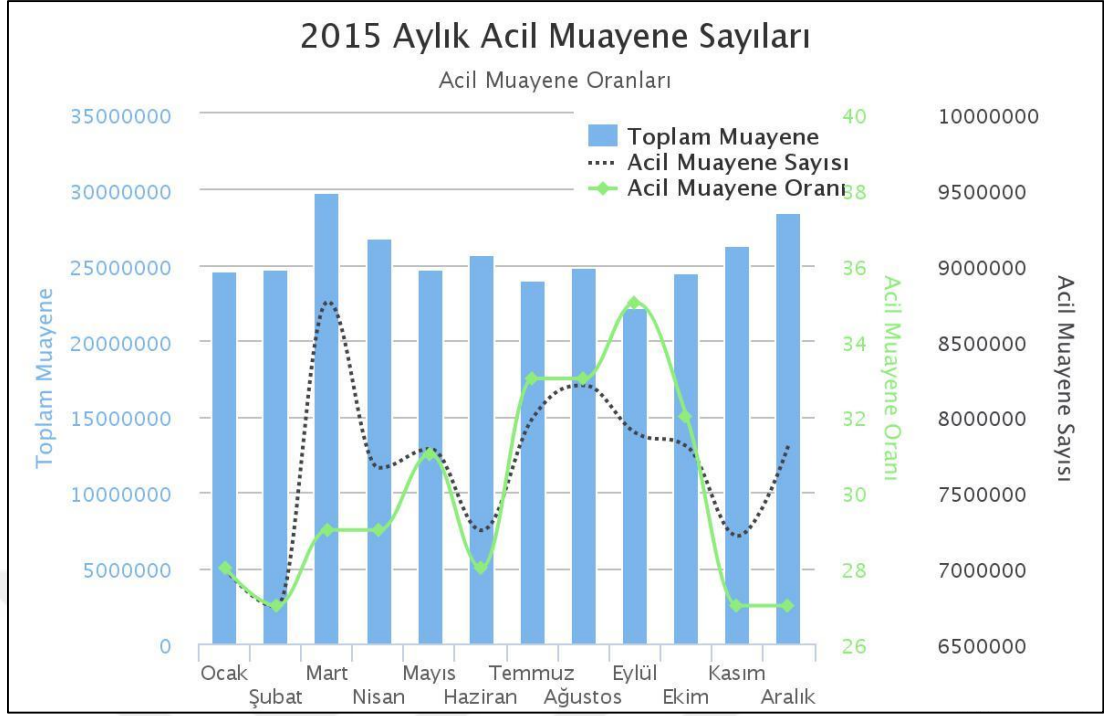
<b>ALAN VE VAKA NİTELİĞİ</b>	<b>ÖRNEK DURUMLAR</b>
<b>Kategori 1:</b> Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği
	* Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı
	* Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı
	* Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)
	* Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta
	* İnatçı kusma
	* Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta
	* Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı
	* 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta
	* Şiddetli karın ağrısı olan hasta
	* Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması
	* Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk
	* Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
<b>Kategori 2:</b> Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.	* Basit kanamalar
	* Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları
	* Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu
	* Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları
	* Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller
	* Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim
	* Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular
	* Şiddetli olmayan karın ağrısı
* Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar	

**Tablo 2.3. Üçlü Triaaj Sistemi Yeşil Alan(Kategori 3)**

<b>ALAN VE VAKA NİTELİĞİ</b>	<b>ÖRNEK DURUMLAR</b>
Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı
	* Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü
	* Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti
	* Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler
	* Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

### 2.5. Yeşil Alan Hastalarının Acil Servis Kalabalıklığındaki Yeri

Türkiye genelinde yeşil alan başvuruları son yıllarda giderek artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterli verimi alamamaları, iş yerinden izin alıp poliklinik saatlerinde polikliniğe başvuramamaları ve acil servislerde yapılan tetkiklerin kısa sürede sonuçlanması acil servis kalabalığının artmasına sebep olmaktadır. Özellikle somatoform bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan hastaların hastanelere sık ziyaretleri ülkemizde yıllık toplam acil servis başvuru sayısını artırdığı görülmektedir. 2015 yılı içinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde toplam yaklaşık 306 milyon muayene yapılmıştır, acil muayene sayısı ise yaklaşık 92 milyon olarak belirlenmiştir (14). Acil servislere bu denli yoğun hasta girişinin sonucunda hekimler çok acil ve acil vaka grubuna yeterince zaman ayıramamaktan yakınmaktadır. Acil servise başvuran hastalarda psikiyatrik hastalık ölçekleri kullanılarak yeşil alan hastalarının acil servisleri kullanmalarında nevrotik bozukluk olup olmadığı merak edilmektedir. Bu konuyla ilgili Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde yapılan çalışmada durumu kritik olmayan hasta grubunda psikiyatrik hastalık oranları değerli oranda yüksek bulunmuştur (7).



**Şekil 2.1.** 2015 yılında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Toplam Başvuru ve Acil Başvuru Sayılarının Karşılaştırılması (14)

## 2.6. PRIME MD Klinik Değerlendirme Ölçeği

Spitzer ve arkadaşları (1994) tarafından özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlere psikiyatrik bozuklukları kısa sürede ve doğru olarak tanıma kolaylığı sağlamak amacıyla geliştirilmiş, tam yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Temel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan dört psikiyatrik bozukluk grubunu içermektedir; duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, alkol bağımlılığı ve somatoform bozukluk. Soruların oluşturulmasında DSM-III-R tanı ölçütleri ele alınmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan belirtiler soru şekline getirilmiştir. Değerlendirme tanı koymak için standardize edilmiş soruların sorulması ve ayırıcı tanıyı kolaylaştıran karar ağacı modelinin kullanılması ile kısa sürede yapılabilmektedir (6).

Depresyon için

1. Majör depresyonun tek atağı ve rekürrensının alt başlıkları genişletilmiş
2. Depresyon başlığı içinde Premenstrüel dönem depresyonu eklenmiş

Somatoform için

1. Somatoform Bozukluklar bölümünün ismi Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar olarak değiştirilmiş
2. Konversiyon bozukluğunun alt başlıkları oluşturulmuş
3. Hipokondriyak Bozukluk DSM-5 ile birlikte artık bu bozukluğun ismi Hastalık Kaygısı Bozukluğu olarak değiştirilmiştir

Madde için ise “Madde Kötüye kullanımı” ile “Madde Bağımlılığı”, “Madde Kullanım Bozukluğu” biçiminde birleştirilmiştir (15).

Prime-MD uygulamasında iki form kullanılır. Hasta soru formu; bir sayfadan oluşur ve hasta tarafından doldurulur. Hastanın evet olarak cevapladığı sorulara göre somatoform, duygu durum, yeme bozukluğu, anksiyete, alkol modüllerine klinisyen yönlendirir. Klinisyen değerlendirme kılavuzu; hekim tarafından kullanılır ve yukarıda sayılan beş tanı grubuna ait şu anda bir hastalık olup olmadığı saptanmaya çalışılır.

Türkiye’de geçerlik-güvenirlik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır. Kolay ve çabuk uygulanabilmesi gibi olumlu yanları olmakla birlikte, eşik altı belirtileri de hastalık olarak tanıyabilmesi ve bu nedenle ruhsal bozukluk sıklığının bir miktar yüksek çıkmasına yol açabilmesi, hekim tarafından uygulanması gerekliliği ölçeğin kısıtlılıklarını göstermektedir (16).

### **2.6.1. PRIME MD Değerlendirme Ölçeği Kullanımı**

Prime MD ölçeği nevrotik bozuklukların tanısında ve alkol kötüye kullanımında kullanılmakta etkin bulunmuştur. Bu ölçek ile duygu durum modülünde; Majör depresif bozukluk, majör depresif bozukluğun kısmi remisyonu veya rekürrensi, distimi, minör depresif bozukluk, anksiyete modülünde; panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan(BTA) anksiyete bozukluğu, alkol modülünde; olası alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, somatoform modülde ise multisomatoform bozukluk, BTA somatoform bozukluk, kronik ağrı bozukluğu ve hipokondriyazis tanılarına ulaşılabilir.

### 2.6.2. PRIME MD Ölçeğinin Güvenilirliği

Prime MD ölçeği genel olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılmıştır. Ancak eğitim ve araştırma hastanelerinde ek hastalığı bulunan hastaların değerlendirilmesinde, acil servislere başvuran hastaların psikiyatrik bozukluklarının değerlendirilmesinde de kullanılmıştır (5,7).

1997'de Polonya'da yapılan 150 hastalık çalışmada Prime MD'nin ilk basamak sağlık kuruluşlarında psikiyatrik hastalık tanısı koymak için faydalı olduğundan bahsedilmektedir (17). 1999'da İspanya'da yapılan çalışmada ise somatoform bozukluk ve alkol kötüye kullanımı açısından duyarlılığı yüksek saptanmamasına karşın anksiyete ve duygu durum bozuklukları açısından kullanımının faydalı olduğundan bahsedilmiştir (18).

2000 yılında Almanya'da yapılmış olan karşılaştırma ve güvenilirlik çalışmasında Prime MD ölçeği ile Composite International Diagnostic Interview (CIDI) karşılaştırılarak Prime MD'nin değerlendirilen tüm hastalıklar için duyarlılığı (0.73), özgüllüğü (0.67) olarak saptanmıştır (19).

### Amaç

Acil servis yeşil alana başvuran, triaj kategorisi acil olmayan (kategori 3) hasta grubunda psikiyatrik hastalık görülme sıklığının belirlenmesi ve acil servis hasta bakım hizmetlerine katkıda bulunmayı amaçladık.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma ileriye dönük ve gözlemsel bir çalışmadır. Etik Kurul onayı alındıktan sonra ESOĞÜ Acil Servisi'nde 11.12.2015 – 10.03.2016 tarihleri arasında yeşil alana başvuran hastalarda yapıldı.

Etik Kurul'dan alınan onay tarihi ve sayısı: 04.12.2015 ve 80'dir.

Fakülte Kurulu'ndan alınan onay tarihi ve sayısı: 10.12.2015 ve 43/01'dir.

Çalışmaya katılan hastalara Helsinki Bildirgesine göre hazırlanan "Hasta Bilgilendirme Formu" ve "Hasta Onam Formu" okutularak imzalı onamları alınmıştır.

#### 3.1. Çalışmaya Alma ve Dışlama Kuralları ve Veri Toplama Süreci

Çalışmaya alma kuralları:

1. 18 yaş ve üzeri,
2. Triaaj kategorisi acil olmayan (kategori 3) olarak belirlenen ve
3. Bilişsel yetileri etkileyen organik bozukluğu saptanmayan (zeka geriliği dahil) gönüllüler dahil edilecektir.

Çalışmadan dışlama kuralları:

1. 18 yaşından küçükler
2. Triaaj kategorisi çok acil (kategori 1) ve acil (kategori 2) olarak nitelenen hastalar
3. İlaç-madde etkisinde olan
4. Bilinen psikotik bozukluğu olan
5. Onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Veri toplama:

Her hasta için aşağıdaki veriler veri toplama formuna kayıt edilmiştir:

- Dosya no
- İsim-Soy isim

- Yaş
- Cinsiyet
- Başvuru tarihi-saati
- Telefon numarası
- Ek hastalıklar
- Kullanmakta olduğu ilaç/madde(ler) ve
- Alışkanlıklar (sigara, alkol vb).
- Hastanın tıbbi bakım sonrası klinik tanısı

### **3.1.1. Triaaj Sınıflaması**

ESOGÜ Acil Servis'ine ayaktan başvuran hastaların acil servis triaj alanında kategori 3 olarak sınıflanan hastalar hızlı bakı alanına alınır.

### **3.1.2. Acil Servis Bakımı**

Yeşil alanda her nöbette iki asistan doktor, iki intern doktor ve bir hemşire görev aldı. Hastalar yeşil alana alındıktan sonra hemşire tarafından vital parametreleri bakıldıktan sonra vital bozukluğu olanlar veya durumu kritik olanlar ilk değerlendirmenin ardından çok acil veya acil olarak değerlendirilerek kırmızı alana veya sarı alana alındı. Hastaların muayeneleri tamamlandıktan sonra tedavi gereksinimleri değerlendirildi. Ağızdan veya parenteral tedavi sonrasında hastaların acil serviste gözlemi devam ederken reçete yazılan hastalara uygun bilgilendirme yapılarak taburcu edildi.

### **3.1.3. Yeşil Alanda PRIME MD Değerlendirme Ölçeği Kullanımı**

Hastaların tanı ve tedavi aşaması sonlandığında çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden hastalara değerlendirme ölçeği, hastanın tedavisinde görev almamış bir hekim tarafından yapıldı. Hekimler çalışma öncesinde Prime MD ölçeği ile ilgili eğitim aldı. Değerlendirme yapılırken

acil servise başvuran diğer hastaların tanı ve tedavi işlemlerinde gecikme olmamasına dikkat edildi.

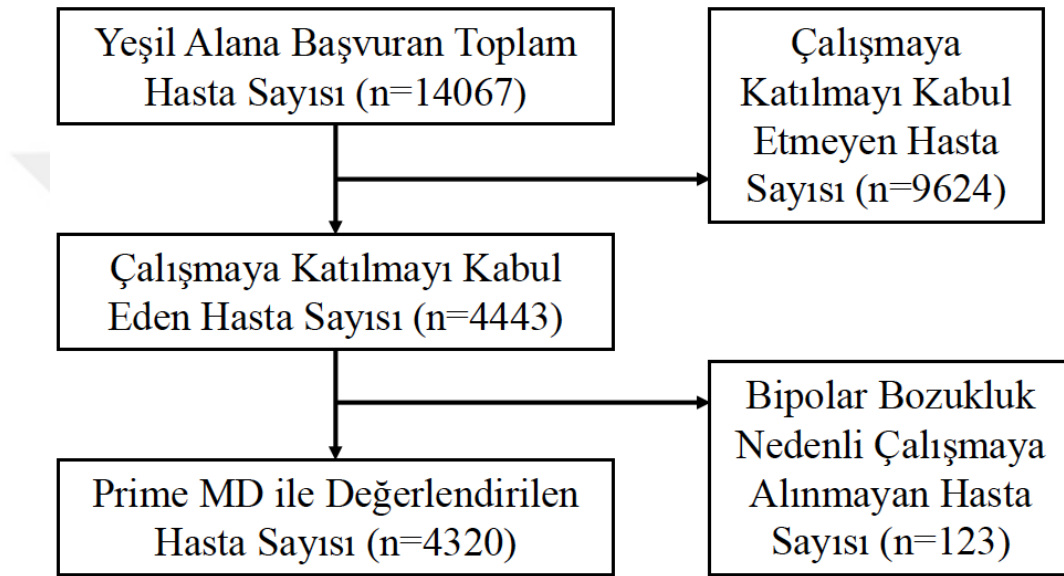
Doldurulan Prime MD ölçekleri Google Forms kullanılarak Microsoft Excel programına kaydedildi.

### **3.2. İstatistiki Yöntem**

Çalışmanın verileri “Microsoft Excel 2016” versiyonu ile toplandı. Her modül için saptanan tanımlar kaydedildi. Sürekli veriler Ortalama  $\pm$  Standart Sapma olarak verildi. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare, Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare, Yate's Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanıldı. Risk düzeylerinin belirlenmesinde Odds oranları kullanıldı. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 programından yararlanıldı. Çalışmanın güç analizi hesaplamaları Pass 11 paket programı aracılığı ile yapıldı. Çalışmaya alınan toplam 4320 gönüllünün örnek hacmi analizi ile belirlenen çalışmanın gücü 1.000 (%100) olarak hesaplandı. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0.05$  değeri kriter kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı 11.12.2015 – 10.03.2016 tarihleri arasındaki 4 aylık zaman diliminde Acil Servis’imize toplam 14067 kategori 3 hasta başvurdu. Bu hastalardan 4443’ü çalışmaya katılmayı kabul etti. Bipolar bozukluk tanısı olan 123 hasta çalışma dışı bırakıldı. analizler 4320 hasta üzerinden yapıldı.



Şekil 4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Akış Diyagramı

##### 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların yaş ortalaması  $30.03 \pm 11.73$  (aralık:18-78) idi. Hastaların %54.1’ini kadın, %45.9’unu erkekti. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri Tablo 4.1’de, medeni duruma göre dağılımları Tablo 4.2’de, eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 4.3’te verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

		Yaş			
		Sayı (Oran%)	Ortalama ± SD	Ortanca	Aralık
Cinsiyet	Kadın	2335 (54.1)	28.88±11.39	24.00	18-78
	Erkek	1985 (45.9)	31.39±11.98	28.00	18-77
Toplam		4320 (100)	30.03±11.73	26.00	18-78

**Tablo 4.2.** Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

	Yaş		
	Sayı (Oran%)	Ortalama ± SD	Aralık
Bekar	2373 (54.9)	22.60 ± 5.29	18-77
Evli	1864 (43.1)	38.89 ± 10.86	18-78
Boşanmış	30 (0.7)	39.47 ± 11.17	19-69
Eşinden Ayrı	9 (0.2)	39.89 ± 14.33	21-69
Eşi Hayatta Değil	44 (1.0)	47.80 ± 13.62	22-78
Toplam	4320 (100)	30.03 ± 11.73	18-78

**Tablo 4.3.** Hastaların Eğitim Durumlarında Göre Dağılımı

	Yaş		
	Sayı (Oran%)	Ortalama ± SD	Aralık
Okuryazar değil	21 (0.5)	47.81 ± 14.78	21-74
İlkokul	584 (13.5)	43.15 ± 11.54	18-78
Ortaokul	382 (8.8)	36.47 ± 12.06	18-73
Lise	1626 (37.6)	27.98 ± 10.54	18-71
Üniversite	1707 (39.5)	25.85 ± 8.25	22-78
Toplam	4320 (100)	30.03 ± 11.73	18-78

#### 4.2. Yeşil Alana Başvuran Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Dağılımı

Acil servisimiz yeşil alana başvuran hastalarda ek hastalık %15.7 oranında görüldü. En fazla %2.4 ile HT, %2.3 ile DM saptanmış olup diğer hastalık başlığı altında %10.2 oranında ek hastalığa sahip hastalar saptandı. Yeşil Alana başvuran hastaların ek hastalık-yaş profilleri Tablo 4.4'te gösterildi.

**Tablo 4.4.** Yeşil Alana Başvuran Hastaların Ek Hastalık-Yaş Profilleri

Tanı	Sayı (Oran%)	Yaş	
		Ortalama $\pm$ SD	Aralık
Hastalık Yok	3643 (84.3)	28.76 $\pm$ 10.73	18-78
DM	101 (2.3)	46.09 $\pm$ 13.69	18-74
HT	102 (2.4)	50.75 $\pm$ 11.65	20-76
KOAH	12 (0.3)	44.17 $\pm$ 10.12	45-56
KAH	14 (0.3)	44.00 $\pm$ 15.29	22-68
KBY	0 (0.0)	-	-
Malignite	9 (0.2)	42.89 $\pm$ 10.41	24-59
Diğer	439 (10.2)	31.00 $\pm$ 11.14	18-66
Toplam	4320 (100.0)	30.03 $\pm$ 11.73	18-78

#### 4.3. PRIME MD Değerlendirme Ölçeğine Göre Saptanan Tanılar

Prime MD ölçeğine göre saptanan tanılar Tablo 4.5'te verildi. En fazla tanı Duygu durum Modülü içerisinde yer alan Minör Depresyon olarak (%24.7) bulundu.

**Tablo 4.5.** Prime MD Ölçeğine Göre Saptanan Tanılar

Tanı	Sayı	Oran (%)
Majör Depresyon	529	12.2
Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı	180	4.2
Distimi	240	5.6
Minör Depresyon	1069	24.7
Organik Hastalığa Bağlı Gelişen Depresyon	31	0.7
Panik Bozukluğu	56	1.3
Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete	122	2.8
Yaygın Anksiyete	101	2.3
Organik Hastalığa Bağlı Gelişen Anksiyete	31	0.7
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	144	3.3
Multisomatoform Bozukluk	66	1.5
Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk	355	8.2
Kronik Ağrı	64	1.5
Hipokondriyazis	9	0.2

#### 4.3.1. Toplam Hasta Sayısı İle Saptanan Tanıların Değerlendirilmesi

Prime MD ölçeğine göre sorulan sorulara göre alınan cevaplarda hastaların tanıları ilgili alana işaretlenmekte olup birden fazla tanı alan hastalar bulundu. 2 tanı alan %27.2, 3 tanı alan %11.2 hasta belirlendi. Birden fazla tanı almış olan hastaların sayıları Tablo 4.6'da gösterildi.

**Tablo 4.6.** Toplam Hasta Sayısı İle Alınan Tanıların Değerlendirilmesi

Tanı Sayısı	Hasta Sayısı	Oran (%)
Tanı almamış	2417	55.9
1 tanı almış	1175	27.2
2 tanı almış	484	11.2
3 tanı almış	147	3.4
4 tanı almış	75	1.7
5 tanı almış	20	0.5
6 tanı almış	1	0.0
7 tanı almış	1	0.0
Toplam	4320	100.0

#### 4.4. PRIME MD Ölçeğine Göre Belirlenen Tanıların Cinsiyete Göre

##### Değerlendirmesi

Prime MD ölçeği ile belirlenen her tanı için cinsiyete göre değerlendirme yapıldı, 2\*2 ki kare testleri uygulanarak farklar gösterildi.

##### 4.4.1. Majör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyon hastalarının %70.7'si kadın, %29.3'ü erkek olarak saptandı. Cinsiyetin majör depresyon için anlamlı düzeyde farklı olduğu bulundu ( $p < 0.001$ ). Kadın cinsiyette majör depresyonun erkek cinsiyete göre 2.25 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.444, CI:0.364-0.541). Majör depresyonun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.7'de gösterildi.

**Tablo 4.7.** Majör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Majör Depresyon		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	1961 (%51.7)	374 (%70.7)	2335 (%54.1)	67.275 <0.001
	Erkek	1830 (%48.3)	155 (%29.3)	1985 (%45.9)	
Toplam		3791 (%100.0)	529 (%100.0)	4320 (%100.0)	

\* Pearson Ki-Kare Testi

##### 4.4.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı hastalarının %61.1'i kadın, %38.9'u erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin majör depresyonun remisyonu ya da relapsı için anlamlı düzeyde farklı olmadığı görüldü ( $p=0.052$ ). Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsının cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.8'de gösterildi.

**Tablo 4.8.** Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2225 (%53.7)	110 (%61.1)	2335 (%54.1)	3.770
	Erkek	1915 (%46.3)	70 (%38.9)	1985 (%45.9)	
Toplam		4140 (%100.0)	180 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.052

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.3. Distiminin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Distimi hastalarının %68.7'si kadın, %31.3'ü erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin distimi için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p < 0.001$ ). Kadın cinsiyette distiminin erkek cinsiyete göre 1.93 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.516, CI:0.390-0.683). Distiminin cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.9'da verildi.

**Tablo 4.9.** Distiminin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Distimi		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2170 (%53.2)	165 (%68.7)	2335 (%54.1)	22.107
	Erkek	1910 (%46.8)	75 (%31.3)	1985 (%45.9)	
Toplam		4080 (%100.0)	240 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.4. Minör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Minör depresyon hastalarının %61.1'i kadın, %38.9'u erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin minör depresyon için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p < 0.001$ ). Kadın cinsiyette minör depresyonun erkek cinsiyete göre 1.46 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.683, CI:0.593-0.786). Minör depresyonun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.10'da gösterildi.

**Tablo 4.10.** Minör Depresyonun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Minör Depresyon		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	1682 (%51.7)	653 (%61.1)	2335 (%54.1)	28.300
	Erkek	1569 (%48.3)	416 (%38.9)	1985 (%45.9)	
Toplam		3251 (%100.0)	1069 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Depresif Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu hastalarının %64.5'i kadın, %35.5'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu için anlamlı farkı olmadığı görüldü ( $p=0.321$ ). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.11'de verildi.

**Tablo 4.11.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı

##### Depresif Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		OHTKİ Depresif Bozukluk		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2315 (%54.0)	20 (%64.5)	2335 (%54.1)	0.985
	Erkek	1974 (%46.0)	11 (%35.5)	1985 (%45.9)	
Toplam		4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.321

\*Yate's Ki-Kare Testi

#### 4.4.6. Panik Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Panik bozukluğu hastalarının %75'i kadın, %25'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin panik bozukluğun için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p=0.002$ ). Kadın cinsiyette panik bozukluğunun erkek cinsiyete göre 2.57 kat daha

fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.388, CI:0.211-0.712). Panik bozukluğunun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.12’de gösterildi.

**Tablo 4.12.** Panik Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Panik Bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2293 (%53.8)	42 (%75.0)	2335 (%54.1)	10.025
	Erkek	1971 (%46.2)	14 (%25.0)	1985 (%45.9)	
Toplam		4264 (%100.0)	56 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.002

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu hastalarının %67.2’si kadın, %32.8’i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü (p=0.003). Kadın cinsiyette başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu erkek cinsiyete göre 1.76 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.565, CI:0.385-0.829). Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.13’te gösterildi.

**Tablo 4.13.** Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		BTA Anksiyete Bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2253 (%53.7)	82 (%67.2)	2335 (%54.1)	8.757
	Erkek	1945 (%46.3)	40 (%32.8)	1985 (%45.9)	
Toplam		4198 (%100.0)	122 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.003

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %75.2'si kadın, %24.8'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin yaygın anksiyete bozukluğu için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p<0.001$ ). Kadın cinsiyette yaygın anksiyete bozukluğu erkek cinsiyete göre 2.63 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.379, CI:0.240-0.598). Yaygın anksiyete bozukluğunun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.14'te gösterildi.

**Tablo 4.14.** Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Yaygın Anksiyete Bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2259 (%53.5)	76 (%75.2)	2335 (%54.1)	18.709
	Erkek	1960 (%46.5)	25 (%24.8)	1985 (%45.9)	
Toplam		4198 (%100.0)	101 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu hastalarının %74.2'si kadın, %25.8'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu için anlamlı farka neden olduğu görüldü ( $p=0.038$ ). Kadın cinsiyette Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu için erkek cinsiyete göre 2.45 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.407, CI:0.182-0.911). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğunun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.15'te gösterildi.

**Tablo 4.15.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		OHTKİ Anksiyete Bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2312 (%53.9)	23 (%74.2)	2335 (%54.1)	4.317
	Erkek	1977 (%46.1)	8 (%25.8)	1985 (%45.9)	
Toplam		4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.038

\*Yate's Ki-Kare Testi

#### 4.4.10. Olası Alkol Kötüye Kullanımının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Olası alkol kötüye kullanımını hastalarının %24.3'ü kadın, %75.7'si erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin olası alkol kötüye kullanımı için anlamlı farka neden olduğu görüldü ( $p < 0.001$ ). Erkek cinsiyette olası alkol kötüye kullanımı için kadın cinsiyete göre 3.82 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:3.818, CI:2.596-5.615). Olası alkol kötüye kullanımının cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.16'da gösterildi.

**Tablo 4.16.** Olası Alkol Kötüye Kullanımının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Olası Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2300 (%55.1)	35 (%24.3)	2335 (%54.1)	53.069
	Erkek	1876 (%44.9)	109 (%75.7)	1985 (%45.9)	
Toplam		4176 (%100.0)	144 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.11. Multisomatofom Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Multisomatofom bozukluğu hastalarının %74.2'si kadın, %25.8'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin multisomatofom bozukluğu için anlamlı farka neden olduğu görüldü ( $p = 0.001$ ). Kadın cinsiyet için multisomatofom bozukluğu

erkek cinsiyete göre 2.48 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.403, CI:0.231-0.702). Multisomatoform bozukluğun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.17’de gösterildi.

**Tablo 4.17.** Multisomatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Multisomatoform Bozukluk		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2286 (%53.7)	49 (%74.2)	2335 (%54.1)	11.002
	Erkek	1968 (%46.3)	17 (%25.8)	1985 (%45.9)	
Toplam		4254 (%100.0)	66 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.001

\*Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu hastalarının %71’i kadın, %29’u erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu için anlamlı farka neden olduğu görüldü ( $p < 0.001$ ). Kadın cinsiyet için Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu erkek cinsiyete göre 2.21 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.452, CI:0.357-0.574). Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.18’de gösterildi.

**Tablo 4.18.** Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		BTA Somatoform Bozukluk		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2083 (%52.5)	252 (%71.0)	2335 (%54.1)	44.664
	Erkek	1882 (%47.5)	103 (%29.0)	1985 (%45.9)	
Toplam		3965 (%100.0)	355 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Kronik ağrı bozukluğu hastalarının %75.2'si kadın, %24.8'i erkek olarak saptanmış olup cinsiyetin kronik ağrı bozukluğu için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p=0.009$ ). Kadın cinsiyette kronik ağrı bozukluğu erkek cinsiyete göre 2.03 kat daha fazla görülme olasılığı saptandı (OR:0.492, CI:0.287-0.844). Kronik ağrı bozukluğunun cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.19'da gösterildi.

**Tablo 4.19.** Kronik Ağrı Bozukluğunun Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Kronik ağrı bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2290 (%53.8)	45 (%70.3)	2335 (%54.1)	6.917 0.009
	Erkek	1966 (%46.2)	19 (%29.7)	1985 (%45.9)	
Toplam		4256 (%100.0)	64 (%100.0)	4320 (%100.0)	

\* Pearson Ki-Kare Testi

#### 4.4.14. Hipokondriyazisin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Hipokondriyazis hastalarının %88.9'u kadın, %11.1'i erkek saptanmış olup cinsiyetin hipokondriyazis için anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ( $p=0.044$ ). Hipokondriyazisin cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 4.20'de gösterildi.

**Tablo 4.20.** Hipokondriyazisin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

		Hipokondriyazis		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Cinsiyet	Kadın	2327 (%54.0)	8 (%88.9)	2335 (%54.1)	-
	Erkek	1984 (%46.0)	1 (%11.1)	1985 (%45.9)	
Toplam		4311 (%100.0)	9 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.044

\* Fisher Exact Sign.

#### 4.4.15. Hastalıkların Cinsiyete Göre Farklılıklarının İstatistiksel

##### Anlamlılık Durumları

Hastalıkların cinsiyetlere göre değerlendirmeleri sonucunda duygudurum modülünde, anksiyete modülünde ve somatoform modülde kadınlarda erkeklerden daha fazla psikiyatrik hastalık saptandı. Tablo 4.21’de belirlenen tanıların cinsiyete göre ilişkisi, istatistiksel olarak farklılık dereceleri gösterildi.

**Tablo 4.21.** Prime MD’ye Göre Belirlenen Tanıların Cinsiyete Göre İstatistiksel Değerlendirmesi

	Cinsiyet		p
	Kadın (Oran)	Erkek (Oran)	
Majör Depresyon	374 (%70.7)	155 (%29.3)	< 0.001*
MDKRYR	110 (%61.1)	70 (%38.9)	0.052 *
Distimi	165 (%68.7)	75 (%31.3)	< 0.001 *
Minör Depresyon	653 (%61.1)	416 (%38.9)	< 0.001 *
OHTKİ Depresyon	20 (%64.5)	11 (%35.5)	0.321 <sup>Δ</sup>
Panik Bozukluğu	42 (%75.0)	14 (%25.0)	0.002 *
BTA Anksiyete	82 (%67.2)	40 (%32.8)	0.003 *
Yaygın Anksiyete	76 (%75.2)	25 (%24.8)	< 0.001 *
OHTKİ Anksiyete	23 (%74.2)	8 (%25.8)	0.038 <sup>Δ</sup>
Alkol Kötüye Kullanımı	35 (%24.3)	109 (%75.7)	< 0.001 *
Multisomatoform	49 (%74.2)	17 (%25.8)	0.001 *
BTA Somatoform	252 (%71.0)	103 (%29.0)	< 0.001 *
Kronik Ağrı	45 (%70.3)	19 (%29.7)	0.009 *
Hipokondriyazis	8 (%88.9)	1 (%11.1)	0.044 <sup>•</sup>

\* Pearson Ki-Kare

<sup>Δ</sup> Yate’s Ki-Kare

<sup>•</sup> Fisher Exact Sign.

#### 4.5. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Ek Hastalıklara Göre Değerlendirmesi

Prime MD ölçeği ile koyulan tanıların değerlendirilmesi sonrasında her hastalık için ek hastalık olup olmasına göre değerlendirmeler 2x2 Kikare testine göre, ek hastalığı olanların karşılaştırması ise RxC kikare testine göre yapıldı.

##### 4.5.1. Majör Depresyonun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyon hastalarının %25'inde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 545'inde majör depresyon görülmezken, 132'sinde majör depresyon gözlemlendi. Ek hastalıkla majör depresyon arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması majör depresyon ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p < 0.001$ ). Ek hastalığı olan hastalarda majör depresyon görülme olasılığı 1.98 kat fazla saptandı (OR:1.98 , CI:1.594-2.460). Tablo 4.22'de majör depresyonun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.22.** Majör Depresyonun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Majör Depresyon		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3246 (%85.6)	397 (%75.0)	3643 (%84.3)	39.295
	Var	545 (%14.4)	132 (%25.0)	677 (%15.7)	
Toplam		3791 (%100.0)	529 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Pearson Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre majör depresyon için anlamlı fark gözlenmedi. KOAH hastalarında %25.0 ile en fazla gözlenirken, Malignitesi bulunan hastalar için oran %11.1 olarak görüldü ( $p:0.979$ ). Majör depresyonun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.23'te gösterildi.

**Tablo 4.23.** Majör Depresyonun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Majör Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	82 (%15.0)	19 (%14.4)	101 (%14.9)	0.979
	HT	81 (%14.9)	21 (%15.9)	102 (%15.1)	
	KOAH	9 (%1.7)	3 (%2.3)	12 (%1.8)	
	KAH	11 (%2.0)	3 (%2.3)	14 (%2.1)	
	Malignite	8 (%1.5)	1 (%0.8)	9 (%1.3)	
	Diğer	354 (%65.0)	85 (%64.4)	439 (%64.8)	
	Toplam	545 (%100.0)	132 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı hastalarının %15.6'sında ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olanların 649'unda Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı görülmezken, 28'inde Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı gözlemlendi. Ek hastalıkla Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı ile anlamlı derecede ilişkili olmadığı saptandı ( $p=0.965$ ). Tablo 4.24'te Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsının ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.24.** Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu Ya Da Relapsının Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		MDKRYR		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3491 (%84.3)	152 (%84.4)	3643 (%84.3)	0.002
	Var	649 (%15.7)	28 (%15.6)	677 (%15.7)	
Toplam		4140 (%100.0)	180 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.965

\*Pearson Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.585$ ). DM hastalarında %17.9 ile en fazla gözlenirken, Malignite, KAH,KOAH hastalarında gözlenmedi. Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsının ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.25'te yapıldı.

**Tablo 4.25.** Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		MDKRYR		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	96 (%14.8)	5 (%17.9)	101 (%14.9)	0.585
	HT	100 (%15.4)	2 (%7.1)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%1.8)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	14 (%2.2)	0 (%0.0)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	418 (%64.4)	21 (%75.0)	439 (%64.8)	
	Toplam	649 (%100.0)	28 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.3. Distiminin Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Distimi hastalarının %25'inde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 545'inde distimi görülmezken, 132'sinde distimi gözlemlendi. Ek hastalıkla distimi arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması distimi ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p<0.001$ ). Ek hastalığı olan hastalarda distimi görülme olasılığı 2.2 kat fazla saptandı (OR:2.203 , CI:1.640-2.959). Tablo 4.26'da distiminin ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.26.** Distiminin Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Distimi		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
<b>Ek Hastalık</b>	<b>Yok</b>	3470 (%85.0)	173 (%72.1)	3643 (%84.3)	28.834
	<b>Var</b>	610 (%15.0)	67 (%27.9)	677 (%15.7)	
<b>Toplam</b>		4080 (%100.0)	240 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Pearson Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre distimi için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.232$ ). KAH hastalarında %21.4 ile en fazla gözlenirken, malignitesi bulunan hastalarda distimi görülmedi. Distiminin ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.27’de yapıldı.

**Tablo 4.27.** Distiminin Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Distimi		Toplam	p
		Yok	Var		
<b>Ek Hastalık</b>	<b>DM</b>	87 (%14.3)	14 (%20.9)	101 (%14.9)	0.232
	<b>HT</b>	95 (%15.6)	7 (%10.4)	102 (%15.1)	
	<b>KOAH</b>	10 (%1.6)	2 (%3.0)	12 (%1.8)	
	<b>KAH</b>	11 (%1.8)	3 (%4.5)	14 (%2.1)	
	<b>Malignite</b>	9 (%1.5)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	<b>Diğer</b>	398 (%65.2)	41 (%61.2)	439 (%64.8)	
	<b>Toplam</b>	610 (%100.0)	67 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.4. Minör Depresyonun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Minör depresyon hastalarının %18.1’inde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 483’ünde Minör depresyon görülmezken, 194’ünde minör depresyon gözlemlendi. Ek hastalıkla Minör depresyon arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Minör depresyon ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p=0.01$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Minör depresyon görülme olasılığı 1.27 kat fazla saptandı (OR:1.271 , CI:1.058-1.526). Tablo 4.28’de minör depresyonun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.28.** Minör Depresyonun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Minör depresyon		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	2768 (%85.1)	875 (%81.9)	3643 (%84.3)	6.592
	Var	483 (%14.9)	194 (%18.1)	677 (%15.7)	
Toplam		3251 (%100.0)	1069 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.01

\*Pearson Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Minör depresyon için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.776$ ). Malignite hastalarında %33.3 ile en fazla gözlenirken, KOAH bulunan hastalarda Minör depresyon %16.7 oranında görüldü. Minör depresyonun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.29'da yapıldı.

**Tablo 4.29.** Minör Depresyonun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Minör depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	74 (%15.3)	27 (%13.9)	101 (%14.9)	0.776
	HT	76 (%15.7)	26 (%13.4)	102 (%15.1)	
	KOAH	10 (%2.1)	2 (%1.0)	12 (%1.8)	
	KAH	11 (%2.3)	3 (%1.5)	14 (%2.1)	
	Malignite	6 (%1.2)	3 (%1.5)	9 (%1.3)	
	Diğer	306 (%63.4)	133 (%68.6)	439 (%64.8)	
	Toplam	483 (%100.0)	194 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu hastalarının %32.3'ünde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 667'sinde Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu görülmezken, 10'unda Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Organik hastalığa, tedavide

kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğun arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p=0.021$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğunun görülme olasılığı 2.58 kat fazla saptandı (OR:2.586 , CI:1.212-5.516). Tablo 4.30'da Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.30.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		OHTKİ Depresif Bozukluk		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
<b>Ek Hastalık</b>	<b>Yok</b>	3622 (%84.4)	21 (%67.7)	3643 (%84.3)	-
	<b>Var</b>	667 (%15.6)	10 (%32.3)	677 (%15.7)	
<b>Toplam</b>		4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.021

\*Fisher Exact Sign.

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.773$ ). HT %2.9 ile en fazla gözlenirken, KOAH, KAH, Malignite bulunan hastalarda Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğu görülmedi. Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluğun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.31'de yapıldı.

**Tablo 4.31.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluğun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		OHTKİ Depresif Bozukluk		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	100 (%15.3)	1 (%10.0)	101 (%14.9)	0.773
	HT	99 (%15.7)	3 (%30.0)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%2.1)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	14 (%2.3)	0 (%0.0)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.2)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	433 (%63.4)	6 (%60.0)	439 (%64.8)	
	<b>Toplam</b>	667 (%100.0)	10 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.6. Panik Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Panik bozukluğu hastalarının %39.3'ünde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 655'inde Panik bozukluğu görülmezken, 22'sinde Panik bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Panik bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Panik bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p<0.001$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Panik bozukluğu görülme olasılığı 3.56 kat fazla saptandı (OR:3.565 , CI:2.072-6.135). Tablo 4.32'de Panik bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.32.** Panik Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Panik bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3609 (%84.6)	34 (%60.7)	3643 (%84.3)	22.164
	Var	655 (%15.4)	22 (%39.3)	677 (%15.7)	
<b>Toplam</b>		4264 (%100.0)	56 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Yate's' Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Panik bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.338$ ). KOAH hastalarında %8.3 ile en

fazla gözlenirken, KAH ve malignite bulunan hastalarda Panik bozukluğu görülmedi. Panik bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.23'te yapıldı.

**Tablo 4.33.** Panik Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Panik bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	<b>DM</b>	95 (%14.5)	6 (%27.3)	101 (%14.9)	0.338
	<b>HT</b>	98 (%15.0)	4 (%18.2)	102 (%15.1)	
	<b>KOAH</b>	11 (%1.7)	1 (%4.5)	12 (%1.8)	
	<b>KAH</b>	14 (%2.1)	0 (%0.0)	14 (%2.1)	
	<b>Malignite</b>	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	<b>Diğer</b>	428 (%65.3)	11 (%50.0)	439 (%64.8)	
	<b>Toplam</b>	655 (%100.0)	22 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu hastalarının %34.6'sında ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 647'sinde Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu görülmezken, 30'unda Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p=0.009$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu görülme olasılığı 1.79 kat fazla saptandı (OR:1.790 , CI:1.175-2.725). Tablo 4.34'te Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.34.** Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		BTA Anksiyete bozukluğu		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3551 (%84.6)	92 (%75.4)	3643 (%84.3)	6.878
	Var	647 (%15.4)	30 (%24.6)	677 (%15.7)	
Toplam		4198 (%100.0)	122 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.009

\*Yate's' Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.385$ ). KAH hastalarında %14.3 ile en fazla gözlenirken, KOAH ve malignite bulunan hastalarda Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu görülmedi. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.35'te yapıldı.

**Tablo 4.35.** Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		BTA Anksiyete bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	97 (%15.0)	4 (%13.3)	101 (%14.9)	0.385
	HT	99 (%15.3)	3 (%10.0)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%1.9)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	12 (%1.9)	2 (%6.7)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	418 (%64.6)	21 (%70.0)	439 (%64.8)	
	Toplam	647 (%100.0)	30 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %39.3'ünde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 648'inde Yaygın anksiyete bozukluğu görülmezken, 29'unda Yaygın anksiyete bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Yaygın anksiyete bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Yaygın anksiyete bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p < 0.001$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Yaygın anksiyete bozukluğu görülme olasılığı 2.22 kat fazla saptandı (OR:2.220 , CI:1.431-3.443). Tablo 4.36'da Yaygın anksiyete bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.36.** Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Yaygın Anksiyete		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3571 (%84.6)	72 (%71.3)	3643 (%84.3)	12.319
	Var	648 (%15.4)	29 (%28.7)	677 (%15.7)	
Toplam		4219 (%100.0)	101 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\*Yate's Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Yaygın anksiyete bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.232$ ). KAH hastalarında %7.1 ile en fazla gözlenirken, malignite bulunan hastalarda Yaygın anksiyete bozukluğu görülmedi. Yaygın anksiyete bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.37'de yapıldı.

**Tablo 4.37.** Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Yaygın Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	94 (% 14.5)	7 (%24.1)	101 (% 14.9)	0.232
	HT	95 (% 14.7)	7 (%24.1)	102 (% 15.1)	
	KOAH	11 (%1.7)	1 (%3.4)	12 (% 1.8)	
	KAH	13 (%2.0)	1 (%3.4)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (% 1.4)	0 (%0.0)	9 (% 1.3)	
	Diğer	426 (%65.7)	13 (%44.8)	439 (%64.8)	
	Toplam	648 (% 100.0)	29 (% 100.0)	677 (% 100.0)	

#### 4.5.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu hastalarının %41.9'unda ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 664'ünde Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu görülmezken, 13'ünde Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu gözlendi. Ek hastalıkla Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p<0.001$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu görülme olasılığı 3.94 kat fazla saptandı (OR:3.943 , CI:1.923-8.085). Tablo 4.38'de Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.38.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		OHTKİ Anksiyete		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
<b>Ek Hastalık</b>	<b>Yok</b>	3625 (%84.5)	18 (%58.1)	3643 (%84.3)	-
	<b>Var</b>	664 (%15.5)	13 (%41.9)	677 (%15.7)	
<b>Toplam</b>		4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	<0.001

\* Fisher Exact Sign.

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.547$ ). KAH hastalarında %7.1 ile en fazla gözlenirken, KOAH ve malignite bulunan hastalarda Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu görülmedi. Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.39'da yapıldı.

**Tablo 4.39.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		OHTKİ Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
<b>Ek Hastalık</b>	<b>DM</b>	98 (%14.8)	3 (%23.1)	101 (%14.9)	0.547
	<b>HT</b>	101 (%15.2)	1 (%7.7)	102 (%15.1)	
	<b>KOAH</b>	12 (%1.8)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	<b>KAH</b>	13 (%2.0)	1 (%7.7)	14 (%2.1)	
	<b>Malignite</b>	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	<b>Diğer</b>	431 (%64.9)	8 (%61.5)	439 (%64.8)	
	<b>Toplam</b>	664 (%100.0)	13 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.10.Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Olası alkol kötüye kullanımı hastalarının %18.1'inde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 651'inde Olası alkol kötüye kullanımı görülmezken, 26'sında Olası alkol kötüye kullanımı gözlemlendi. Ek hastalıkla Olası alkol kötüye kullanımı arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Olası alkol kötüye kullanımı ile anlamlı derecede ilişkili olmadığı saptandı (p=0.494). Tablo 4.40'ta Olası alkol kötüye kullanımının ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.40.** Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3525 (%84.4)	118 (%81.9)	3643 (%84.3)	0.468
	Var	651 (%15.6)	26 (%18.1)	677 (%15.7)	
Toplam		4176 (%100.0)	144 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.494

\*Yate's' Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Olası alkol kötüye kullanımı için anlamlı fark gözlenmedi (p=0.101). KAH hastalarında %14.3 ile en fazla gözlenirken, KOAH, DM, malignite bulunan hastalarda Olası alkol kötüye kullanımı görülmedi. Olası alkol kötüye kullanımının ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.41'de yapıldı.

**Tablo 4.41.** Olası Alkol Kötüye Kullanımının Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	101 (%15.5)	0 (%0.0)	101 (%14.9)	0.101
	HT	97 (%14.9)	5 (%19.2)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%1.8)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	12 (%1.8)	2 (%7.7)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	420 (%64.5)	19 (%73.1)	439 (%64.8)	
	Toplam	651 (%100.0)	26 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.11. Multisomatoform Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Multisomatoform bozukluğu hastalarının %30.3'ünde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 657'sinde Multisomatoform bozukluğu görülmezken, 20'sinde Multisomatoform bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Multisomatoform bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Multisomatoform bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p=0.002$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Multisomatoform bozukluğu görülme olasılığı 2.38 kat fazla saptandı (OR:2.380 , CI:1.399-4.050). Tablo 4.42'de Multisomatoform bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.42.** Multisomatoform Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Multisomatoform		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3597 (%84.6)	46 (%69.7)	3643 (%84.3)	9.763
	Var	657 (%15.4)	20 (%30.3)	677 (%15.7)	
Toplam		4254 (%100.0)	66 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.002

\*Yate's' Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Multisomatoform bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.714$ ). KOAH hastalarında %8.3 ile en fazla gözlenirken, malignite bulunan hastalarda Multisomatoform bozukluğu görülmedi. Multisomatoform bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.43'te yapıldı.

**Tablo 4.43.** Multisomatoform Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

	Multisomatoform		Toplam	p	
	Yok	Var			
Ek Hastalık	DM	98 (%14.9)	3 (%15.0)	101 (%14.9)	0.714
	HT	100 (%15.2)	2 (%10.0)	102 (%15.1)	
	KOAH	11 (%1.7)	1 (%5.0)	12 (%1.8)	
	KAH	13 (%2.0)	1 (%5.0)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.4)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	426 (%64.8)	13 (%65.0)	439 (%64.8)	
	Toplam	657 (%100.0)	20 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğun Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu hastalarının %18'inde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 613'ünde Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu görülmezken, 64'ünde Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili olmadığı saptandı ( $p=0.202$ ). Tablo 4.44'te Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.44.** Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		BTA Somatoform		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3352 (%84.5)	291 (%82.0)	3643 (%84.3)	1.626
	Var	613 (%15.5)	64 (%18.0)	677 (%15.7)	
Toplam		3965 (%100.0)	355 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.202

\*Pearson Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.606$ ). Malignite hastalarında %22.2 ile en fazla gözlenirken, KOAH bulunan hastalarda Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu görülmedi. Tablo Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi 4.45'te yapıldı.

**Tablo 4.45.** Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		BTA Somatoform		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	90 (%14.7)	11 (%17.2)	101 (%14.9)	0.606
	HT	94 (%15.3)	8 (%12.5)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%2.0)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	13 (%2.1)	1 (%1.6)	14 (%2.1)	
	Malignite	7 (%1.1)	2 (%3.1)	9 (%1.3)	
	Diğer	397 (%64.8)	42 (%65.6)	439 (%64.8)	
	Toplam	613 (%100.0)	64 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.5.13 Kronik ağrı bozukluğunun ek hastalığa göre değerlendirilmesi

Kronik ağrı bozukluğu hastalarının %29.7'sinde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 658'inde Kronik ağrı bozukluğu görülmezken, 19'unda Kronik ağrı bozukluğu gözlemlendi. Ek hastalıkla Kronik ağrı bozukluğu arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Kronik ağrı bozukluğu ile anlamlı derecede ilişkili bulundu ( $p=0.003$ ). Ek hastalığı olan hastalarda Kronik ağrı bozukluğu görülme olasılığı 2.31 kat fazla saptandı (OR:2.309 , CI:1.342-3.972). Tablo 4.46'da Kronik ağrı bozukluğunun ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.46.** Kronik Ağrı Bozukluğunun Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Kronik Ağrı		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3598 (%84.5)	45 (%70.3)	3643 (%84.3)	8.610
	Var	658 (%15.5)	19 (%29.7)	677 (%15.7)	
Toplam		4256 (%100.0)	64 (%100.0)	4320 (%100.0)	0.003

\*Yate's Ki-Kare Testi

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde ise birbirlerine göre Kronik ağrı bozukluğu için anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.140$ ). KAH hastalarında %14.3 ile en fazla gözlenirken, KOAH ve malignite bulunan hastalarda Kronik ağrı bozukluğu görülmedi. Kronik ağrı bozukluğunun ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.47'de yapıldı.

**Tablo 4.47.** Kronik Ağrı Bozukluğunun Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Kronik Ağrı		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	97 (% 14.7)	4 (% 21.1)	101 (% 14.9)	0.140
	HT	99 (% 15.0)	3 (% 15.8)	102 (% 15.1)	
	KOAH	12 (% 1.8)	0 (% 0.0)	12 (% 1.8)	
	KAH	12 (% 1.8)	2 (% 10.5)	14 (% 2.1)	
	Malignite	9 (% 1.4)	0 (% 0.0)	9 (% 1.3)	
	Diğer	429 (% 65.2)	10 (% 52.6)	439 (% 64.8)	
	Toplam	658 (% 100.0)	19 (% 100.0)	677 (% 100.0)	

#### 4.5.14. Hipokondriyazisin Ek Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Hipokondriyazis hastalarının %33.3'ünde ek hastalık saptandı. Ek hastalığı olan hastaların 674'ünde Hipokondriyazis görülmezken, 3'ünde Hipokondriyazis gözlemlendi. Ek hastalıkla Hipokondriyazis arasındaki bağlantıyı değerlendirdiğimizde ek hastalığın olması Hipokondriyazis ile anlamlı derecede ilişkili olmadığı saptandı (p=0.155). Tablo 4.48'de Hipokondriyazis ek hastalık varlığı ile ilişkisi gösterildi.

**Tablo 4.48.** Hipokondriyazis Ek Hastalık Varlığı İle İlişkisi

		Hipokondriyazis		Toplam	$\chi^2$ p*
		Yok	Var		
Ek Hastalık	Yok	3637 (% 84.4)	6 (% 66.7)	3643 (% 84.3)	-
	Var	674 (% 15.6)	3 (% 33.3)	677 (% 15.7)	
Toplam		4311 (% 100.0)	9 (% 100.0)	4320 (% 100.0)	0.155

\*Fisher Exact Sign.

Ek hastalıklar kendi arasında değerlendirildiğinde birbirlerine göre Hipokondriyazis için anlamlı fark gözlenmedi (p=0.621). Hipokondriyazisin ek hastalıklara göre değerlendirilmesi Tablo 4.49'da yapıldı.

**Tablo 4.49.** Hipokondriyazisin Ek Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Hipokondriyazis		Toplam	p
		Yok	Var		
Ek Hastalık	DM	101 (%15.0)	0 (%0.0)	101 (%14.9)	0.621
	HT	102 (%15.1)	0 (%0.0)	102 (%15.1)	
	KOAH	12 (%1.8)	0 (%0.0)	12 (%1.8)	
	KAH	14 (%2.1)	0 (%0.0)	14 (%2.1)	
	Malignite	9 (%1.3)	0 (%0.0)	9 (%1.3)	
	Diğer	436 (%64.7)	3 (%100.0)	439 (%64.8)	
	Toplam	674 (%100.0)	3 (%100.0)	677 (%100.0)	

#### 4.6. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Medeni Duruma Göre

##### Değerlendirmesi

Prime MD ölçeğine göre koyulan tanıların medeni duruma göre değerlendirilmesi RxC kıkare testine göre yapılarak oranları verilmiştir.

##### 4.6.1. Majör Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyon toplam hasta grubunun %12.2'sinde görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise boşanmış hasta grubunda majör depresyon %36.7 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun majör depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.003$ ). Majör depresyon ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.50'de gösterildi.

**Tablo 4.50.** Majör Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi

		Majör Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	8 (%0.2)	1 (%0.2)	9 (%0.2)	0.003
	Bekar	2073 (%54.7)	300 (%56.7)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	19 (%0.5)	11 (%2.1)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	37 (%1.0)	7 (%1.3)	44 (%1.0)	
	Evli	1654 (%43.6)	210 (%39.7)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	<b>3791 (%100.0)</b>	<b>529 (%100.0)</b>	<b>4320 (%100.0)</b>	

#### 4.6.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı toplam hasta grubunun %4.2'sinde görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise boşanmış hasta grubunda Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsının oranı %6.7 olarak gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsının varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.041$ ). Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.51'de gösterildi.

**Tablo 4.51.** Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsı İle Medeni Durum İlişkisi

		MDKRYR		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.041
	Bekar	2254 (%54.4)	119 (%66.1)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	28 (%0.7)	2 (%1.1)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	42 (%1.0)	2 (%1.1)	44 (%1.0)	
	Evli	1807 (%43.6)	57 (%31.7)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	<b>4140 (%100.0)</b>	<b>180 (%100.0)</b>	<b>4320 (%100.0)</b>	

#### 4.6.3. Distiminin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Distimi toplam hasta grubunun %5.6'sında görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise boşanmış hasta grubunda Distimi oranı %30 olarak gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Distimi varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p<0.001$ ). Distimi ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.52'de gösterildi.

**Tablo 4.52.** Distimi İle Medeni Durum İlişkisi

		Distimi		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	<0.001
	Bekar	2252 (%55.2)	121 (%50.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	21 (%0.5)	9 (%3.8)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	40 (%1.0)	4 (%1.7)	44 (%1.0)	
	Evli	1758 (%43.1)	106 (%44.2)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	4080 (%100.0)	240 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.4. Minör Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Minör depresyon toplam hasta grubunun %24.7'sinde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Minör depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.721$ ). Minör depresyon ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.53'te gösterildi.

**Tablo 4.53.** Minör Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi

		Minör depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	8 (%0.2)	1 (%0.1)	9 (%0.2)	0.721
	Bekar	1770 (%54.4)	603 (%56.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	23 (%0.7)	7 (%0.7)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	33 (%1.0)	11 (%1.0)	44 (%1.0)	
	Evli	1417 (%43.6)	447 (%41.8)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	<b>3251 (%100.0)</b>	<b>1069 (%100.0)</b>	<b>4320 (%100.0)</b>	

#### 4.6.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Depresyonun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresyon toplam hasta grubunun %0.7'sinde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.093$ ). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresyon ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.54'te gösterildi.

**Tablo 4.54.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı

##### Depresyon İle Medeni Durum İlişkisi

		OHTKİ Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.093
	Bekar	2365 (%55.1)	8 (%25.8)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	30 (%0.7)	0 (%0.0)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	43 (%1.0)	1 (%3.2)	44 (%1.0)	
	Evli	1842 (%42.9)	22 (%71.0)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	<b>4289 (%100.0)</b>	<b>31 (%100.0)</b>	<b>4320 (%100.0)</b>	

#### 4.6.6. Panik Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Panik bozukluğu toplam hasta grubunun %1.3'ünde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Panik bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.194$ ). Panik bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.55'te gösterildi.

**Tablo 4.55.** Panik Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		Panik Bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.194
	Bekar	2349 (%55.1)	24 (%42.9)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	29 (%0.7)	1 (%1.8)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	42 (%1.0)	2 (%3.6)	44 (%1.0)	
	Evli	1835 (%43.0)	29 (%51.8)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	4264 (%100.0)	56 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu toplam hasta grubunun %2.8'inde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.261$ ). Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.56'da gösterildi.

**Tablo 4.56.** Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		BTA Anksiyete Bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.261
	Bekar	2314 (%55.1)	59 (%48.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	29 (%0.7)	1 (%0.8)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	41 (%1.0)	3 (%2.5)	44 (%1.0)	
	Evli	1805 (%43.0)	59 (%48.4)	1864 (%43.1)	
	Toplam	4198 (%100.0)	122 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.8 Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Yaygın anksiyete bozukluğu toplam hasta grubunun %2.3'ünde görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise boşanmış hasta grubunda Yaygın anksiyete bozukluğu oranı %10 olarak gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Yaygın anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.037$ ). Yaygın anksiyete bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.57'de gösterildi.

**Tablo 4.57.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		Yaygın Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.037
	Bekar	2322 (%55.0)	51 (%50.5)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	27 (%0.6)	3 (%3.0)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	41 (%1.0)	3 (%3.0)	44 (%1.0)	
	Evli	1820 (%43.1)	44 (%43.6)	1864 (%43.1)	
	Toplam	4219 (%100.0)	101 (%100.0)	4320 (%100.0)	

**4.6.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi**

Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu toplam hasta grubunun %0.7'sinde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.705$ ). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.58'de gösterildi.

**Tablo 4.58.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Anksiyete Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		OHTKİ Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.705
	Bekar	2358 (%55.0)	15 (%48.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	30 (%0.7)	0 (%0.0)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	44 (%1.0)	0 (%0.0)	44 (%1.0)	
	Evli	1848 (%43.1)	16 (%51.6)	1864 (%43.1)	
	Toplam	4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	

**4.6.10. Alkol Kötüye Kullanımının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi**

Alkol kötüye kullanımı toplam hasta grubunun %3.3'ünde görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise bekar hasta grubunda Alkol kötüye kullanımının oranı %4.3 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Alkol kötüye kullanımının varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.009$ ). Alkol kötüye kullanımının medeni durum ilişkisi Tablo 4.59'da gösterildi.

**Tablo 4.59.** Alkol Kötüye Kullanımının Medeni Durum İlişkisi

		Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.009
	Bekar	2270 (%54.4)	103 (%71.5)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	29 (%0.7)	1 (%0.7)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	43 (%1.0)	1 (%0.7)	44 (%1.0)	
	Evli	1825 (%43.7)	39 (%27.1)	1864 (%43.1)	
	Toplam	4176 (%100.0)	144 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.11. Multisomatoform Bozukluğun Medeni Duruma Göre

##### Değerlendirilmesi

Multisomatoform bozukluğu toplam hasta grubunun %1.5'inde görüldü. Medeni durumlar arasında yapılan değerlendirmede ise eşi hayatta olmayan hasta grubunda Multisomatoform bozukluğu oranı %11.4, boşanmış hasta grubunda %10 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Multisomatoform bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p < 0.001$ ). Multisomatoform bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.60'ta gösterildi.

**Tablo 4.60.** Multisomatoform Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		Multisomatoform		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	<0.001
	Bekar	2344 (%55.1)	29 (%43.9)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	27 (%0.6)	3 (%4.5)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	39 (%0.9)	5 (%7.6)	44 (%1.0)	
	Evli	1835 (%43.1)	29 (%43.9)	1864 (%43.1)	
	Toplam	4254 (%100.0)	66 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu toplam hasta grubunun %8.2'sinde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.460$ ). Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.61'de gösterildi.

**Tablo 4.61.** Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		BTA Somatoform		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0(%0.0)	9 (%0.2)	0.460
	Bekar	2171 (%54.8)	202 (%56.9)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	27 (%0.7)	3(%0.8)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	38 (%1.0)	6(%1.7)	44 (%1.0)	
	Evli	1720 (%43.4)	144 (%40.6)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	3965 (%100.0)	355 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Kronik ağrı bozukluğu toplam hasta grubunun %1.5'inde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Kronik ağrı bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.201$ ). Kronik ağrı bozukluğu ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.62'de gösterildi.

**Tablo 4.62.** Kronik Ağrı Bozukluğu İle Medeni Durum İlişkisi

		Kronik Ağrı		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.201
	Bekar	2342 (%55.0)	31 (%48.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	28 (%0.7)	2 (%.3.1)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	43 (%1.0)	1 (%1.6)	44 (%1.0)	
	Evli	1834 (%43.1)	30 (%46.9)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	4256 (%100.0)	64 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.6.14. Hipokondriyazisin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Hipokondriyazis toplam hasta grubunun %0.2'sinde görüldü. Yapılan ki kare değerlendirmesinde medeni durumun Hipokondriyazis varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.590$ ). Hipokondriyazis ile medeni durum ilişkisi Tablo 4.63'te gösterildi.

**Tablo 4.63.** Hipokondriyazis İle Medeni Durum İlişkisi

		Hipokondriyazis		Toplam	p
		Yok	Var		
Medeni Durum	Eşinden Ayrı	9 (%0.2)	0 (%0.0)	9 (%0.2)	0.590
	Bekar	2369 (%55.0)	4 (%48.4)	2373 (%54.9)	
	Boşanmış	30 (%0.7)	0 (%.3.1)	30 (%0.7)	
	Eşi Hayatta Değil	44 (%1.0)	0 (%1.6)	44 (%1.0)	
	Evli	1859 (%43.1)	5 (%46.9)	1864 (%43.1)	
	<b>Toplam</b>	4311 (%100.0)	9 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7. PRIME MD Ölçeğine Göre Koyulan Tanıların Eğitim Durumuna Göre Değerlendirmesi

Prime MD ölçeğine göre koyulan tanıların eğitim duruma göre değerlendirilmesi RxC ki kare testine göre yapılarak oranları verilmiştir.

##### 4.7.1. Majör Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede ilkokul mezunu hasta grubunda majör depresyon oranı %17.1 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun majör depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.001$ ). Majör depresyon ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.64'te gösterildi.

**Tablo 4.64.** Majör Depresyon İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Majör Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	484 (%12.8)	100 (%18.9)	584 (%13.5)	0.001
	Lise	1439 (%38.0)	187 (%35.3)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%0.2)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	330 (%8.7)	52 (%9.8)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1518 (%40.0)	189 (%35.7)	1707 (%39.5)	
	Toplam	3791 (%100.0)	529 (%100.0)	4320 (%100.0)	

##### 4.7.2. Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu ya da Relapsının Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı varlığı ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı ( $p=0.201$ ). Majör depresyonun kısmi remisyonu ya da relapsı ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.65'te gösterildi.

**Tablo 4.65.** Majör Depresyonun Kısmi Remisyonu Ya Da Relapsı İle Eğitim Durumu İlişkisi

		MDKRYR		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	568 (%13.7)	16 (%8.9)	584 (%13.5)	0.201
	Lise	1550 (%37.4)	76 (%42.2)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%0.6)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	371 (%9.0)	11 (%6.1)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1631 (%39.4)	76 (%42.2)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	4140 (%100.0)	180 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.3. Distiminin Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede ilkokul mezunu hasta grubunda distimi oranı %9.1 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun distimi varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.003$ ). Distiminin ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.66'da gösterildi.

**Tablo 4.66.** Distimi İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Distimi		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	531 (%13.0)	53 (%22.1)	584 (%13.5)	0.003
	Lise	1544 (%37.8)	82 (%34.2)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%0.4)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	363 (%8.9)	19 (%7.9)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1622 (%39.8)	85 (%35.4)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	4080 (%100.0)	240 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.4. Minör Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Minör depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı ( $p=0.490$ ). Minör depresyon ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.67’de gösterildi.

**Tablo 4.67.** Minör Depresyon İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Minör Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	437 (%13.4)	147 (%13.8)	584 (%13.5)	0.490
	Lise	1205 (%37.1)	421 (%39.4)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	18 (%0.6)	3 (%0.3)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	289 (%8.9)	93 (%8.7)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1302 (%40.0)	405 (%37.9)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	3251 (%100.0)	1069 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.5. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresyon varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.050$ ). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresyon ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.68’de gösterildi.

**Tablo 4.68.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı  
Depresyon İle Eğitim Durum İlişkisi

		OHTKİ Depresyon		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	578 (%13.5)	6 (%19.4)	584 (%13.5)	0.050
	Lise	1612 (%37.6)	14 (%45.2)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%3.2)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	378 (%8.8)	4 (%12.9)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1701 (%39.7)	6 (%19.4)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.6. Panik Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede okuryazar olmayan hasta grubunda panik bozukluğu oranı %4.8 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun panik bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.004$ ). Panik bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.69'da gösterildi.

**Tablo 4.69.** Panik Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Panik Bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	569 (%13.3)	15 (%26.8)	584 (%13.5)	0.004
	Lise	1604 (%37.6)	22 (%39.3)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%1.8)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	373 (%8.7)	9 (%16.1)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1698 (%39.8)	9 (%16.1)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	4264 (%100.0)	56 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.7. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede okuryazar olmayan hasta grubunda panik bozukluğu oranı %4.8, ilkokul mezunu olanlarda %4.3 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun panik bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.005$ ). Başka türü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.70’te gösterildi.

**Tablo 4.70.** Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		BTA Anksiyete Bozukluğu		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	559 (%13.3)	25 (%20.5)	584 (%13.5)	0.005
	Lise	1576 (%37.5)	50 (%41.0)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%0.8)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	366 (%8.7)	16 (%13.1)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1677 (%39.9)	30 (%24.6)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4198 (%100.0)	122 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede ise ilkokul mezunu olan hasta grubunda Yaygın anksiyete bozukluğu oranı %10 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Yaygın anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p<0.001$ ). Yaygın anksiyete bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.71’de gösterildi.

**Tablo 4.71.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Yaygın Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	554 (%13.1)	30 (%29.7)	584 (%13.5)	<0.001
	Lise	1591 (%37.7)	35 (%34.7)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	21 (%0.5)	0 (%0.0)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	373 (%8.8)	9 (%8.9)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1680 (%39.8)	27 (%26.7)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4219 (%100.0)	101 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.9. Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara

##### Bağlı Anksiyete Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre

##### Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.334$ ). Organik hastalığa, tedavide kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.72’de gösterildi.

**Tablo 4.72.** Organik Hastalığa, Tedavide Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı

##### Anksiyete Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		OHTKİ Anksiyete		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	576 (%13.4)	8 (%25.8)	584 (%13.5)	0.334
	Lise	1615 (%37.7)	11 (%35.5)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	21 (%0.5)	0 (%0.0)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	379 (%8.8)	3 (%9.7)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1698 (%39.6)	9 (%29.0)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4289 (%100.0)	31 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.10 Alkol Kötüye Kullanımının Eğitim Durumuna Göre

##### Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Alkol kötüye kullanımının varlığı ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı ( $p=0.131$ ). Alkol kötüye kullanımı ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.73'te gösterildi.

**Tablo 4.73.** Alkol Kötüye Kullanımı İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	574 (%13.7)	10 (%6.9)	584 (%13.5)	0.131
	Lise	1563 (%37.4)	63 (%43.8)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	21 (%0.5)	0 (%0.0)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	368 (%8.8)	14 (%9.7)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1650 (%39.5)	57 (%39.6)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4176 (%100.0)	144 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.11. Multisomatoform Bozukluğun Eğitim Durumuna Göre

##### Değerlendirilmesi

Eğitim durumları arasında yapılan değerlendirmede ise okur yazar olmayan hasta grubunda Multisomatoform bozukluğu oranı %4.8 oranında gözlemlendi. Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Multisomatoform bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi bulundu ( $p=0.016$ ). Multisomatoform bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.74'te gösterildi.

**Tablo 4.74.** Multisomatoform Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Alkol Kötüye Kullanımı		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	568 (%13.4)	16 (%24.2)	584 (%13.5)	0.016
	Lise	1603 (%37.7)	23 (%34.8)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%1.5)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	373 (%8.8)	9 (%13.6)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1690 (%39.7)	17 (%25.8)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	4254 (%100.0)	66 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.12. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğunun

##### Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.113$ ). Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.75'te gösterildi.

**Tablo 4.75.** Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluğu İle Eğitim

Durumu İlişkisi

		BTA Somatoform		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	521 (%13.1)	63 (%17.7)	584 (%13.5)	0.113
	Lise	1508 (%38.0)	118 (%33.2)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	20 (%0.5)	1 (%0.3)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	351 (%8.9)	31 (%8.7)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1565 (%39.5)	142 (%40.0)	1707 (%39.5)	
	<b>Toplam</b>	3965 (%100.0)	355 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.13. Kronik Ağrı Bozukluğunun Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Kronik ağrı bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.257$ ). Kronik ağrı bozukluğu ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.76'da gösterildi.

**Tablo 4.76.** Kronik Ağrı Bozukluğu İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Kronik Ağrı		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	570 (%13.4)	14 (%21.9)	584 (%13.5)	0.257
	Lise	1601 (%37.6)	25 (%39.1)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	21 (%0.5)	0 (%0.0)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	376 (%8.8)	6 (%9.4)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1688 (%39.7)	19 (%29.7)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4256 (%100.0)	64 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.7.14. Hipokondriyazisin Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Yapılan ki kare değerlendirmesinde eğitim durumunun Hipokondriyazis varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ( $p=0.483$ ). Hipokondriyazis ile eğitim durumu ilişkisi Tablo 4.77'de gösterildi.

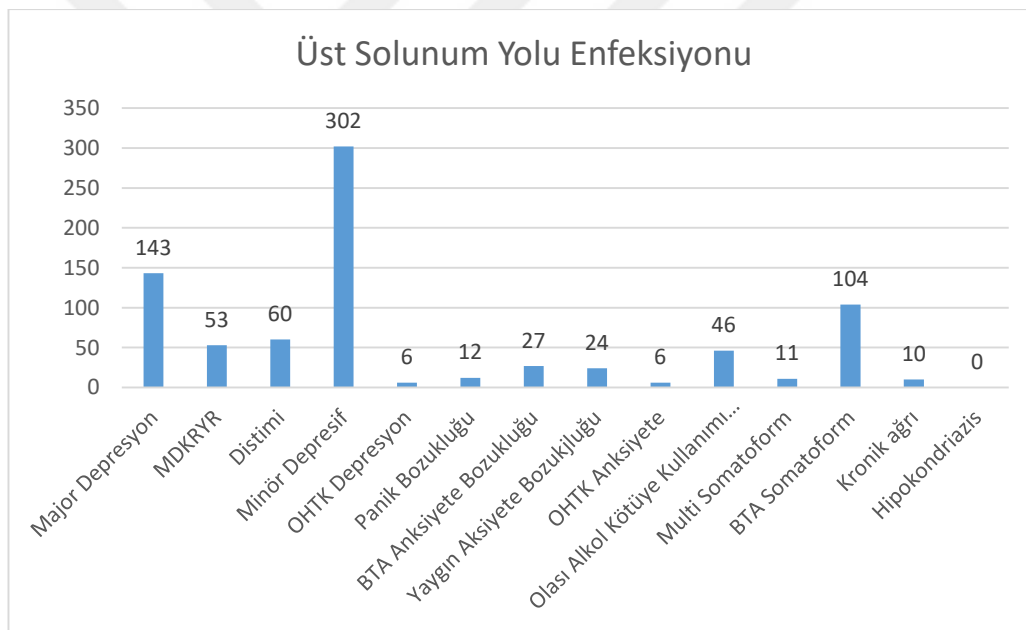
**Tablo 4.77.** Hipokondriyazis İle Eğitim Durumu İlişkisi

		Hipokondriyazis		Toplam	p
		Yok	Var		
Eğitim Durumu	İlkokul	582 (%13.5)	2 (%22.2)	584 (%13.5)	0.483
	Lise	1621 (%37.6)	5 (%55.6)	1626 (%37.6)	
	Okur Yazar Değil	21 (%0.5)	0 (%0.0)	21 (%0.5)	
	Ortaokul	382 (%8.9)	0 (%0.0)	382 (%8.8)	
	Üniversite	1705 (%39.5)	2 (%22.2)	1707 (%39.5)	
	Toplam	4311 (%100.0)	9 (%100.0)	4320 (%100.0)	

#### 4.8. PRIME MD Ölçeğine Göre Saptanan Tanıların Taburculuk Tanıları İle Değerlendirilmesi

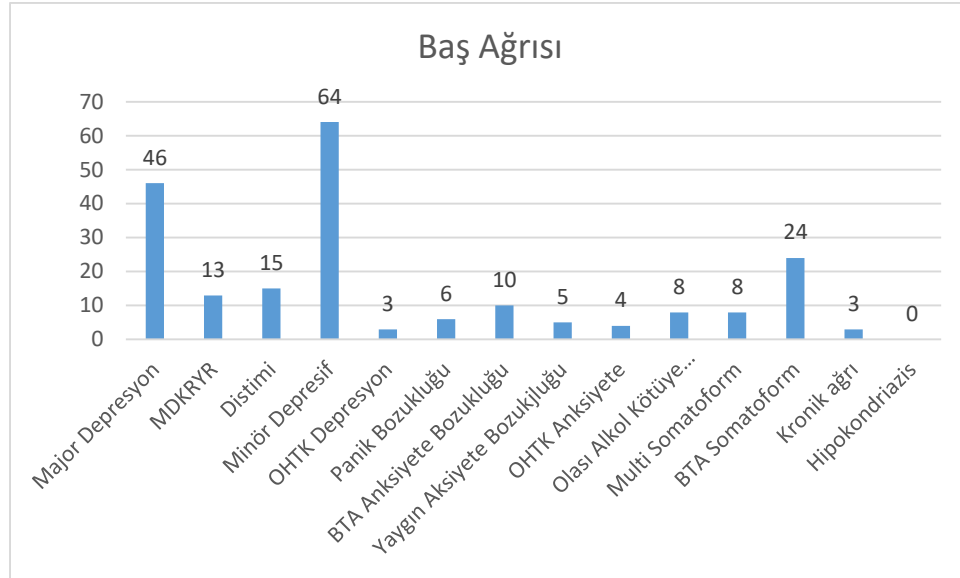
Acil servis yeşil alandan taburcu olan hastalarda en fazla görülen tanıları değerlendirilmiş olup bu tanıları göre çalışmamızda değerlendirdiğimiz Prime MD ölçeğine göre konulan psikiyatrik hastalık tanıları oranları grafiklerle gösterilmiştir.

Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı olarak taburcu edilen toplam 1249 hastanın %24'ünde minör depresyon, %11'inde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.2'de gösterildi.



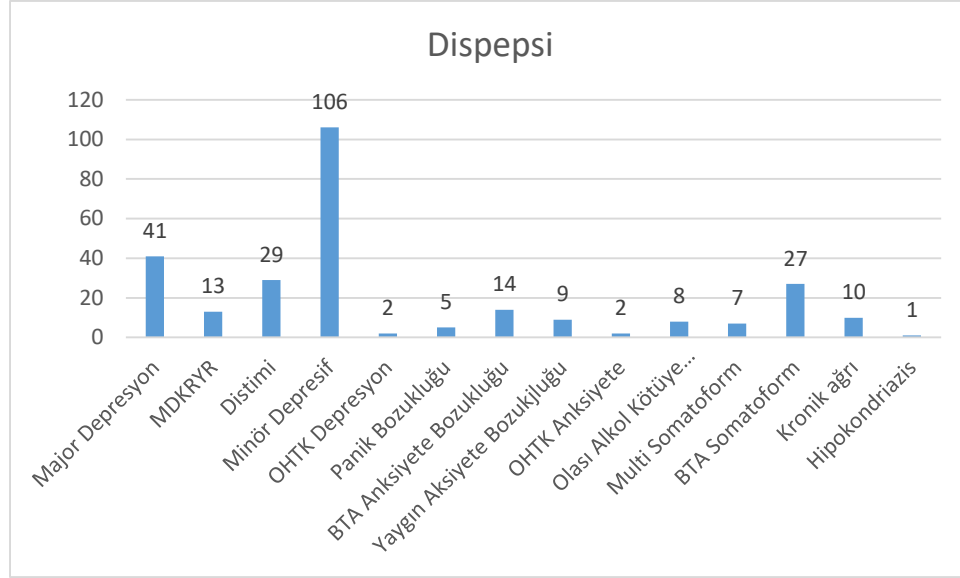
**Şekil 4.2.** ÜSYE Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Baş ağrısı tanısı olarak taburcu edilen toplam 282 hastanın %23'ünde minör depresyon, %16'sında majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Baş ağrısı tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.3'te gösterildi.



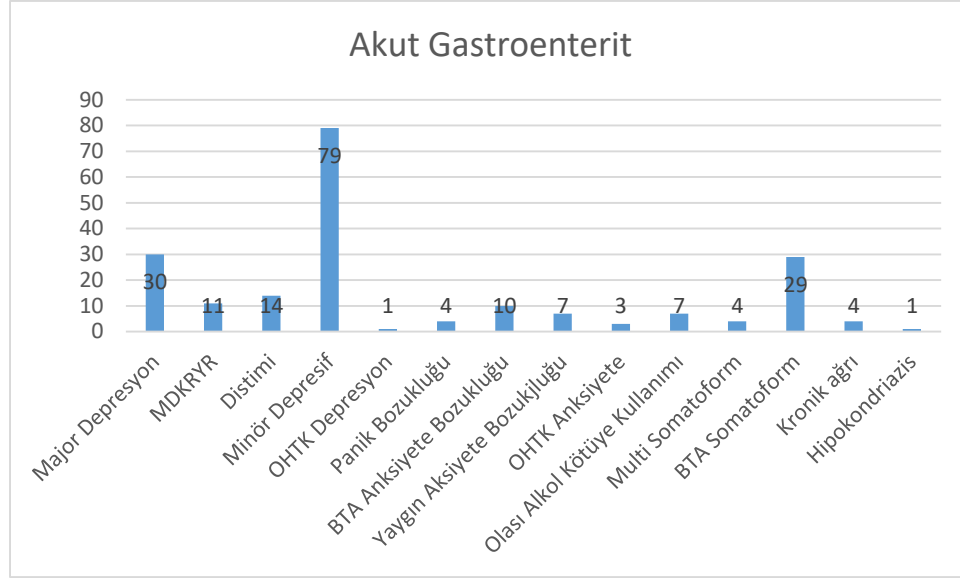
**Şekil 4.3.** Baş Ağrısı Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Dispepsi tanısı olarak taburcu edilen toplam 332 hastanın %32'sinde minör depresyon, %12'sinde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Dispepsi tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.4'te gösterildi.



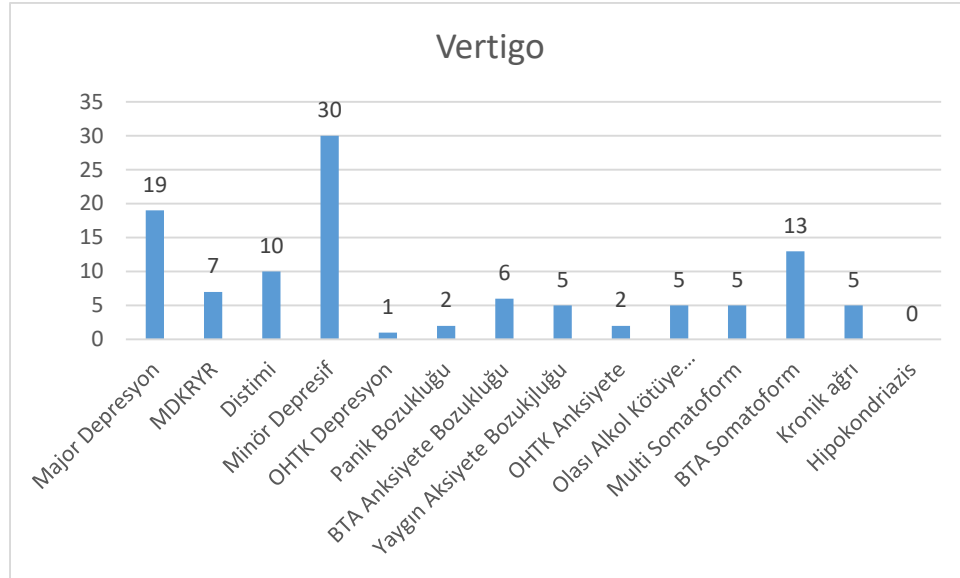
**Şekil 4.4.** Dispepsi, GÖRH, Gastrit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Akut gastroenterit tanısı olarak taburcu edilen toplam 239 hastanın %33'ünde minör depresyon, %13'ünde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Akut gastroenterit tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.5'te gösterildi.



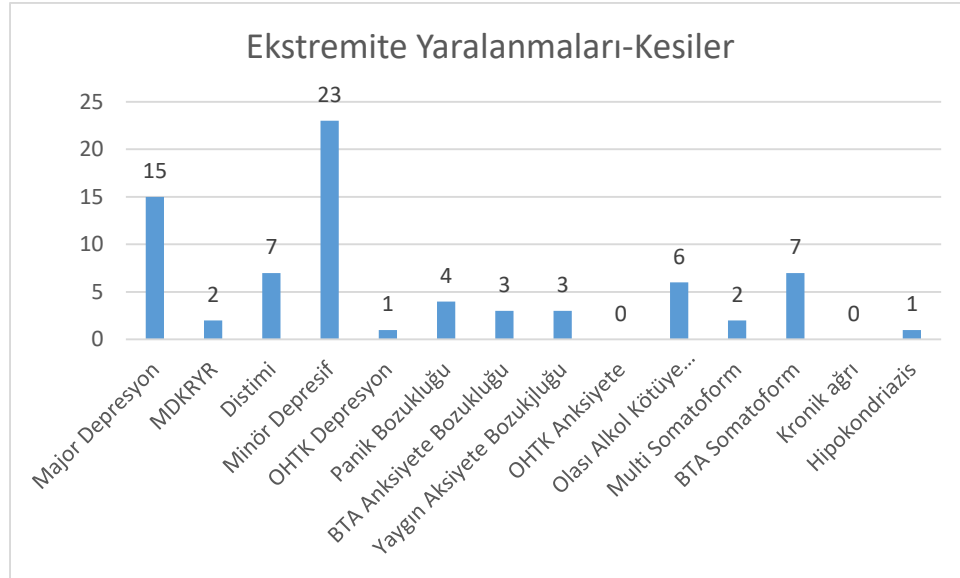
**Şekil 4.5.** Akut Gastroenterit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Vertigo tanısı alarak taburcu edilen toplam 107 hastanın %28'inde minör depresyon, %18'inde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Vertigo tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.6'da gösterildi.



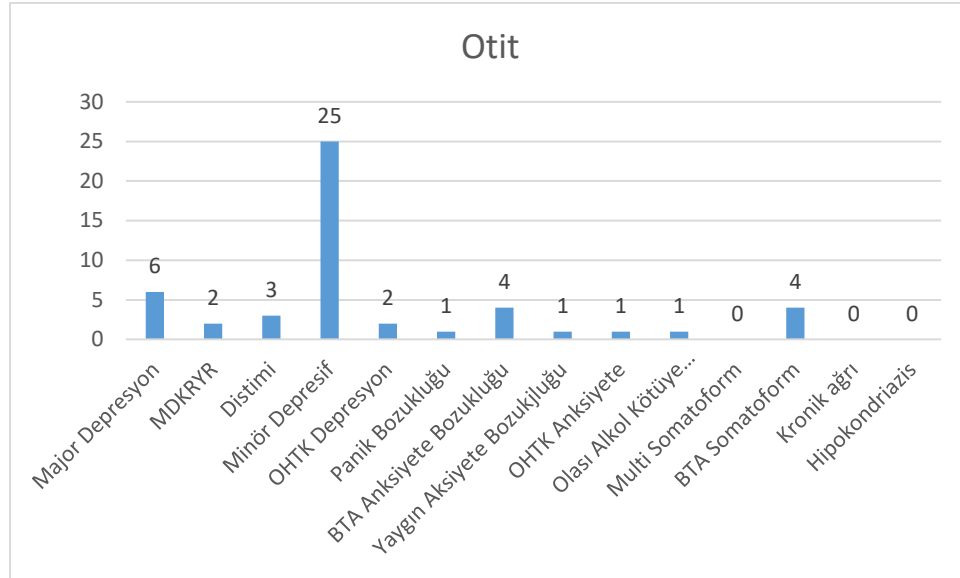
**Şekil 4.6.** Vertigo Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Ekstremitte yaralanmaları ve/veya kesileri tanısı alarak taburcu edilen toplam 142 hastanın %16'sında minör depresyon, %11'inde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Ekstremitte yaralanmaları ve/veya kesileri tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.7'de gösterildi.



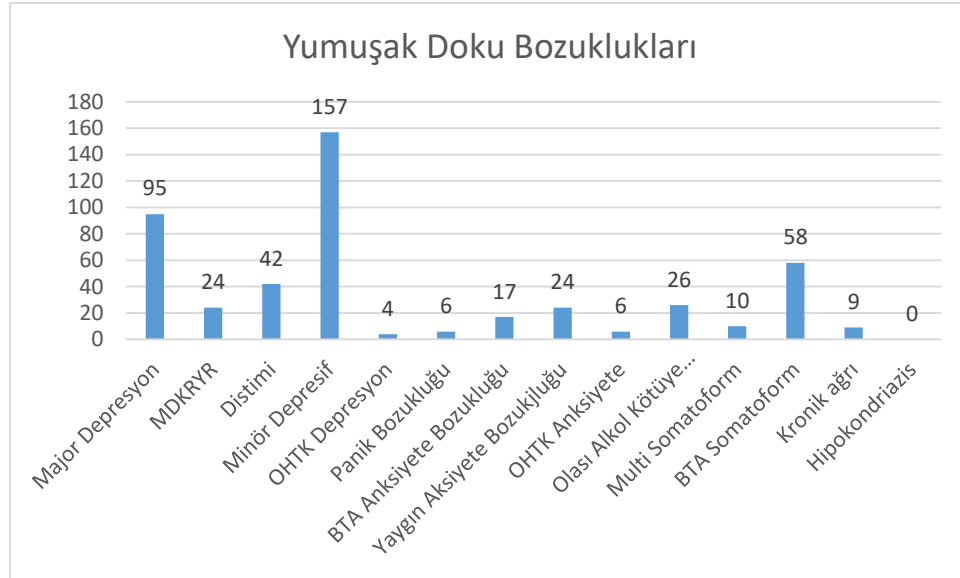
**Şekil 4.7.** Ekstremitte Yaralanması, Basit Kesi Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Otit tanısı olarak taburcu edilen toplam 56 hastanın %45'inde minör depresyon, %11'inde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Otit tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.8'de gösterildi.



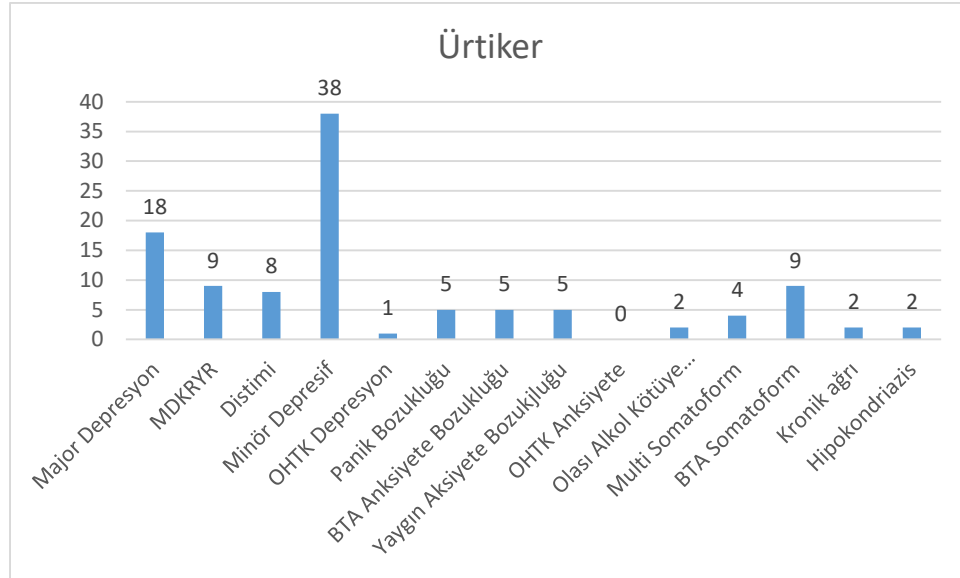
**Şekil 4.8.** Otit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Yumuşak doku bozukluğu (bel ağrısı, miyalji) tanısı alarak taburcu edilen toplam 741 hastanın %21'inde minör depresyon, %13'ünde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Yumuşak doku bozukluğu tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.9'da gösterildi.



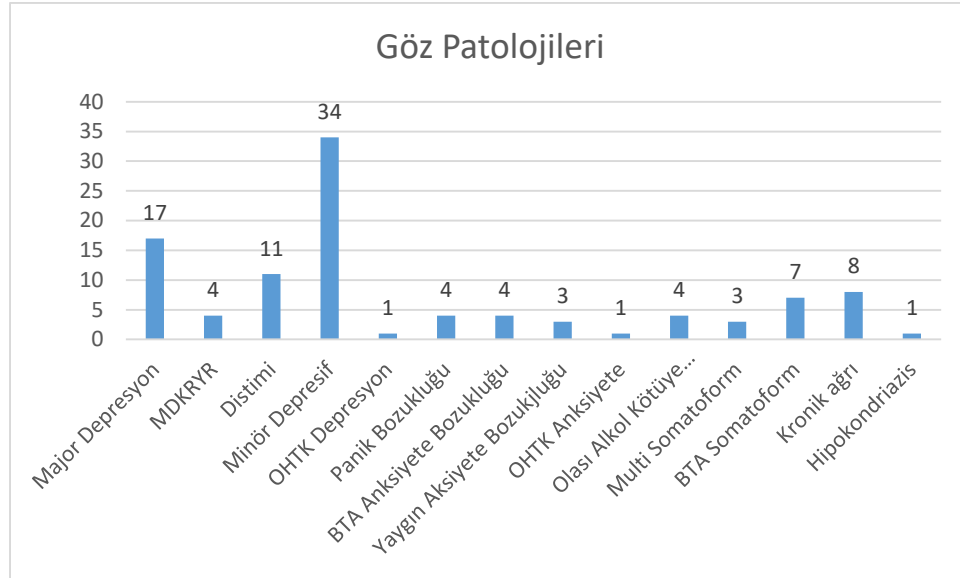
**Şekil 4.9.** Yumuşak Doku Bozuklukları, Miyalji Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Ürtiker tanısı olarak taburcu edilen toplam 139 hastanın %27'sinde minör depresyon, %13'ünde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Ürtiker tanısı ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.10'da gösterildi.



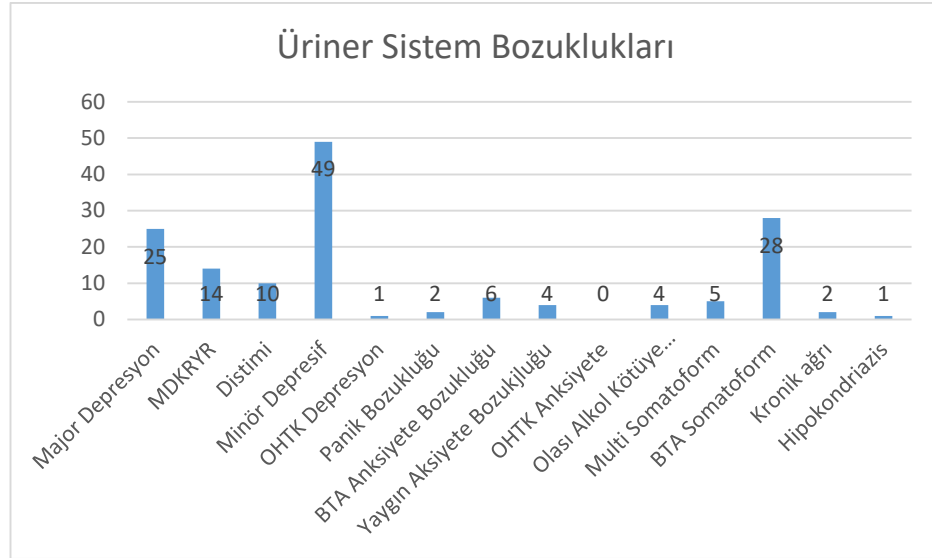
**Şekil 4.10.** Ürtiker Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Göz travması, yabancı cisim, konjunktivit tanısı alarak taburcu edilen toplam 170 hastanın %20'sinde minör depresyon, %10'unda majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Göz patolojileri tanıları ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.11'de gösterildi.



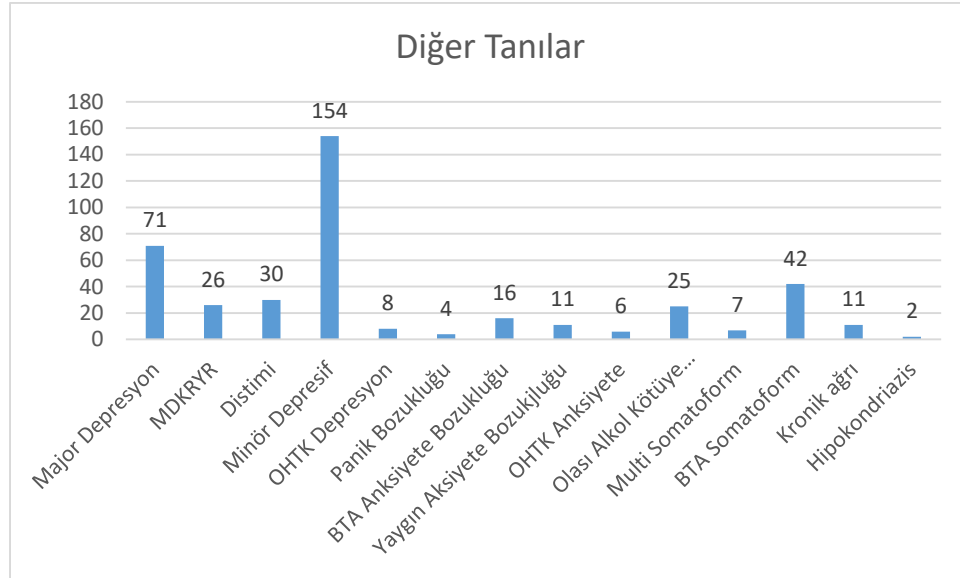
**Şekil 4.11.** Göz Travması, Yabancı Cisim, Konjunktivit Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Üriner sistem bozuklukları tanısı olarak taburcu edilen toplam 223 hastanın %22'sinde minör depresyon, %13'ünde BTA somatoform bozukluk saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Üriner sistem bozuklukları tanıları ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.12'de gösterildi.



**Şekil 4.12.** Üriner Sistem Bozuklukları Tanısı Alan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi

Diğer tanılar ile taburcu edilen toplam 600 hastanın %26'sında minör depresyon, %11'inde majör depresyon saptandı. Toplam hasta grubunda belirlenen oranlara yakın oranlar gözlemlendi. Diğer tanılar ile taburcu edilen hastaların Prime MD ile belirlenen psikiyatrik bozukluk sayıları Şekil 4.13'te gösterildi.



**Şekil 4.13. Diğer Patolojiler Saptanan Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi**

## 5.TARTIŞMA

Acil servislerde erken dönemde morbidite ve mortaliteye neden olacak durumların tanı ve tedavisi yapıldığı gibi acil olmayan veya sağlık hizmetini kısa sürede almaya çalışan hastaların da ilk değerlendirmesi yapılır. Bu durum acil servislerimizde birinci basamak hastalarıyla da karşılaşmamıza neden olmaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılması için tasarlanan Prime MD ölçeği üçüncü basamak acil serviste acil olmayan (kategori 3) hasta grubunda psikiyatrik hastalık oranlarını saptamamıza yardımcı oldu.

Daha önce yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde Prime MD ölçeğinin kullanılması psikiyatrik hastalıkları tanımlamada yeterli güvenilirlikte olduğu görüldü. 2008'de İspanya'da üçüncü basamak hastanenin psikiyatri servisinde yapılan araştırmada yaygın anksiyete bozukluğu için Prime MD ölçeği kullanımının psikiyatristlerin koyduğu tanımlar ile karşılaştırılmasında duyarlılığı %90.9, özgüllüğü %88.9 olarak tespit edildi (20). Avasthi ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Hindistan'da polikliniklere başvuran hastalarda yapılan Prime MD etkinliğinin değerlendirildiği 500 hastalık çalışmada psikiyatri uzmanları tarafından %30.4 oranında en az bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanırken başka hekimler tarafından yapılan Prime MD değerlendirmesi ile bu oran %42 düzeyinde saptandı. İki grup arasında istatistik olarak anlamlı korelasyon görüldü (21). 2006'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmada 19 birinci basamak hekiminin Prime MD ile değerlendirdiği hastaların 11 psikiyatrist tarafından farklı bir skorlama sistemi olan Structured Clinical Interview Axis I Disorders, Patient Version (SCIDI/P) ile karşılaştırılmasında tüm duygudurum bozuklukları için  $\kappa=0.42$  (genellikle uyumlu), majör depresyon için  $\kappa=0.32$  (orta derecede uyumlu) değerleri belirlendi (22). Loerch ve arkadaşlarının 2000'de Almanya'da üçüncü basamak hastanede psikiyatri polikliniğine gelen hastalarda yaptıkları çalışmada Prime MD psikiyatrik hastalık tanısı koymada %73 duyarlı, %67 özgül olarak saptandı (19). Baca ve arkadaşlarının 1999'da birinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir yakınma ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada Prime MD ölçeği, duygudurum ve anksiyete bozuklukları için anlamlı düzeyde tanı koydurucu tespit edildi (18). Bu çalışmalar

ışığında birinci basamak sağlık kuruluşlarında güvenle kullanılan Prime MD ölçeği kısa sürede yapılması ve uygun etkinlikte olması sebebiyle tarafımızca acil olmayan hasta grubuna uygulandı. Hawthorne ve arkadaşları tarafından Avustralya’da birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda psikiyatrik hastalık oranlarının değerlendirildiği çalışmada 6 yıllık süreç içinde depresyon oranları Prime MD ölçeği ile değerlendirilip artış olup olmadığı araştırıldı. Majör depresyon oranı %6.8’den %8’e yükselmiş olup tüm duygudurum bozuklukları için anlamlı farklılık saptanmadı (23). Prime MD ölçeğinin tanı koymakla beraber hastalıkların takibinde de kullanıldığı görüldü.

Fraguas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 566 hastanın 311 tanesini kadınlar oluşturdu ve yaş ortalaması  $40.0 \pm 14.4$  olarak belirlendi (22). Çalışmamızda toplam 4320 hasta değerlendirilmiş olup 2335 (%54.1)’i kadın, 1985 (%45.9)’i erkekti. Yaş ortalaması  $30.03 \pm 11.73$  olarak saptandı. Çalışmamızda kadın erkek oranları benzer bulundu ancak değerlendirdiğimiz hasta popülasyonu daha genç idi. Popülasyonun daha genç olması yeşil alanımıza başvuran hasta grubunun gençlerden oluşmasına, süregen hastalıkları olan hastaların daha az sayıda olmasına bağlandı.

Prime MD kullanılarak yapılan çalışmalarda herhangi bir şikayete sağlık kuruluşuna başvuran hastalar değerlendirildi, 2009’da Roca ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 7936 birinci basamak hastası değerlendirilerek ve %53.6 oranında en az bir psikiyatrik hastalık tespit edildi (24). 2011’de Hindistan’da yapılan çalışmada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar değerlendirildi ve %42 oranında en az bir psikiyatrik hastalık tanısı kondu (21). 2011’de ABD’de palyatif tedavi veren bir merkezde yapılan çalışmada %36.3 oranında en az bir psikiyatrik hastalık saptandı (25). Çalışmamızda ise %44.1 oranında en az bir psikiyatrik hastalık saptandı. Aynı ülkede ek hastalığı olan hastaların değerlendirildiği çalışmalarda farklı oranlar görülmesi ve ülkeler arası farklar sosyoekonomik, kültürel, siyasi faktörlere bağlandı. Yine de oranlar birbirine yakın olarak görüldü.

Savaş ve Ağrıdağ’ın 2011’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmada duygu durum bozuklukları %22.8, anksiyete bozuklukları %24.8,

somatoform bozukluklar ise %16.9 oranında görüldü. Bu çalışmada aile içi şiddet değerlendirilmiş olup hasta popülasyonunu sadece kadınlar oluşturmaktaydı. Aile içi şiddete uğrayan hastalarda şiddete uğramayan hastalara göre majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu anlamlı derecede fazla olarak tespit edildi (26). Bizim çalışmamızda her iki cinsiyetten hastalar değerlendirildi Majör depresyon oranı %12.2 , minör depresyon oranı %24.7, anksiyete bozukluğu oranı %7.1, somatoform bozukluk oranı %9.7 idi. Çalışmamızda şiddet unsurları ile ilgili değerlendirme yapılmadı. Duygudurum bozuklukları tarafımızca daha fazla saptanırken anksiyete ve somatoform bozukluk oranları daha az düzeyde görüldü.

Mina ve arkadaşlarının 2015'te atopik dermatiti olan hastaları değerlendirdiği çalışmada kadınlarda duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları daha fazla olarak belirlendi (27). Mata ve arkadaşlarının üçüncü basamak hastanede yaptığı çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların 40-49 yaş aralığında yoğunlaştığı ve kadın erkek oranının 2:1 olduğu belirlendi (20). 2014'te ülkemizde üçüncü basamak hastaneye başvuran ve ek hastalığı olan hastalarda yapılan değerlendirmede erkeklerin %26.7'sinde, kadınların %61.9'unda en az bir psikiyatrik hastalık saptandı (28). Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu çalışmamızda kadınlarda 3 kat, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu kadınlarda 2 kat fazla görüldü. Kadın cinsiyette değerlendirdiğimiz psikiyatrik hastalıklar daha fazla görüldü ancak psikotik bozukluklar dahil edilmedi. Çalışmamızda duygu durum modülünde, anksiyete modülünde ve somatoform modülde bulunan tanılar kadınlarda daha fazla görülmüştür. Ek olarak kadınlarda odds ratiolarına göre hesaplamalar sonucunda psikiyatrik hastalık riski; majör depresyon için 2.25 kat, distimi için 1.93 kat, minör depresyon için 1.46 kat, panik bozukluğu için 2.57 kat, yaygın anksiyete bozukluğu için 2.63 kat, multisomatoform bozukluk için 2.48 kat, başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk için 2.21 kat, kronik ağrı bozukluğu için 2.03 kat fazla olarak saptandı.

McGrady ve arkadaşlarının 2010'da ABD'de orta ölçekli bir şehrin aile hekimliği anabilim dalında yaptıkları çalışmada genç hastalarda, kadınlarda ve boşanmışlarda en çok anksiyete ve depresyon tanıları tespit edildi (29). Çalışmamızda medeni durumlar değerlendirildiğinde majör depresyon, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu boşanmış hastalarda daha fazla görüldü.

Multisomatoform bozukluk ise eşi hayatta olmayan hasta grubunda daha fazla görüldü.

2011’de Danimarka’da AKS tanısı alan 302 hastanın değerlendirildiği üçüncü basamak hastane kardiyoloji servisinde yapılan çalışmada depresyon ve anksiyete bozuklukları belirgin düzeyde artmış olarak belirlendi (30). Henriques ve arkadaşlarının 2009’da üçüncü basamak hastane polikliniklerine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada ek medikal hastalıkların varlığının depresif semptomları artırdığı ifade edildi (31). 2010’da gebe popülasyonda yapılan çalışmada ek hastalığı olan gebeler Prime MD ölçeği ile değerlendirilerek %9 oranında majör depresyon görüldü. Erken doğum riski olan gebelerde %12.5 oranında, kardiyak hastalığı bulunan gebelerde %12.1 oranında en az bir psikiyatrik hastalık tanısı tespit edildi (32). Rayner ve arkadaşlarının 2011’de yayınladıkları palyatif tedavi alan hastalarda Prime MD ile psikiyatrik hastalıklar değerlendirmesinde %19.3 hastada majör depresyon görülürken %36.3’ünde bir psikiyatrik bozukluk saptandı ve erkeklerde majör depresyon daha fazla olduğu tespit edildi (25). Mendonsa ve arkadaşlarının 2010’da jinekolojik onkoloji hastalarında yaptıkları değerlendirmede hastaların %44’ünde en az bir psikiyatrik hastalık tanısı saptandı. Majör depresyon %25.7 oranında, anksiyete bozuklukları %16.8 oranında gözlemlendi (33). Keskin ve arkadaşlarının 2014’te yaptıkları çalışmada hipertansiyon tanısı olan 116 hasta ve diyabetes mellitus tanısı olan 119 hasta Prime MD ile değerlendirildi. HT hastalarının %37.1’inde, DM hastalarının %45.4’ünde duygu durum patolojileri saptandı. (28). Çalışmamızda ek hastalık bulunması majör depresyon, distimi, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, multisomatoform bozukluk için risk faktörü olarak görüldü. Ek hastalık bulunması daha önce yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalık oranını artıran etken olarak görüldü ve çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edildi.

Eğitim durumları değerlendirildiğinde daha önce yapılan çalışmalarda lise mezunlarında daha fazla psikiyatrik hastalık görüldü (5). Çalışmamızda ilkökul mezunu olan hastalarda majör depresyon, distimi ve yaygın anksiyete bozukluğu daha fazla görüldü.

Schriger ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılan acil servise başvuran hastaların %5'inin Prime MD ile değerlendirildiği çalışmada hasta bakımında görev almayan bir hekim tarafından hastalara Prime MD ölçeği uygulanıp, hastanın bakımını yapan hekime ise muayene sonrasında psikiyatrik hastalık tanısı koyup koymadığı sorulup kaydedildi. Prime MD ile %42 hastada psikiyatrik hastalık görülmüş olmasına rağmen hekimler %5 oranında psikiyatrik hastalık tanısı tespit edebildi. Acil servise başvuran hastalarda psikiyatrik hastalık oranı fazla olmasına rağmen acil tıp hekimlerince bu tanıları gözden kaçabileceği ifade edildi (7). Acil servisimizde yapılan çalışmada %44.1 oranında psikiyatrik hastalık saptandı. Ölçek uygulanmayan hastalarda psikiyatrik hastalıkların tanısı belirgin olarak azdı. Psikiyatrik hastalığı olan hasta grubunun tanısı birinci basamak sağlık kuruluşlarında atlandığı gibi acil servislerde de atlanmaktadır. Hastalar psikiyatrik açıdan uygun şekilde yönlendirilmedikleri için uygun tedaviyi alamamaktadır ya da tedaviye geç ulaşmaktadırlar. Bu durum sonucunda acil servis kalabalığı gün geçtikçe artmaktadır. Acil servis kalabalığının artması sonucunda hizmete geç ulaşma, sıra bekleme gibi sıkıntılar da artış göstermektedir. Hizmete erken ulaşma çabasında olan hastaların beklemedikleri bu gecikmeler sonucunda tartışmalar yaşanabilmektedir. Ek olarak hasta grubunun önemli sorunlarının olmaması acil servis personeline bıkkınlık, yorgunluk ve bu hasta grubuna karşı daha az toleranslı davranışlara neden olabilmektedir. Kalabalığı ve stresli ortamı artıran bu kısır döngü hastaların ve sağlık çalışanlarının memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, hastalarda ise durumlarının önemsenmediğinin hissedilmesi gibi sorunlara neden olmaktadır. Acil servislerde ölçek kullanarak psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesi ve hızla tedaviye yönlendirilmesi hastaların tedavisine katkıda bulunabilecektir. Böylece bu hastalar tekrar acile gelmeyerek acil servis çalışanlarının rahatlaması sağlanacak ve acil kategori hastalarına daha fazla zaman ayrılacaktır.

### **Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamız altın standart tanı testi ile değerlendirilmemiş olup gözlemsel bir çalışmadır. Çalışmamıza acil servis yeşil alana başvuran hastalar alınıp 18 yaşın

altındaki hastalar, kategori 1 ve 2 hastalar dahil edilmedi. Bu nedenle tüm hasta popülasyonumuz için değerlendirme yapılamadı. Çalışma tek merkezde yapıldı. Acil servisimiz üçüncü basamak bir acil servis olduğu için birinci ve ikinci basamak acil servislere başvuran hastalardan daha az hasta başvurusu oldu. Toplam hasta sayısının az olmasının yanı sıra başvuran kategori 3 hasta sayısı da daha az orandaydı. Yeşil alana başvuran hastaların da yaklaşık %30'u çalışmaya katılmayı kabul ettiği için tüm popülasyon değerlendirilemedi.

Çalışmaya bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan hastalar dahil edildi ancak hastaların mevcut hastalıklarını gizleme olasılığı söz konusuydu. Psikiyatrik hastalık tanısı olarak belirlenen durumlar psikotik bozuklukları içermediği için tüm hastalar üzerinde oran vermek mümkün değildi. Ayrıca DSM-V'e göre değişiklikler modifiye edilmemişti.

Prime MD'ye göre aldıkları tanıları belirlendi ve bazı hastalarda birden fazla psikiyatrik hastalık gözlemlendi. Acil servis taburculuk tanıları hastayı muayene eden hekim tarafından belirlendi ve çalışma formuna medikal tanı kaydedildi. Bu hastalara ek olarak psikiyatrik hastalık değerlendirmesi yapılmadı. Hastalar acil servisten tek medikal bozukluk tanısı ile taburcu olurken birden fazla psikiyatrik hastalık görülebildi. Bu nedenle hastaların taburculuk tanıları ile Prime MD ölçeği sonucunda belirlenen tanıları arasında ilişki istatistiksel olarak belirlenemedi.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Prime MD ölçeğine göre yeşil alana başvuran hastalarda psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Hastaların belirttiği şikayetlere ek olarak tanısı konmamış psikiyatrik hastalıkları tanı alanlardan daha fazla tespit edildi. Duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklar acil olmayan hasta grubunda en sık görülen psikiyatrik bozuklukları oluşturdu ve kadın hastalarda oran daha fazla olarak belirlendi. Sonuç olarak; eğitim durumları çoğu hastalık için belirgin farklılık olmamakla beraber ilkökul mezunu olan grupta daha fazla psikiyatrik hastalık gözlemlendi, medeni durumlar açısından boşanmış hastalarda psikiyatrik hastalıklar daha fazla görüldü ve ek hastalıkları olan hastalarda duygu durum ve anksiyete bozukluğu oranlarının arttığı gözlemlendi.

Acil servislere başvuran ve acil olmayan (kategori 3) hastaları acil servis kalabalığını önemli ölçüde artırmaktadır. Kategori 3 hastalar acil hastalarına ayrılan zamanı çaldığı, sağlık personelinin boşa efor harcadığını düşündüğü grup olarak görülmektedir. Ancak bu hasta grubunda önemli ölçüde psikiyatrik hastalık bulunabileceği belirlendi. Hastaların acil servislere sadece gezinti amaçlı gelmediği, psikiyatrik hastalıklarının da bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Ek olarak kategori 3 olarak değerlendirilen hastalarda da hayatı veya uzvu tehdit edebilecek patolojiler olduğu, durumların sadece psikiyatrik hastalıklara bağlanmaması gerekir. Hastaların öyküleri ve fizik muayeneleri uygun şekilde değerlendirilmeli ve olası patolojiler konusunda hassas davranılmalıdır.

Bu çalışmanın acil servislerde daha geniş popülasyonlar üzerinde, farklı bölgelerde yapılması daha doğru sonuçlar elde edilmesine yarayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Physicians, A.C.o.E., *A uniform triage scale in emergency medicine*. Information Paper. Developed by the Subcommittee on National Triage Scale Emergency Medicine Practice Committee, 1999.
2. Mark, K., *History and physical examination; a common sense approach*. 2014, Burlington: World Headquarters Jones&Bartlett Learning.
3. Erol N., K.C., Ulusoy M., *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. 1998, Ankara: Eksen Tanıtım Ltd. Şti.
4. Levent, D., D. Necati, and Ö. Erhan, *Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000. **11**(3): p. 198-203.
5. Uğur, B., Ü. İlhami, and Y. Çınar, *Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran kronik bedensel hastalığı olan hastalarda ruhsal bozuklukların belirlenmesi*. Journal of Neurological Sciences, 2012. **29**: p. 316-328.
6. Spitzer, R.L., et al., *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study*. Jama, 1994. **272**(22): p. 1749-56.
7. Schriger, D.L., et al., *Enabling the diagnosis of occult psychiatric illness in the emergency department: a randomized, controlled trial of the computerized, self-administered PRIME-MD diagnostic system*. Ann Emerg Med, 2001. **37**(2): p. 132-40.
8. <http://www.acilci.net/acil-tip-nedir/-10.03.2016>
9. G., L., *Emergency Medical Services*, in *Emergency Medicine: a Comprehensive study guide*, Tintinalli J, Kelen GD, and S. JS, Editors. 2004, McGraw Hill: NewYork.
10. James S. Cohen. Introduction To Management: Definitions, U., And Workforce Issues. Principles and Practice of Emergency Medicine. 4th ed. By Schwartz GR

- (ed), Roth PB (ed), Cohen JS (ed). By Lippincott, Williams & Wilkins. 1999. pp. 1846-1852.
11. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html>-22.04.2016
  12. Somerson SW, M.V., *Development of the triage system*. . 2nd ed. Emergency department management principles & applications, ed. M.T. Salluzzo RF, Strauss RW, Kidd P. St Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
  13. Berner AR: Triage. In Harwood-Nuss A, M.S., Hendry P (eds): *The clinical practice of emergency medicine*. 3th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, pp 1716–18.
  14. <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>-23.04.2016
  15. <https://en.wikipedia.org/wiki/DSM-5>-24.04.2016
  16. Abay, E., T. Akln, and H. Aydın, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri uygulamasında Anksiyete Bozuklukları*. Anksiyetenin ABC'si. 1995; 2: s, 1995. 2.
  17. Piekarska, A. and A. Jakubik, (*Prime-MD as a method for the diagnosis of mental disorders in primary health care*). *Psychiatr Pol*, 1997. **31**(6): p. 655-65.
  18. Baca, E., et al., (*Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care*). *Actas Esp Psiquiatr*, 1999. **27**(6): p. 375-83.
  19. Loerch, B., et al., *The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI*. *J Psychiatr Res*, 2000. **34**(3): p. 211-20.
  20. Mata, S., et al., (*Validation of the PRIME-MD for the detection of generalized anxiety disorder*). *Invest Clin*, 2008. **49**(1): p. 39-48.

21. Avasthi, A., et al., *Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire*. Indian J Med Res, 2008. **127**(2): p. 159-64.
22. Fraguas, R., Jr., et al., *The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD*. J Affect Disord, 2006. **91**(1): p. 11-7.
23. Hawthorne, G., R. Goldney, and A.W. Taylor, *Depression prevalence: is it really increasing?* Aust N Z J Psychiatry, 2008. **42**(7): p. 606-16.
24. Roca, M., et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*. J Affect Disord, 2009. **119**(1-3): p. 52-8.
25. Rayner, L., et al., *The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up*. Palliat Med, 2011. **25**(3): p. 229-41.
26. Savas, N. and G. Agridag, *The relationship between women's mental health and domestic violence in semirural areas: a study in Turkey*. Asia Pac J Public Health, 2011. **23**(3): p. 399-407.
27. Mina, S., et al., *Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients*. Indian J Dermatol, 2015. **60**(2): p. 211.
28. Keskin, A. and B.I. U, *Mental disorders frequency alternative and complementary medicine usage among patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus*. Niger J Clin Pract, 2014. **17**(6): p. 717-22.
29. McGrady, A., et al., *Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care*. J Nerv Ment Dis, 2010. **198**(6): p. 420-4.
30. Hansen, B.H., et al., *Comparison of participants and non-participants in a randomized study of prevention of depression in patients with acute coronary syndrome*. Nord J Psychiatry, 2011. **65**(1): p. 22-5.

31. Henriques, S.G., et al., *Recognition of depressive symptoms by physicians*. Clinics (Sao Paulo), 2009. **64**(7): p. 629-35.
32. Benute, G.R., et al., *Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes*. Clinics (Sao Paulo), 2010. **65**(11): p. 1127-31.
33. Mendonsa, R.D. and P. Appaya, *Psychiatric morbidity in outpatients of gynecological oncology clinic in a tertiary care hospital*. Indian J Psychiatry, 2010. **52**(4): p. 327-32.



